

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

# **“CUIDAR (COM)SIGO - CARACTERÍSTICAS E DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS”**

Vera Mónica Silva da Cruz

Coimbra, setembro de 2023



MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

# **“CUIDAR (COM)SIGO - CARACTERÍSTICAS E DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS”**

Intervenção do Enfermeiro Especialista na área de  
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Vera Mónica Silva da Cruz

Orientador: Mestre Carlos Alberto Marques da Silva,  
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra

Co-Orientadora: Mestre Sílvia Manuel Matias Esperança,  
Enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade  
“Nostra Pontinha”

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

Coimbra, setembro de 2023



**“A MENTE QUE SE ABRE A UMA NOVA IDEIA JAMAIS VOLTARÁ AO SEU TAMANHO ORIGINAL...”**

**ALBERT EINSTEIN**



## **AGRADECIMENTOS**

Aos avós dos meus filhos, em especial aos meus pais, pois sem o apoio deles nunca teria sido possível. Substituíram-me durante um ano e meio naquela que é a tarefa mais importante e mais difícil da minha vida: ser mãe. E por isso agradeço e ao mesmo tempo peço desculpa aos meus filhos, pelo tempo que dediquei ao computador e às aulas e pelas vezes que disse: “A mãe agora não pode, tem que ir para o computador”. Foi tudo por uma boa causa e valerá a pena, não só, mas também para vos ensinar que devemos sempre lutar pelos nossos sonhos.

Ao meu marido, que não tendo tempo para muito, foi força e incentivo e esteve sempre lá para ser alento e “descomplicómetro” nas horas mais difíceis. E se eu preciso de descomplicar...

Às minhas colegas desta aventura, Adriana, Carla, Daniela, Rute e Vera que foram a prova de que nada acontece por acaso e nunca é tarde para fazer amigos de verdade. Mais do que tudo, este percurso valeu a pena por isso.

A todos os professores, mas em especial ao Professor Carlos e às minhas orientadoras de estágio Enf. Ana Lebreiro e Enf. Nélia Batista, bem como a todos os elementos das equipas da USP Aveiro e UCC de Cantanhede, por me terem acolhido tão bem nos seus locais de trabalho e terem sido um exemplo para a minha prática.

Aos Cuidadores que aceitaram participar neste estudo, pela disponibilidade, amabilidade e paciência com que preencheram o questionário, desejo sinceramente que este trabalho venha a dar algum contributo na melhoria das vossas condições de vida, pois a minha preocupação para convosco foi e será uma constante durante a minha carreira profissional.

À minha amiga Sílvia Matias por ter aceitado acompanhar esta jornada, como minha co-orientadora e à minha chefe Catarina Freitas, por ter sido facilitadora neste caminho. Sei bem que nem todos o fazem.

À minha primeira equipa do coração, a UCC Nostra Pontinha, na pessoa da Enf. Áurea Gomes, local onde nasceu este “bichinho” dos cuidados na comunidade e que desde então não parou de crescer. Equipa onde fui tão feliz a fazer o que mais gosto e onde tive tantas oportunidades, impulsionadas por uma grande coordenadora e por excelentes colegas. Essa será sempre a “minha casa”.



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES BV – Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga

AF – Agregado Familiar

AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD - Atividades de Vida Diária

BCG - Bacilo de Calmette e Guérin

BI - Bilhete de Identidade

CADI - Carers' Assessment of Difficulties Index

CAMI - Carers' Assessment of Managing Index

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CE – Comissão de Ética

CI – Cuidador(es) Informal(s)

CIPE – Classificação Internacional para a prática de enfermagem

CLAS - Conselhos Locais de Ação Social

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSF - Comissões Sociais de Freguesia

CSIF - Comissões Sociais Inter-freguesia

DGS -Direção Geral da Saúde

DL – Decreto de Lei

DR – Diário da República

ECCI - Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ELI - Equipa Local de Intervenção

Enf. – Enfermeira (o)

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ESC – Escala da Sobrecarga do Cuidador

ESEnC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IC – Informal Caregiver

ICN – International Council of Nurses

IDG - Índice de Desempenho Global

IGRA - Interferon Gamma Release Assay

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

GNR - Guarda Nacional Republicana

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PII - Plano de Intervenção Individual

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNT - Programa Nacional para a Tuberculose

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PSI – Plano de Saúde Individual

PSP – Polícia de Segurança Pública

REVIVE – Rede de Vigilância de Vetores

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU – Registo Nacional de Utentes

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNIPi - Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Sra. - Senhora

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

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

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública



## RESUMO

O presente Relatório de Estágio, reporta-se ao Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Nele consta a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a forma como estas contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O documento reflete ainda as componentes de investigação e intervenção previstas para esta unidade curricular, cuja área de trabalho foram os Cuidadores Informais (CI).

Há várias décadas que se verifica uma tendência de envelhecimento demográfico na Europa, e Portugal acompanha essa tendência. O envelhecimento e o aumento da dependência da população implicam a necessidade crescente da prestação de cuidados no domicílio por familiares (Melo, Rua & Santos, 2014). Esse envelhecimento é ainda mais relevante no concelho de Cantanhede, com um índice de envelhecimento que é superior à média nacional em 85 pontos percentuais. Torna-se assim evidente, a necessidade de estudar os CI, conhecer as suas necessidades efetivas, melhorando a resposta nos cuidados e intervenções e promovendo a sua eficácia e eficiência. Assim, o estudo de investigação tem como objetivos: Caracterizar os CI e utentes a quem prestam cuidados; identificar as principais dificuldades dos CI, aplicando o Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI); identificar as estratégias de coping dos CI, aplicando o Carers' Assessment of Managing Index (CAMI); avaliar a sobrecarga dos cuidadores através da Escala da Sobrecarga do Cuidador (ESC); identificar fatores associados à sobrecarga dos CI; estudar a relação entre algumas das variáveis; propor intervenções adequadas às necessidades dos CI. Foi ainda desenhado um projeto de intervenção – “Linha de apoio ao Cuidador Informal”, que adequa as intervenções de enfermagem às necessidades da população-alvo, permitindo assim uma resposta mais eficaz e eficiente.

**Palavras-Chave:** Cuidador informal; sobrecarga; dificuldades; estratégias de coping; linha de apoio; Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública



## **ABSTRACT**

This Internship Report, intends to be a narrative from the Internship in Community and Public Health Nursing, carried out within the scope of the I Master's Degree Course in Community Nursing - Community and Public Health Nursing area from the Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Within contains the description and reflection of the activities developed through out the internship, as well as the way as those contributed to the development of common skills of specialist nurses and of specific skills of the Community and Public Health specialist nurse.

The document also reflects the researching and intervention components planned for this curricular unit, whose area of work were Informal Caregivers (IC).

For several decades now, it has been noticed a tendency of demographic aging in Europe and Portugal follows this tendency. The aging and increasing dependence of the population, imply the growing need for family members to provide care at home (Melo et al. 2014). This aging is even more relevant in the county of Cantanhede, with an aging index 85 percentual points higher than the national average. The need to study informal caregivers, understanding their needs, improving the response to care and interventions and promoting their effectiveness and efficiency, becomes evident. Therefore, the research study aims to: characterize the IC and users to whom they provide care; identify the main difficulties of the IC, applying the Carer's Assessment of Difficulties Index (CADI); identify coping strategies of the IC, applying the Carer's Assessment of Managing Index (CAMI); assess the burden of the caregivers using Burden Interview Scale; identify factors associated with caregivers burden; study the relation between some of the variables; propose interventions suited to the needs of the IC. It was also designed an intervention project – "Informal Caregiver support line", that adapts nursing interventions to the real needs of the target population, thus allowing a more effective and efficient response.

**Keywords:** Informal Caregiver; burden; difficulties; coping strategies; support line; community health and public health nursing.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Organograma do ACES BV .....	27
Figura 2- Mapa dos concelhos do ACES Baixo Vouga .....	28
Figura 3 - Pirâmide etária da população residente na área de abrangência do ACES Baixo Vouga .....	29
Figura 4 - Mapa do concelho de Aveiro .....	30
Figura 5 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Aveiro .....	31
Figura 6 - Mapa do Concelho de Cantanhede .....	41
Figura 7- Bilhete de Identidade da população abrangida pela UCC de Cantanhede...	46
Figura 8 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Cantanhede.....	47
Figura 9 - Modelo de interação na transição para o exercício do papel de cuidador ...	63
Figura 10 - Distribuição percentual dos utentes dependentes por grupo etário (n=30)	72
Figura 11 - Distribuição percentual dos utentes dependentes por género (n=30) .....	72
Figura 12 - Distribuição percentual dos CI por grupo etário (n=30) .....	77
Figura 13 - Distribuição percentual dos CI por género (n=30).....	77
Figura 14 - Distribuição percentual do nível de sobrecarga dos CI (n=30) .....	87
Figura 15 - Distribuição da média dos 22 itens de ESC (n=30).....	88
Figura 16 - Distribuição da média das respostas por setores de ESC (n=30) .....	89
Figura 17 - Média por categoria, das dificuldades dos CI avaliadas por CADI (n=30) .	89
Figura 18 - Teste de Kruskal-Wallis para relação entre ESC Global e Escolaridade do Cuidador.....	98
Figura 19 - Teste de Kruskal-Wallis para relação entre ESC Global e Tempo Despendido no Cuidar. ....	98
Figura 20 - Teste de Kruskal-Wallis para relação entre ESC Global e Perceção do Apoio por parte dos Profissionais de Saúde. ....	99



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo estatístico da idade dos utentes dependentes (n=30).....	71
Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual dos utentes dependentes por estado civil (n=30).....	72
Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual dos utentes dependentes por causa da dependência (n=30).....	73
Tabela 4 - Distribuição absoluta e percentual da duração da dependência dos utentes dependentes (n=30).....	74
Tabela 5 - Distribuição absoluta e percentual dos antecedentes pessoais dos utentes dependentes (n=30).....	74
Tabela 6 - Distribuição absoluta e percentual do número de elementos do AF do utente dependente (n=30) .....	75
Tabela 7 - Distribuição absoluta e percentual dos rendimentos mensais do AF do utente dependente (n=30) .....	75
Tabela 8 - Distribuição absoluta e percentual dos rendimentos mensais do utente dependente (n=30) .....	76
Tabela 9 - Distribuição absoluta e percentual do recebimento do complemento por dependência (n=30).....	76
Tabela 10 - Distribuição absoluta e percentual do nível de dependência dos utentes, de acordo com o "Índice de Barthel" (n=30).....	76
Tabela 11 - Resumo estatístico da idade dos cuidadores informais (n=30) .....	77
Tabela 12 - Distribuição absoluta e percentual dos CI por estado civil (n=30) .....	78
Tabela 13 - Distribuição absoluta e percentual da situação laboral dos CI (n=30) .....	78
Tabela 14 - Distribuição absoluta e percentual da profissão dos CI (n=30).....	79
Tabela 15 – Distribuição absoluta e percentual do número de elementos do AF dos CI (n=30).....	79
Tabela 16 – Distribuição absoluta e percentual da escolaridade dos CI (n=30) .....	80

Tabela 17 – Distribuição absoluta e percentual do grau de parentesco da pessoa dependente com o CI (n=30) .....	80
Tabela 18 - Distribuição absoluta e percentual do motivo que levou os CI a assumirem esse papel (n=30) .....	81
Tabela 19 - Distribuição absoluta e percentual do tempo diário despendido pelo CI a cuidar do utente (n=30).....	81
Tabela 20 - Distribuição absoluta, percentual e percentagem cumulativa da duração do papel de cuidador (n=30) .....	82
Tabela 21 - Distribuição absoluta e percentual da percepção dos CI sobre a qualidade da sua relação com o utente dependente e com a restante família (n=30) .....	83
Tabela 22 - Distribuição absoluta e percentual do tipo de apoio recebido pelos CI na prestação de cuidados (n=30).....	83
Tabela 23 - Distribuição absoluta e da percepção que os CI têm do apoio que recebem dos profissionais de saúde (n=30) .....	84
Tabela 24 - Distribuição absoluta e percentual do tipo de apoio à distância que faz sentido aos CI receberem por parte dos profissionais de saúde (n=30).....	84
Tabela 25 - Distribuição absoluta e percentual das necessidades referidas pelos CI (n=30).....	85
Tabela 26 - Distribuição absoluta e percentual das dificuldades referidas pelos CI (n=30) .....	85
Tabela 27 - Distribuição absoluta e percentual das vantagens que os CI consideram ter em desempenhar esse papel (n=30).....	86
Tabela 28 - Distribuição absoluta e percentual das vantagens que os CI consideram que os seus familiares têm em ser cuidados por si (n=30).....	87
Tabela 29 - Distribuição absoluta e percentual dos “problemas relacionais” da escala CADI (n=30).....	90
Tabela 30 - Distribuição absoluta e percentual das “restrições sociais” da escala CADI (n=30).....	91

Tabela 31 - Distribuição absoluta e percentual das “exigências do cuidar” da escala CADI (n=30) .....	91
Tabela 32 - Distribuição absoluta e percentual das “reações ao cuidar” da escala CADI (n=30).....	92
Tabela 33 - Distribuição absoluta e percentual do “apoio familiar” da escala CADI (n=30) .....	92
Tabela 34 - Distribuição absoluta e percentual do “apoio profissional” da escala CADI (n=30).....	93
Tabela 35 - Distribuição absoluta e percentual da subescala “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas” da escala CAMI (n=30).....	94
Tabela 36 - Distribuição absoluta e percentual da subescala “percepções alternativas sobre a situação” da escala CAMI (n=30).....	95
Tabela 37 - Distribuição absoluta e percentual da subescala “lidar com sintomas de stress” da escala CAMI (n=30) .....	96
Tabela 38 - Estudo das correlações entre ESC global e as variáveis .....	98
Tabela 39- Estudo das correlações entre o ESC e o CADI .....	100



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO</b> .....	27
1.1 - A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO BAIXO VOUGA .....	27
<b>1.1.1 - Caracterização do ambiente de cuidados</b> .....	28
1.1.1.1 - Recursos de saúde .....	33
1.1.1.2 - Recursos sociais .....	34
1.1.1.3 - Recursos de educação .....	34
<b>1.1.2 - Caracterização do modelo orgânico/funcional</b> .....	34
<b>1.1.3 - Atividades da USP</b> .....	36
1.2 - A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CANTANHEDE .....	40
<b>1.2.1 - Caracterização do ambiente de cuidados</b> .....	41
1.2.1.1 - Recursos de saúde .....	43
1.2.1.2 - Recursos sociais .....	43
1.2.1.3 - Recursos de educação .....	44
<b>1.2.2 - Caracterização da população inscrita</b> .....	45
<b>1.2.3 - Caracterização do modelo orgânico/funcional</b> .....	46
<b>2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA</b> .....	55
2.1 – METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	55
2.2 – CUIDAR (COM)SIGO – LINHA DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....	56
<b>2.2.1 – Identificação e contextualização do problema de saúde</b> .....	56
<b>2.2.2 – Diagnóstico epidemiológico</b> .....	57
<b>2.2.3 – Diagnóstico de enfermagem</b> .....	57
<b>2.2.4 – Definição de prioridades</b> .....	58
<b>2.2.5 – População-alvo</b> .....	59

<b>2.2.6 – Objetivos</b> .....	59
<b>2.2.7 – Estratégias</b> .....	59
<b>2.2.8 – Recursos</b> .....	59
<b>2.2.9 – Parcerias</b> .....	59
<b>2.2.10 – Indicadores de avaliação</b> .....	60
2.2.10.1 – De processo .....	60
2.2.10.2 – De impacto .....	60
<b>2.2.11 – Atividades</b> .....	60
<b>3 – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – CUIDAR (COM)SIGO</b> .....	61
3.1 – ENQUADRAMENTO .....	61
<b>3.1.1 – Os Cuidadores Informais e a sua importância numa sociedade envelhecida</b> .....	61
<b>3.1.2 – A transição para o papel de cuidador e o impacte da prestação de cuidados na pessoa do Cuidador Informal</b> .....	62
<b>3.1.3 – As políticas de saúde e os Cuidadores Informais</b> .....	65
<b>3.1.4 – O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública</b> .....	65
<b>3.1.5 – A importância do diagnóstico e as competências de Mestre</b> .....	66
3.2 – OBJETIVOS.....	66
3.3 – METODOLOGIA .....	67
<b>3.3.1 – Tipo de estudo</b> .....	67
<b>3.3.2 – População e amostra</b> .....	67
<b>3.3.3 – Instrumentos de colheita de dados</b> .....	68
3.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	70
3.5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	71
<b>3.5.1 – Análise descritiva</b> .....	71

3.5.1.1 – Caracterização sociodemográfica dos utentes dependentes.....	71
3.5.1.2 – Caracterização sociodemográfica dos Cuidadores Informais .....	76
3.5.1.3 – Escala da Sobrecarga do Cuidador.....	87
3.5.1.4 – CADI – Dificuldades percecionadas pelos prestadores de cuidados .....	89
3.5.1.5 – CAMI – Estratégias de Coping dos Cuidadores Informais.....	93
<b>3.5.2 – Análise correlacional.....</b>	<b>97</b>
<b>3.5.3 – Discussão dos resultados.....</b>	<b>100</b>
<b>3.5.4 – Principais conclusões do estudo .....</b>	<b>105</b>
<b>4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS – REFLEXÃO CRÍTICA .....</b>	<b>107</b>
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	107
<b>4.1.1 - Responsabilidade profissional, ética e legal .....</b>	<b>107</b>
<b>4.1.2 – Melhoria contínua da qualidade.....</b>	<b>108</b>
<b>4.1.3 – Gestão dos Cuidados .....</b>	<b>108</b>
<b>4.1.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....</b>	<b>109</b>
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	110
<b>4.2.1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade .....</b>	<b>111</b>
<b>4.2.2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades..</b>	<b>113</b>
<b>4.2.3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.....</b>	<b>116</b>
<b>4.2.4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico .....</b>	<b>120</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>125</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Autorização de Utilização das Escalas CADI, CAMI, ESC e Índice de Barthel

**ANEXO II** – Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E

**ANEXO III** – Infografia “Cuidin”

**ANEXO IV** – Índice de Barthel

**ANEXO V** - Índice para avaliação das dificuldades do prestador de Cuidados – CADI

**ANEXO VI** -Índice de avaliação das estratégias de coping do Prestador de cuidados – CAMI

**ANEXO VII** – Escala de Sobrecarga do Cuidador - ESC

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Instrumento de Colheita de Dados

**APÊNDICE II** – Consentimento Informado para participação no estudo

**APÊNDICE III** – Tabelas representativas das figuras 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, e 17

**APÊNDICE IV** – Documentos de apoio ao atendimento de chamadas da “Linha de Apoio ao Cuidador Informal”

**APÊNDICE V** – Formulário de registo das chamadas – “Ficha do Cuidador”

**APÊNDICE VI** – Cartaz de divulgação de “Linha de Apoio ao Cuidador Informal”

**APÊNDICE VII** – Plano de Saúde Individual menina AA

**APÊNDICE VIII** – Plano de sessão para sessão de epilepsia na escola

**APÊNDICE IX** – Material de Apoio à sessão de epilepsia na escola

**APÊNDICE X** – Folheto Informativo – “Estatuto do Cuidador Informal”

**APÊNDICE XI** – Plano de Sessão do Estatuto do Cuidador Informal

**APÊNDICE XII** – Material de apoio à sessão do Estatuto do Cuidador Informal

**APÊNDICE XIII** – Cartaz de divulgação da sessão do Estatuto do Cuidador Informal

**APÊNDICE XIV** – Formulário de Avaliação da Sessão

**APÊNDICE XV** – Relatório de Avaliação da Sessão

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, foi elaborado no âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, realizado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da ESEnC, que decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) Baixo Vouga, equipa local de Aveiro, sob orientação da Sra. Enf. Especialista Ana Lebreiro e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Cantanhede, sob orientação da Sra. Enf. Especialista Nélia Batista. Este estágio decorreu entre 26 de setembro de 2022 e 24 de fevereiro de 2023, tendo sido precedido da Unidade Curricular de Prática Clínica que decorreu de 10 de maio a 15 de julho de 2022, os quais, em conjunto com este relatório dão cumprimento às recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista, da Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2021).

Pretende-se com este documento: caracterizar os contextos onde a prática clínica decorreu; descrever o projeto de intervenção de âmbito comunitário, concebido para dar resposta ao problema identificado; descrever o estudo de investigação desenvolvido; explicar de forma clara as atividades desenvolvidas, explicitando as competências adquiridas.

A população mundial está a envelhecer progressivamente e, embora o envelhecimento constitua uma etapa natural da vida, implica mudanças graduais no sistema fisiológico relacionadas com a idade. Este processo, quando acompanhado por doença, condiciona a realização das tarefas mais básicas, alterando toda a dinâmica do quotidiano familiar, surgindo assim a necessidade da presença constante de um cuidador (Ferreira, *et al.* 2021). Habitualmente esses cuidados são realizados no seio familiar por um cuidador principal, determinado normalmente pelo grau de parentesco, género, disponibilidade, proximidade geográfica, pela competência ou por ausência de outras respostas (Araújo, 2009).

Cuidar de alguém é exigente, física e emocionalmente. Existem vários estudos relativos às dificuldades percebidas no cuidar, que enfatizam a influência negativa que esta função provoca, com impacto especial na sobrecarga, por influenciar diretamente a qualidade de vida e a saúde física e mental dos CI, podendo originar casos importantes

de stress, causando alterações no tratamento ao doente, na vida e no papel desempenhado por estes familiares (Ferreira *et al.*, 2021).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública de acordo com o Regulamento nº 428/2018, 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19356).

O projeto de intervenção desenvolvido para dar resposta ao problema identificado, seguiu a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes, no sentido de intervir nas causas dos problemas, aumentando a eficiência das intervenções e reduzindo os custos associados a intervenções mal planeadas.

Decorrente desta necessidade identificada em contexto de estágio, e dando resposta à componente de investigação da Unidade Curricular, desenvolveu-se o Estudo de Investigação “CUIDAR (COM)SIGO”, cujo objetivo é caracterizar uma amostra de CI do concelho de Cantanhede, avaliando a sua sobrecarga, identificando as suas dificuldades e as estratégias de coping utilizadas, no sentido de propor uma intervenção adequada ao diagnóstico efetuado.

O presente documento foi redigido respeitando as normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio em vigor na ESEnFC (Regulamento n.º 42/2020 de 16 de janeiro), complementando com o Guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEnFC (2016). Inicia-se com a presente introdução, e encontra-se dividido em quatro capítulos principais e vários subcapítulos. O capítulo um diz respeito à caracterização dos contextos de estágio, o dois apresenta o projeto de intervenção, o três refere-se ao estudo de investigação, sua fundamentação e resultados obtidos e o quatro contém as atividades desenvolvidas, acompanhada de uma reflexão crítica das competências adquiridas. Termina com uma conclusão reflexiva sobre o percurso realizado e os resultados obtidos.

## 1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO

Neste capítulo descrevem-se detalhadamente os contextos onde ocorreu o estágio, desde o ambiente de cuidados, recursos disponíveis e organização das Unidades.

### 1.1 - A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO BAIXO VOUGA

O Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga (ACES BV) é um dos 6 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) constituintes da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. A sua área geográfica é coincidente com a Unidade Territorial Estatística (NUTS III) “Região de Aveiro” e abrange 11 concelhos (Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga, e Vagos,) tendo uma USP para todo o ACES, que se divide em 11 polos, correspondentes aos 11 Centros de Saúde que o compõem. De acordo com o Bilhete de Identidade (BI) da USP, atualizado pelo Registo Nacional de Utentes (RNU) em dezembro de 2022, esta unidade abrange 403 994 utentes, distribuídos por 52 unidades funcionais. Esta estrutura é visível na figura seguinte.

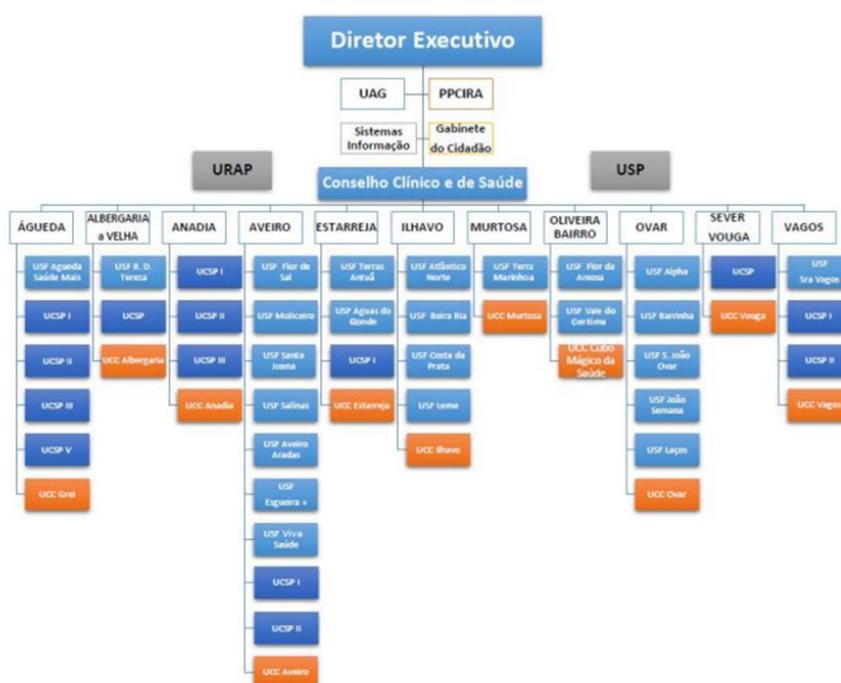


Figura 1- Organograma do ACES BV

Fonte: USP Baixo Vouga, 2019. Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos

No caso concreto da USP – Equipa Local de Aveiro, esta abrange a população residente neste concelho, que de acordo com os Censos 2021, é de 80 954, tendo vindo a aumentar nos últimos anos. O Centro de Saúde de Aveiro engloba 13 unidades funcionais, sendo 1 UCC, 8 Unidades de Saúde Familiares (USF), 2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 1 USP – Equipa Local de Aveiro.

### 1.1.1 - Caracterização do ambiente de cuidados

A área de cuidados da USP BV – Região de Aveiro, situa-se na zona litoral norte da Região Centro de Portugal e é dotada de um clima ameno e húmido, definido pelo Baixo Vouga e pela Ria de Aveiro.

De acordo com o Manual de Acolhimento dos Alunos (2019), a USP Baixo Vouga abrange uma população residente de 363 095 habitantes distribuídos por uma área geográfica de 1.691,6 km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional de 214,5 hab/km<sup>2</sup>, dados que dizem respeito ao ano de 2017. De acordo com os últimos dados disponíveis, referentes aos Censos 2021, a população residente aumentou desde então para o valor de 367 403, com uma densidade populacional de 217,03 hab/km<sup>2</sup>. Como foi anteriormente referido, abrange 11 concelhos, dos quais se apresenta de seguida o mapa.



Figura 2- Mapa dos concelhos do ACES Baixo Vouga  
Fonte: ACES Baixo Vouga, 2017. Perfil Local de Saúde da Unidade de Saúde Pública

Segue-se a pirâmide etária da área de abrangência da USP BV, na qual podemos verificar, que a faixa etária mais representada em ambos os sexos é a dos 45 aos 49 anos, sendo a menos representada, a dos 90 ou mais anos também em ambos os sexos.

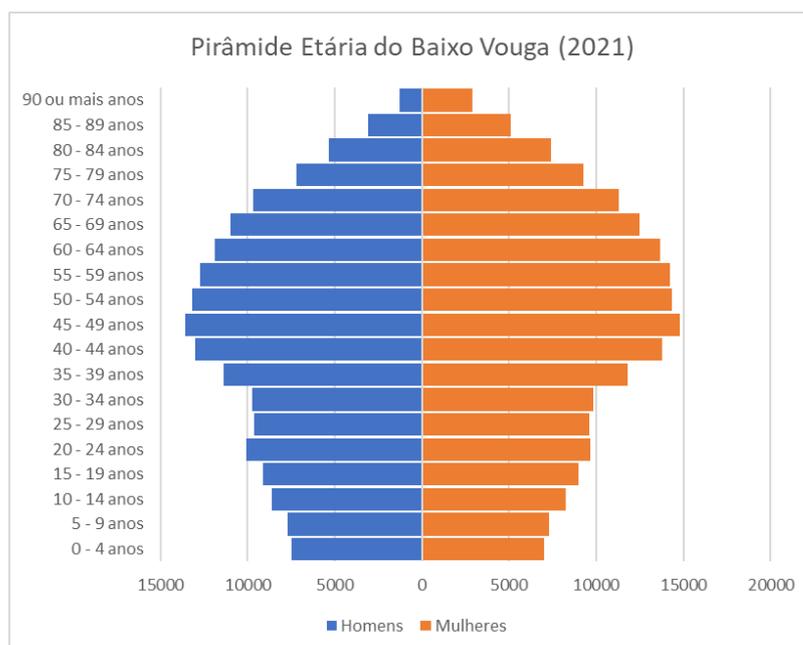


Figura 3 - Pirâmide etária da população residente na área de abrangência do ACES Baixo Vouga

Fonte: População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário; Decenal – Instituto Nacional de Estatística (INE), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

Uma vez que o estágio decorreu no polo de Aveiro da USP BV, considerei pertinente realizar uma breve caracterização da sua área de intervenção, o concelho de Aveiro.

Este Concelho detém uma área de 197,58 Km<sup>2</sup>, uma população residente de 80 954 habitantes e uma densidade populacional de 409,71 hab/km<sup>2</sup>, de acordo com os dados do Censos 2021. Territorialmente divide-se em 10 freguesias, a saber: Aradas; Cacia; Eixo e Eirol; Esgueira; Glória e Vera Cruz; Oliveirinha; Requeixo, Nossa Senhora de Fátima e Nariz; Santa Joana; São Bernardo e São Jacinto. As freguesias mais populosas são Glória e Vera Cruz e Esgueira e São Jacinto as freguesias com menos habitantes.



Figura 4 - Mapa do concelho de Aveiro

Fonte: <https://www.cm-aveiro.pt/>

Ainda de acordo com os Censos 2021, residem no concelho 10491 jovens com idade igual ou inferior a 14 anos e 17 012 idosos com 65 e mais anos, o que se traduz num índice de envelhecimento de 162%. Isto significa que, no Concelho de Aveiro, por cada 100 jovens com idade igual ou inferior a 14 anos, existem 162 idosos com 65 e mais anos. Este índice dá-nos conta de que a população do concelho de Aveiro é ligeiramente menos envelhecida do que a população nacional, na qual este índice é de 182%.

Entre 2011 e 2021 a população do concelho de Aveiro aumentou em cerca de 2 milhares e meio de pessoas, tendo a população idosa aumentado em cerca de 4 milhares e a população jovem (14 anos ou menos), pelo contrário diminuído, representando em 2021 apenas 13% da população residente, quando em 2011 representava 17% (INE, 2022).

A Taxa de Natalidade bruta tem seguido a tendência nacional de diminuição, 9,7‰ em 2011 e 8,5‰ em 2020, encontrando-se, no entanto, ligeiramente superior ao valor nacional, que foi de 8,2‰ em 2020. Por outro lado, a Taxa de Mortalidade Bruta tem vindo a aumentar, tendo sido de 10,4‰ em 2020, inferior ao valor nacional (12‰) e da região centro (13,6‰) (INE, 2022).

Quanto à Taxa de Mortalidade Infantil do concelho, um importante indicador de saúde de uma população, verificamos que sofreu um ligeiro aumento nos últimos anos, tendo sido de 2,0‰ no quinquénio (2017-2021), e de 1,1‰ no quinquénio (2016-2020) valores que estão abaixo da média nacional (2,7‰ em 2017-2021 e 2,9‰ em 2016-2020). Se

olharmos para estes dados em toda a Região do Baixo Vouga, os valores dos dois quinquênios são exatamente iguais, 2,3 ‰, inferiores quer ao valor nacional quer da região centro (INE, 2022).

Segue-se a pirâmide etária do concelho de Aveiro, muito semelhante à da região Baixo Vouga, anteriormente mencionada, sendo que no caso do concelho de Aveiro, a faixa etária mais representativa é a anterior (dos 40 aos 44 anos).



Figura 5 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Aveiro

Fonte: População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

À semelhança do que acontece em todo o território nacional, também na região de Aveiro (Baixo Vouga), o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar, fruto da diminuição da população jovem e do aumento da população idosa, situando-se, de acordo com os dados mais atuais, nos 185,6%, ligeiramente superior ao valor nacional (182%), mas bastante inferior ao valor da região centro (228,6%). Especificamente o concelho de Aveiro, tem um índice de envelhecimento de 162%, inferior a qualquer um dos anteriormente apresentados, o que significa que a população deste concelho é menos envelhecida do que a da região onde se insere (Censos, 2021).

As infraestruturas ambientais abrangem a maioria da população: em 2019, 100% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, quando o valor de Portugal continental é de 96%. Quanto aos sistemas de drenagem de águas residuais, 99% da população do concelho é abrangida, enquanto no território do Baixo Vouga e território continental, apenas 86% da população é servida por este sistema (Censos, 2021)

De acordo com o Plano Local de Saúde (PLS) Baixo Vouga 2016-2020, a esperança média de vida à nascença nesta região, tem vindo a aumentar progressivamente ao

longo dos últimos anos, sendo que no triénio de 1996-1998, era de 73,3 anos para os homens e 79,3 anos para as mulheres, aumentando no triénio 2015-2017 para 78,6 anos nos homens e 84,2 anos nas mulheres.

O Perfil de Saúde Região de Baixo Vouga, N.º 9 de dezembro de 2019, dá-nos conta das principais causas de morte da região, e especificamente de cada concelho que a compõe. Os dados dizem respeito a 2017 e evidenciam que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pela maior proporção de doenças (28,3%), seguindo-se dos tumores malignos (25,1%), das doenças do aparelho respiratório (11,9%), da diabetes (4,2%) e doenças do aparelho digestivo (4%), sendo estas as 5 principais causas de morte na região. Este documento faz referência ao facto de nos últimos anos a percentagem de mortes por doenças do aparelho circulatório e tumores malignos tem vindo a aproximar-se quer por decréscimo da primeira quer por acréscimo da segunda, antevendo-se a possibilidade de os tumores malignos virem a ocupar o primeiro lugar na proporção de causas de morte na região.

Ao consultar os dados de 2020, verifiquei que essa tendência não se verificou, mantendo-se as doenças do aparelho circulatório em primeiro lugar com 28,7% e os tumores malignos em segundo, com uma ligeira descida da percentagem em relação a 2017, sendo agora de 23,3%. As restantes principais causas de morte mantêm as posições em 2020, estando as doenças do aparelho respiratório em terceiro com a responsabilidade de 7,9% dos óbitos e as do aparelho digestivo em quarto com a responsabilidade de 3,8% das mortes. Em quinto a diabetes que foi responsável por 1,6% dos óbitos ocorridos (INE, 2022).

Já no que diz respeito aos dados relativos ao concelho de Aveiro referentes a 2017 contidos no Perfil de Saúde, eles diferem apenas no facto de as duas primeiras causas de morte estarem bastantes mais próximas, mantendo ainda assim a ordem da região de Aveiro (doenças do aparelho circulatório responsáveis por 27,9% das mortes e tumores malignos por 27,5%). Em 2020 esta proximidade diminuiu, constatando-se que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 33,5% dos óbitos e os tumores malignos por 23,2%.

Com base em instrumentos de gestão do ACES (Diagnóstico de Situação de Saúde, Perfil de Saúde do Baixo Vouga e Planos de Desempenho), identificaram-se os principais problemas de saúde da população da região de Aveiro, após os quais se

realizou a priorização dos problemas de saúde sujeitos a intervenção no PLS do ACES BV. Em primeiro lugar encontram-se as doenças do aparelho circulatório, em segundo os tumores malignos, em terceiro a diabetes em quarto lugar a obesidade e excesso de peso e em quinto as perturbações depressivas.

Em 2018, 26,8% (10152 utentes) da população inscrita no ACES não tinha médico de família (PLS Baixo Vouga, 2016-2020).

De acordo com os dados do INE referentes ao ano de 2021, o rácio de enfermeiros na área de abrangência do ACES BV é de 5,2 enfermeiros por mil habitantes, inferior ao rácio nacional que é de 7,8 tal como o da região centro (INE, 2022). Se olharmos apenas para a média do concelho, esta é de 11,5, o que se deverá ao facto de o hospital se localizar no concelho, mas servir a população de toda a região do Baixo Vouga. Daí que o rácio que espelha a realidade dos recursos de enfermagem para esta população seja o de 5,1 enfermeiros por mil habitantes. A média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), segundo o Health at a Glance (2021) é de 8,8.

No que diz respeito aos recursos existentes no concelho de Aveiro, o processo de pesquisa permitiu elencá-los de forma resumida de acordo com as categorias consideradas mais pertinentes.

#### 1.1.1.1 - Recursos de saúde

- Pertencentes ao ACES Baixo Vouga: 1 USP, 1 UCC, 8 USF (Moliceiro, Santa Joana, Salinas, Fenix, Flor de Sal, Aradas, Esgueira e Arte Nova) e 2 UCSP (Aveiro I e Aveiro II)
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga;
- 2 hospitais privados (Luz e Trofa);
- 1 Unidade de Convalescença com 30 camas;
- 1 Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com 5 vagas

O concelho de Aveiro dispõe de Serviço de Urgência no Centro Hospitalar do Baixo Vouga e um Serviço Atendimento Complementar no Centro de Saúde de Aveiro, que funciona aos fins-de-semana e feriados entre as 10h e as 18h.

### 1.1.1.2 - Recursos sociais

De acordo com a Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento, Carta Social acedida em 27 de março de 2023, em <http://www.cartasocial.pt.>, com dados atualizados em janeiro do corrente ano referentes a 31 de dezembro de 2022, no que diz respeito ao apoio aos idosos, o concelho de Aveiro está dotado de 15 Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) com capacidade para 666 utentes, 21 instituições que prestam apoio domiciliário, com capacidade para apoiar 777 utentes, 14 centros de dia com capacidade para 474 utentes.

A nível de instituições de apoio à infância, existem 29 equipamentos com a valência de creche com capacidade para 1511 crianças, 13 equipamentos com resposta de Centro de Atividades de tempos livres, com capacidade para 850 crianças.

A Ação Social do município desenvolve-se em áreas como a Comissão de proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e o apoio social às famílias e às associações, com vista a melhorar a qualidade de vida da população (Cm-Aveiro, 2022).

### 1.1.1.3 - Recursos de educação

A nível de pré-escolar, o concelho dispõe de 25 instituições da rede pública e 29 instituições privadas ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Para o 1.º ciclo existem 31 instituições públicas e 2 privadas. Ao nível do 2.º e 3.º ciclos, a resposta é de 7 escolas públicas, uma delas com ensino artístico (Escola Artística do Conservatório de Música Calouste Gulbenkian, Aveiro). Ao nível do ensino secundário, Aveiro conta com 4 escolas públicas. Para além destas respostas, existem também 2 escolas de ensino especial, 2 de ensino profissional, e uma Escola de línguas. Existe também o nível de Ensino Superior, pela Universidade de Aveiro, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Aveiro, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração e Instituto Superior de Ciências Religiosas de Aveiro (GesEdu, 2022).

## 1.1.2 - Caracterização do modelo orgânico/funcional

A USP BV, com sede em Aveiro, abrange toda a área do ACES BV e divide-se em 11 Equipas Locais de Saúde Pública, uma em cada um dos 11 concelhos. Cada uma destas equipas é pluridisciplinar, sendo constituídas no mínimo por: um médico

especialista em saúde pública, um enfermeiro de saúde pública ou de saúde comunitária, um técnico de saúde ambiental, 1 assistente técnico e ainda outros profissionais considerados necessários, em permanência ou em colaboração temporária (USP BV, 2019).

A sua missão é “contribuir para a melhoria contínua do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do ACES (...)” (Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos, 2019, p.4). Para o cumprimento desta missão, desenvolve atividades de planejamento em saúde, identificando necessidade através da monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes.

Para tal, efetua a gestão de informação, programas e projetos de intervenção no âmbito da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde em geral e de grupos específicos, exercendo vigilância epidemiológica e de saúde ambiental, no que respeita aos determinantes globais da saúde, avaliando o impacto das várias intervenções em saúde, colaborando de acordo com legislação específica no exercício das funções de Autoridade de Saúde (USP BV, 2019, p.4).

Para além disso, a USP promove e participa na investigação em saúde e na formação dos diversos grupos profissionais que a integram.

Esta USP tem como visão “ser reconhecida como uma unidade de referência no desenvolvimento da área geográfica onde se insere, assumindo-se como parceiro privilegiado junto dos agentes da comunidade e de outras entidades dentro e fora do setor da saúde” (USP BV, 2019, p.4), e é caracterizada pelos seguintes valores: o conhecimento como um bem em si mesmo; a excelência técnica; a multidisciplinaridade e colaboração no trabalho; a partilha de informação em saúde com as instituições e organismos aos quais possa ser útil; flexibilidade da estrutura organizacional, preferencialmente por equipas permitindo a adequação às especificidades geodemográficas; promoção da diferenciação técnica dos profissionais e de uma cultura de respeito e integração entre os profissionais e entre estes e a população; a intercooperação com todas as unidades funcionais do ACES; a equidade e garantia do acesso da população; a defesa do interesse público (USP BV, 2019).

Os profissionais da USP podem desempenhar as suas funções em mais do que uma equipa e no desenvolvimento de algumas atividades, trabalham em parceria com as restantes unidades do ACES. Para além disso, a USP estabelece parcerias no seio da comunidade, nomeadamente com a Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Proteção Civil, CPCJ, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, IPSS, entre outros, tendo em vista a adequação às especificidades geodemográficas e das populações.

No sentido de garantir a cooperação e articulação com instituições públicas, privadas ou da área social, relevantes para a saúde, compete à USP:

- a) colaborar com os municípios do seu âmbito geográfico em atividades conjuntas, visando a prevenção e promoção da saúde;
- b) garantir a necessária cooperação e articulação com instituições públicas relevantes para a saúde;
- c) promover a formação dos parceiros dos diversos grupos profissionais existentes na comunidade (USP BV, 2019).

A USP é coordenada pelo elemento designado pelo Diretor Executivo do ACES, de entre os médicos especialistas em Saúde Pública, com experiência efetiva de, pelo menos, três anos serviços de saúde pública. Esta unidade funciona como “Observatório Local de Saúde”, constituído pelo coordenador da USP, dois elementos do Conselho Clínico e da Saúde, um enfermeiro especialista em saúde pública ou comunitária e uma assistente técnica da Unidade de Apoio à Gestão (UAG) (USP BV, 2019).

De acordo com o documento anteriormente citado, a USP BV é dotada dos seguintes profissionais: 13 Médicos de Saúde Pública; 15 Médicos Internos de Saúde Pública; 14 Enfermeiros de Saúde Pública/ Comunitária; 11 Técnicos de Saúde Ambiental; 1 Engenheiro Sanitarista; 12 Assistentes Técnicos e 6 outros profissionais pertencentes a outras unidades funcionais.

### **1.1.3 - Atividades da USP**

As atividades da USP dividem-se em 3 categorias:

- Planeamento e gestão em saúde;
- Vigilância e investigação epidemiológica;

- Prevenção da doença e promoção e proteção da saúde.

Na categoria de Planejamento e gestão em saúde encontra-se o Observatório Local de Saúde e a Investigação, que de acordo com o Decreto-lei n.º 81/2009, de 2 de abril, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 137/2013, de 7 de outubro, o primeiro consiste num centro de trabalho e estudo, que analisa de forma crítica, continuada e sistemática a evolução dos indicadores do estado de saúde de uma população em geral ou orientada para algum aspeto particular da saúde.

Ainda nesta categoria, a USP promove a investigação e a vigilância epidemiológicas, avaliando o impacto das várias intervenções em saúde; gerindo programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde; colaborando com os municípios, em atividades conjuntas definidas em protocolo; articulando e cooperando com outras unidades funcionais do ACES, hospitais de referência ou outras instituições relevantes para a saúde na sua área de referência, com partilha e divulgação de informação e conhecimento (USP BV, 2019).

O Observatório Local de Saúde da USP BV tem diversos documentos emanados, nomeadamente Planos Locais de Saúde, Planos de Ação, Relatórios de Atividades, 9 Perfis Locais de Saúde, publicados entre setembro de 2017 e dezembro de 2019, altura em que as atividades relacionadas com a pandemia mobilizaram todos os recursos disponíveis e deixou de ser possível manter a construção destes documentos. Cada um destes Perfis de Saúde tem uma temática associada, sendo que nestas nove publicações foram abordadas as seguintes temáticas: Causas de morte; Fatores de Risco Ambientais I e II; Morbidades; Demografia; Efeitos de Fatores Ambientais na Saúde; Mortalidade.

Para além desta Publicação, a USP elabora uma newsletter denominada USPartilha, destinada à população da sua área de abrangência e que constitui um excelente meio de promoção da literacia em saúde da população.

Na Categoria de Vigilância e Investigação Epidemiológica encontra-se a vigilância de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, a vacinação, os rastreios, a sanidade internacional e a saúde ambiental.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) permite: analisar a incidência cumulativa e distribuição geográfica/temporal das doenças de notificação obrigatória; investigar todas as notificações registadas, com realização de inquéritos

epidemiológicos e, quando aplicável, de inquérito ambiental ou rastreio de contactos; implementar, as medidas necessárias e adequadas ao controlo dessas doenças, prevenindo e controlando a sua transmissão e disseminação.

Continuando nesta categoria, ressalva-se a importância da aplicação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), cujo cumprimento e elevadas taxas de cobertura tem permitido diminuir a incidência de algumas doenças transmissíveis e o seu impacto em termos de saúde pública. No entanto, é importante que a USP esteja atenta e identifique assimetrias geográficas, resultantes da existência de bolsas populacionais com características que podem determinar níveis mais baixos de proteção. Deverá ainda ter em conta o risco acrescido relacionado com a mobilidade das populações aos níveis, local, nacional, europeu e mesmo mundial. Compete, portanto, à Saúde Pública, a monitorização e avaliação do PNV e do seu cumprimento nas unidades funcionais e a vacinação contra o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) nas crianças elegíveis.

No caso dos rastreios, à USP compete essencialmente coordenar e avaliar rastreios de base populacional existentes: rastreio pré-natal (malformações fetais, diabetes gestacional, rubéola, hepatite B, Streptococos B); teste do pezinho; rastreio auditivo neonatal; tuberculose; retinopatia diabética; cancro da mama; cancro do colo do útero e colo-retal. Compete também a esta unidade efetuar formação aos profissionais que os operacionalizam. Atualmente, os profissionais da Saúde Pública, operacionalizam o Rastreio de Saúde Visual Infantil, recentemente instituído na região centro, e que visa detetar problemas visuais nas crianças aos 2 e 4 anos (USP BV, 2019).

A Sanidade Internacional operacionaliza-se através de duas atividades: a sanidade marítima do Porto de Aveiro e a Consulta do viajante e Centro de Vacinação Internacional que se realiza no edifício do Laboratório Regional de Saúde Pública da ARS Centro em Aveiro, à 4.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> de manhã e à quinta à tarde. Esta consulta, embora se foque na perspetiva individual de cuidados, tem implicações do ponto de vista populacional para a prevenção e controlo de doenças transmissíveis que pela globalização e grande mobilidade das populações poderiam constituir emergências em saúde pública a nível mundial (USP BV, 2022).

A Sanidade Marítima Internacional do Porto de Aveiro, tem como objetivo o controlo dos fatores de risco ambientais e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis nas fronteiras portuárias, com o objetivo de diminuir o risco de importação e/ou exportação

de doenças transmissíveis (USP BV, 2019). O Porto de Aveiro é definido como um ponto de entrada, ou seja, “uma passagem para entrada ou saída internacional de viajantes, bagagens, contentores e produtos, assim como empresas e agências que prestam serviços a estes à entrada ou saída”. Assim sendo, entende-se a importância de assegurar que todos os navios que utilizam o Porto de Aveiro tenham controlados os fatores de risco ambientais, e de exercer Vigilância Epidemiológica para detecção precoce do risco em saúde pública. Isto é feito através do registo do movimento de navios, Vigilância da qualidade da Água, Gestão de Resíduos, Controlo de Vetores, e Vistoria às instalações, que são agendadas conforme disponibilidade antes de o navio sair do Porto de Aveiro, para que seja emitido o Certificado Sanitário do Navio necessário para abandonar o porto (USP BV, 2022).

Para finalizar a área da Vigilância Epidemiológica, temos a Saúde Ambiental, que pode ser definida como uma área da Saúde Pública que estuda os fatores de risco ambientais e avalia a sua repercussão na saúde humana.

Um desses fatores ambientais é a água. A sua vigilância, assegura a disponibilização universal de água salubre, limpa e equilibrada a toda a população, e proteger a saúde humana dos efeitos nocivos resultantes da eventual contaminação dessa água.

A intervenção da Saúde Ambiental é feita através do desenvolvimento e implementação dos seguintes planos, programas e projetos:

- PIOPAL – Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da Legionella
- Programa vigilância sanitária de água para consumo humano;
- Programa vigilância sanitária de piscinas
- Programa vigilância sanitária de oficinas de engarrafamento
- Programa vigilância sanitária de estabelecimentos termais
- Programa vigilância sanitária de zonas balneares
- Programa de gestão de resíduos hospitalares
- Programa segurança alimentar em cantinas
- Programa de vigilância sanitária de estabelecimentos de apoio social
- Rede nacional de vigilância de vetores (REVIVE)
- Plano de contingência saúde sazonal – módulo verão e módulo inverno

O REVIVE – é o programa de vigilância de vetores, que visa identificar, caracterizar e monitorizar os artrópodes hematófagos e a sua potencial infeção com agentes patogénicos importantes. Controlam-se essencialmente 2 tipos de vetores: mosquitos e carraças.

Quando à segurança alimentar em cantinas, o programa pretende identificar e controlar perigos para a saúde dos consumidores nas cantinas de estabelecimentos escolares e de apoio social, e promover a implementação de medidas e condições necessárias para assegurar que os géneros alimentícios sejam próprios para consumo humano.

O programa de gestão de resíduos hospitalares, que tem como objetivo prevenir perigos para a saúde dos profissionais de saúde e utentes por uma gestão inadequada dos resíduos hospitalares.

É também da responsabilidade da saúde pública a criação dos planos de contingência sazonal, que existem em dois módulos – módulo inverno e módulo verão – e que visam prevenir e minimizar os efeitos negativos das temperaturas extremas na saúde da população em causa e assegurar que as instituições estão preparadas e oferecer as condições necessárias para responder a tais temperaturas extremas (USP BV, 2022).

A vertente da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde faz-se através da participação em projetos no âmbito do:

- Programa nacional de saúde escolar
- Programa nacional para a promoção da alimentação saudável
- Programa nacional de promoção da saúde oral
- Programa nacional da prevenção de acidentes

O Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), cujas consultas são também realizadas por enfermeiros de saúde pública, efetua o tratamento e acompanhamento de doentes com tuberculose, bem como o rastreio dos contactos e orientação necessária. Funciona atualmente em 3 pólos por todo o ACES BV: Aveiro, Águeda e Ovar (USP BV, 2022).

## 1.2 - A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CANTANHEDE

A UCC de Cantanhede abrange toda a população residente no Concelho de Cantanhede, que de acordo com os Censos 2021 totaliza 34 217 residentes, valor que decresceu 6,5% em relação a 2011 (INE, 2022).

### 1.2.1 - Caracterização do ambiente de cuidados

“Cantanhede é o maior concelho do Distrito de Coimbra e localiza-se no centro de um triângulo geográfico de notória importância económica, em cujos vértices se situam, além da sede de distrito, as cidades de Aveiro e Figueira da Foz. Situa-se numa zona de clima temperado, com características atlânticas e mediterrânicas” (CM-Cantanhede, 2022).

Cantanhede é constituída por 168 povoações agrupadas em catorze freguesias: Tocha, Sanguinheira, Cadima, União das Freguesias Portunhos e Outil, Ançã, Murtede; União das Freguesias Sepins e Bolho, Ourentã; Cordinhã; União de Freguesias de Cantanhede e Pocariça; União das Freguesias Covões e Camarneira; Febres, São Caetano, União das Freguesias Vilamar e Corticeiro que se distribuem numa área geográfica de 396 km<sup>2</sup>, com acessibilidade rodoviária garantida por várias vias rápidas.



Figura 6 - Mapa do Concelho de Cantanhede

Fonte: <https://www.com-cantanhde.pt/>

A freguesia com maior número de habitantes é a União de Freguesias de Cantanhede e Pocariça com 8832 habitantes e as Freguesias da Tocha e de Febres com 3709 e 3036 habitantes respetivamente. As restantes têm menos de 3000 habitantes, tendo as freguesias de São Caetano e Cordinhã menos de 1000 habitantes (INE, 2022).

Obtendo os dados do Censos 2021, da população residente (INE, 2022), foi possível calcular o índice de envelhecimento populacional em Cantanhede, obtendo o valor de 267,7%, sendo este índice de 182% a nível nacional e de 228,6 % na região centro. Isto significa que no concelho de Cantanhede, por cada 100 jovens com 14 anos ou menos existem 268 idosos com 65 anos ou mais, constituindo-se assim como uma população

mais envelhecida do que a média nacional e regional, que por si já são elevadas. Este envelhecimento tenderá a acentuar-se nos próximos anos, tendo em conta que a Taxa de Natalidade Bruta no concelho tem vindo a diminuir 8,1% (2011) e 6,5 % (2020), estando também abaixo da média Nacional (8,2%) e regional (7,1 %) em 2020. A Taxa Bruta de Mortalidade, por outro lado, tem vindo a aumentar e em 2020 foi de 14,7%, superior à região centro (13,6%) e à nacional (12%), o que estará relacionado com o elevado índice de envelhecimento. Quanto à Taxa de Mortalidade Infantil, verificamos que diminuiu no último quinquénio (2017-2021: 2,5‰) em relação ao anterior (2016-2020: 3,3‰), apresentando no último, valores iguais à região centro e inferiores ao país (2,7‰) (INE, 2022).

Os Censos 2021, dão-nos conta de que a população jovem (dos 0 aos 14 anos) representa apenas 11,3% da população residente, um decréscimo de 1,6 pontos percentuais em relação a 2011. O número de famílias unipessoais aumentou 4,1% em relação a 2011, sendo neste momento 23,7% da totalidade das famílias do concelho (INE, 2022).

De acordo com o Perfil Local de Saúde de 2018 do ACES Baixo Mondego, a esperança de vida à nascença (78,7 anos para os homens; 85 anos para as mulheres) tem aumentado em ambos os sexos e está próxima da região centro e do Continente.

Quanto às principais causas de morte no concelho, os últimos dados disponíveis são referentes a 2020, dos quais se destacam as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 26,6% das mortes, seguindo-se os tumores malignos que no mesmo ano foram responsáveis por 21,3% dos óbitos ocorridos. As Doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 10,9% das mortes, 2,9% dos óbitos ocorreram por doenças do aparelho digestivo, 3,1% devido a diabetes e 0,8% das mortes ocorreram por suicídio, invertendo a situação de 2019, na qual o suicídio tinha sido responsável por 1,5% das mortes, uma percentagem maior do que a da diabetes nesse ano.

As infraestruturas ambientais abrangem a maioria da população: em 2019, 100% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, quando o valor de Portugal continental é de 96%. Quanto aos sistemas de drenagem de águas residuais, 98% da população do concelho é abrangida, enquanto no território continental, apenas 86% da população é servida por este sistema.

Ao nível dos recursos da comunidade que servem a população do concelho, foi possível identificar recursos de saúde, recursos sociais e de educação.

#### 1.2.1.1 - Recursos de saúde

- Pertencentes ao ACES Baixo Mondego, integradas no Centro de Saúde de Cantanhede: 4 USF's (USF "As Gândaras"; USF "Marquês de Marialva"; USF "Progresso e Saúde" – Tocha; USF "SalusVida"); 1 UCSP e 1 UCC.
- Hospitais: Hospital Arcebispo João Crisóstomo e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais;
- 2 Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração (Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede e Vivenda São Francisco) e 2 Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Convalescença (Hospital Arcebispo João Crisóstomo e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais);
- 1 Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital Arcebispo João Crisóstomo).

De referir que de acordo com os dados do INE de 2020, o conselho tem um rácio de 7,8 enfermeiros por mil habitantes, inferior ao rácio nacional que é de 7,6 e da região centro que é de 7,7. A média da OCDE, segundo o Health at a Glance (2021) é de 8,8.

As USF's e UCSP disponibilizam consultas diárias para situações de doença aguda, que são marcadas no próprio dia, e ao sábado existe um atendimento complementar na sede do Centro de Saúde, para o mesmo efeito.

Nenhum dos hospitais referidos tem serviço de urgência, nem existe nenhum Serviço de Atendimento Permanente, tendo a população que se deslocar ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, sempre que se verifique uma situação de urgência.

#### 1.2.1.2 - Recursos sociais

De acordo com a Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento, Carta Social acedida em 27 de março de 2023, com dados atualizados em janeiro do corrente ano referentes a 31 de dezembro de 2022, existiam no concelho de Cantanhede 11 ERPI, com capacidade para 512 utentes e tendo essa capacidade totalmente preenchida, 1 Centro de Convívio com capacidade para 20 utentes, 17 Centros de dia, com uma capacidade para 515 utentes com 280 integrados. Ao nível do apoio

domiciliário o concelho dispõe de 20 instituições com esta valência, com uma capacidade para acompanhar 615 utentes, acompanhando 462.

O município dispõe de uma Divisão de Ação Social e Saúde, integrada no Departamento de Desenvolvimento Económico e Social, que acompanha indivíduos/famílias em situação de vulnerabilidade social.

A Rede Social do concelho materializa-se a nível local através da criação das Comissões Sociais de Freguesia e/ou Inter-freguesia (CSF/ CSIF) e dos Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), constituindo plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social, respetivamente, a nível de freguesia e concelho.

A prestar apoio na área da infância, da terceira idade, da pobreza e exclusão social, e da deficiência existem no concelho acima de 20 IPSS, distribuídas pelas várias freguesias (CM-Cantanhede, 2022).

O concelho dispõe também de diversos programas de apoio no âmbito da ação social, dos quais destaco a atribuição de apoios pontuais a agregados familiares pertencentes a estratos sociais desfavorecidos e ou em situação de carência económica (CM-Cantanhede, 2022). Para além disso, estas famílias podem contar com o apoio do Banco de Recursos Colmeia que consiste numa resposta social que atribui, gratuitamente, bens novos, ou usados em bom estado, doados pela comunidade, por particulares ou por empresas (CM-Cantanhede, 2022).

#### 1.2.1.3 - Recursos de educação

No concelho de Cantanhede, a maioria dos estabelecimentos de ensino pertencem à rede pública, mas também existem respostas de IPSS e privadas, com maior incidência no pré-escolar, onde existem 24 estabelecimentos deste nível de ensino, sendo 15 deles públicos. Ao nível do primeiro ciclo o concelho conta com 19 estabelecimentos de ensino, em que apenas um não pertence à rede pública. O segundo ciclo do ensino básico conta com 5 estabelecimentos de ensino, sendo 3 deles públicos, enquanto para o terceiro ciclo a resposta da rede pública é de 4 estabelecimentos, contando o conselho com mais dois estabelecimentos privados. Quanto ao Ensino Secundário, existem 3 estabelecimentos no concelho, em que apenas um deles não é público.

Os estabelecimentos de ensino da rede pública do concelho dividem-se em três agrupamentos de escolas (Agrupamento de Escolas Gândara-Mar, Tocha, Cantanhede;

Agrupamento de Escolas Lima-de-Faria, Cantanhede; Agrupamento de Escolas Marquês de Marialva, Cantanhede), que dispõem dos níveis de ensino desde o pré-escolar ao secundário. Esta rede conta ainda com a Escola Técnico Profissional de Cantanhede, que dispõe de ensino profissional e de 3.º ciclo.

A nível privado existem a Escola Pedro Teixeira com primeiro, segundo e terceiro ciclos, o Centro de Estudos Educativos de Ançã com segundo e terceiro ciclos e Secundário e a Academia de Música de Cantanhede que dispõe de ensino artístico de segundo e terceiro ciclos (GesEdu, 2022).

### **1.2.2 - Caracterização da população inscrita**

Ao consultar o BI da UCC de Cantanhede em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060651/Pages/default.aspx> em maio de 2022, constata-se que o RNU totaliza 36 163 utentes inscritos nas USF e UCSP do Centro de Saúde de Cantanhede e por isso abrangidos pela UCC de Cantanhede. De acordo com a pirâmide etária (fig. 7), registam-se 18917 indivíduos do sexo feminino (52,32%) e 17 246 do sexo masculino (47,68%). Constata-se que 30,18% (10916 indivíduos) da população inscrita nas unidades funcionais do CS de Cantanhede, possui idade, igual ou superior, a 65 anos, ou seja, estamos perante uma população envelhecida.

Neste sentido, e como seria de esperar o índice de dependência de idosos é bastante elevado (51,59%), e o índice de dependência total é de 70,18%, o que significa que em cada 100 pessoas em idade ativa, existem 70 dependentes, entre crianças e idosos. A população em idade ativa, dos 15 aos 64 anos, corresponde a 58,76% da população.

A percentagem de crianças com idade igual ou inferior a 6 anos representa somente 4,73% da população inscrita nos CSP do CS de Cantanhede.

Podemos constatar pela figura abaixo que 13205 (36,5%) dos utentes estão inscritos numa UCSP e os restantes em USF, sendo que 57% dos utentes estão inscritos em unidades de saúde localizadas nas instalações do edifício Sede, em Cantanhede (UCSP Cantanhede e USF Marquês de Marialva).



Figura 7- Bilhete de Identidade da população abrangida pela UCC de Cantanhede  
 Fonte: RNU, dados referentes a 05/2022

### 1.2.3 - Caracterização do modelo orgânico/funcional

O Centro de Saúde de Cantanhede tem na sua estrutura 4 USF's (Marquês de Marialva, Gândaras, Salusvida e Progresso & Saúde), uma UCSP, 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), uma USP e uma UCC. Está sediada também no edifício do CS de Cantanhede a Equipa Coordenadora Local (ECL) Litoral da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e a recém-constituída Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Tal como foi referido anteriormente, a UCC de Cantanhede abrange toda a população residente no concelho, que à data dos censos 2021 era de 34212. Este valor representa uma diferença de menos 1951 em relação aos inscritos registados no RNU em maio de 2022. Esta diferença poderá significar que a população aumentou no último ano, ou simplesmente que existem utentes inscritos, que não residem no concelho.

Segue-se a pirâmide etária da população residente no concelho à data de realização dos censos 2021. Como podemos verificar, existem pequenas diferenças em relação às faixas etárias mais representativas, quando comparadas com as da população inscrita, representada na figura anterior (60-64 e 65-69, nas mulheres e 45-49 e 60-64 nos homens). No caso da população residente, as faixas etárias mais representadas nas mulheres, são as dos 40-44, mantendo a dos 60-64 anos da população inscrita. Nos homens mantém-se a faixa dos 45-49 e acrescenta a dos 65-69 anos. Trata-se, de uma

pirâmide que demonstra uma população em declínio, com baixa mortalidade e também uma diminuição rápida da natalidade.

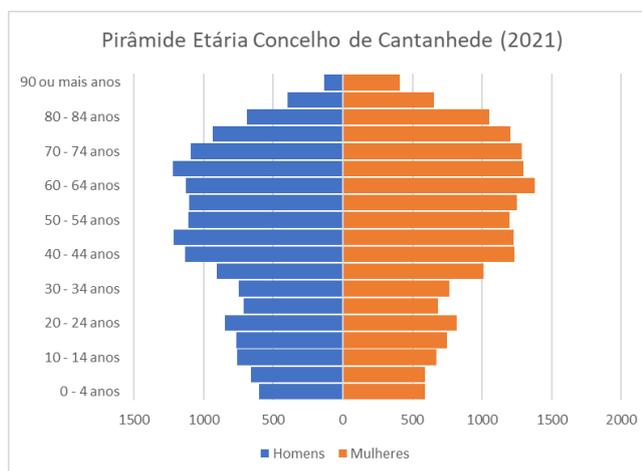


Figura 8 - Pirâmide etária da população residente no concelho de Cantanhede

Fonte: População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

A UCC de Cantanhede é então uma unidade funcional do Centro de Saúde de Cantanhede, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, fazendo parte do ACES Baixo Mondego, que por sua vez pertence à ARS Centro (Manual de acolhimento, 2022; Regulamento Interno, 2019). Dando cumprimento ao Despacho n.º 10143/2009, que regula a organização e o funcionamento da UCC, e tal como explicita no seu Regulamento Interno (2019), “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo” (p.6).

O desenvolvimento das atividades da UCC organiza-se por projeto, tendo em conta a concretização dos objetivos definidos para cada um, no Plano de Ação. A nível orgânico, detém um coordenador(a) que é eleito pela equipa nuclear por um período de três anos, o Conselho Geral (CG), constituído por todos os profissionais da equipa e presidido pelo Coordenador da UCC e o Conselho Técnico que é designado pelo Conselho Geral (Manual de acolhimento, 2022).

A UCC de Cantanhede caracteriza-se por ser uma equipa multidisciplinar, na qual os profissionais detêm autonomia no seu trabalho baseado em competências definidas pelas suas carreiras profissionais. Cada profissional desenvolve as suas atividades de acordo com os objetivos do projeto onde se encontra integrado e com as suas

competências, desde que tenha os recursos materiais e humanos necessários e solicitados no Plano de Ação e em articulação com os demais elementos da equipa, as outras unidades funcionais do ACES e parceiros da comunidade. (Manual de acolhimento, 2022).

A Equipa multidisciplinar da UCC é composta por: 1 Enf. Especialista em Enfermagem de Saúde Pública (Coordenadora); 2 Enf. Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária; 2 Enf. Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental, uma delas com horário parcial (15h), visto que partilha horário com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos; 2 Enf. Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; 1 Enf. generalista; 1 Assistente Técnica, uma Assistente Operacional, uma Enf. Especialista em Saúde Materna, a tempo parcial (6 horas); 5 horas de Médicos; 8 horas de Assistente Social; 4 horas de Fisioterapeuta; 4 horas por mês de Psicóloga; 2 horas mês de Nutricionista; 80 horas por ano de Higienista Oral.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, que regulamenta o cálculo das dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, podemos verificar que uma UCC deverá estar dotada de pelo menos um enfermeiro por cada 5000 residentes. Considerando que a área de abrangência da UCC de Cantanhede, 34217 residentes, seriam necessários aproximadamente 7 enfermeiros com tempo completo. E de facto são sete as enfermeiras da UCC a tempo completo, no entanto há outros fatores a ter em conta. Este mesmo regulamento prevê que a ECCI tenha dotações próprias de enfermeiros, na qual deverá haver um enfermeiro para cada 5 utentes integrados na ECCI. A ECCI da UCC de Cantanhede tem um total de 25 vagas, pelo que de acordo com este regulamento deveria ter 5 enfermeiros exclusivamente afetos à ECCI.

Ainda de acordo com o regulamento n.º 743/2019, a UCC deverá ter um Enf. Especialista de Saúde Materna e Obstétrica por cada 200 nascimentos. De acordo com os dados recolhidos no INE, nos últimos 5 anos os nascimentos no concelho oscilaram entre os 220 e os 259, devendo por isso a UCC ter um Enfermeiro Especialista nesta área a tempo completo e não apenas a 6 horas.

A UCC detém um conjunto de instrumentos que dão suporte à gestão, designadamente: Regulamento Interno, Carta de Qualidade, Manual de Articulação, Plano de Atividades, Manuais de Procedimentos, Carta de Compromisso, Protocolos de Cooperação com parceiros comunitários, e Registo de Ocorrências/Incidentes (Manual de acolhimento,

2022). Anualmente é elaborado um Plano de Ação, onde são explanados os projetos e/ou atividades a desenvolver nesse ano, sendo estas alvo de um relatório de atividades no final desse ano.

Como missão, esta UCC tem a prestação de cuidados de saúde à população residente no concelho de Cantanhede, de acordo com as suas necessidades e com as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS), bem como intervir na educação e promoção da saúde, na prevenção da doença, na criação de parcerias com outras instituições e de redes de apoio a grupos mais vulneráveis. (Manual de acolhimento, 2022, p.13)

Tem como visão “ser uma unidade de referência na área dos cuidados de proximidade, disponível e eficiente nas respostas às necessidades da população, prestando cuidados de saúde de excelência” (Manual de acolhimento, 2022, p.13)

De acordo com o Despacho n.º 10143/2009, que regula a organização e o funcionamento da UCC, compete a estas unidades, assegurar as suas funções através de uma carteira de serviços, considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no PNS, em estreita articulação com as restantes unidades funcionais do ACES.

O Despacho define as áreas prioritárias, onde deverão incidir as atividades da carteira de serviços da UCC, a saber: contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade; intervir em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar; implementar projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência; intervenção domiciliária em indivíduos dependentes, nomeadamente no âmbito da RNCCI (cuidados de reabilitação física, ações paliativas, apoio psicológico, social e ocupacional, coordenação e gestão de casos, entre outros); projetos de promoção de estilos de vida saudável, em parceria e cooperação com outras instituições.

Cumprindo o despacho, fazem parte da carteira básica de serviços desta UCC, os projetos que irei apresentar de seguida, fazendo uma breve contextualização dos mesmos, com base na consulta do manual de acolhimento, regulamento interno e outros documentos da UCC, bem como em informação recolhida junto da equipa da UCC.

### Equipa de Cuidados Continuados Integrados

A ECCI é uma tipologia de resposta de prestação de cuidados da RNCCI, enquadrada nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com enquadramento legal e competências estabelecidos pelo DL n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo DL n.º 136/2015, de 28 de julho, e mais recentemente alterado pela Portaria n.º 50/2017, de 02 de fevereiro.

Pretende dar resposta às necessidades criadas pelo envelhecimento progressivo da população, responsável pelo aumento do número de idosos dependentes, que vão desde o apoio nos autocuidados à prestação de cuidados de saúde no âmbito da reabilitação, readaptação e reintegração social e provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

Trata-se de uma resposta de âmbito domiciliário, que pretende “reduzir os tempos de permanência dos doentes dependentes nos hospitais, aproximar os serviços de saúde das residências dos utentes, (...) de forma a libertar a pressão sobre os hospitais e aumentar a qualidade de vida dos utentes e familiares, reforçando as capacidades e competências das famílias/cuidadores” (Manual de acolhimento, 2022, p.14).

A ECCI de Cantanhede tem uma capacidade de 30 camas, e podem ser referenciados para esta equipa todos os utentes inscritos no Centro de Saúde de Cantanhede e que residam no Concelho, bem como os que aqui residam temporariamente, que tenham perdido temporária ou definitivamente a autonomia, independentemente da idade e que necessitem da continuidade de cuidados (Manual de acolhimento, 2022).

### Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)

No âmbito do PNSE, a UCC de Cantanhede, coordenado pela Unidade de Saúde Pública do ACES, desenvolve ações e projetos que abrangem os três agrupamentos de escolas, bem como as escolas com acordo. Intervém em toda a comunidade educativa, e todas as escolas onde a UCC intervém, têm um projeto anual de intervenção com sessões programadas entre UCC e escola.

Das várias atividades em saúde escolar, destacam-se os gabinetes de apoio ao aluno e outros projetos e atividades, que vão de encontro às áreas previstas no Programa Nacional de Saúde Escolar, tais como: alimentação saudável e atividade física; educação para os afetos e a sexualidade; prevenção do consumo de tabaco, bebidas

alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância; Saúde Mental e competências socioemocionais (DGS, 2015).

No âmbito da Saúde Escolar, a UCC articula-se com outras unidades funcionais do centro de saúde, com o NACJR, com CPCJ e ainda com o Centro Hospital Universitário de Coimbra – Hospital Pediátrico para o encaminhamento de situações identificadas.

#### Projeto Regional “Mais Contigo”

Ainda no âmbito do PNSE, a UCC encontra-se a desenvolver o projeto “Mais Contigo”, cujo objetivo é promover a Saúde Mental e prevenir comportamentos suicidários em meio escolar nos alunos do 3º ciclo e Secundário, intervindo também junto dos pais/ encarregados de educação, professores e pessoal não docente.

“O Programa Mais Contigo inclui a realização de 5 intervenções em sala de aula ao longo do ano letivo. A intervenção consiste no desenvolvimento de diversos jogos socio-terapêuticos que possibilitam a exposição e discussão de vários temas como adolescência, autoestima e autoconceito, estratégias de resolução de problemas, bem-estar, saúde mental e estigma. O projeto inclui, ainda, a realização de sessões de sensibilização sobre a temática em causa aos pais/encarregados de educação, professores e pessoal não docente” (“Mais Contigo”, s.d.).

#### Projeto de Intervenção em Segurança Rodoviária Infantil de Cantanhede

Trata-se de um projeto do Município de Cantanhede, no qual a UCC é parceira. Tem como objetivo promover a segurança rodoviária e prevenir a sinistralidade junto da comunidade escolar do município de Cantanhede. Neste âmbito, a UCC tem colaborado no desenvolvimento de ações de sensibilização junto da comunidade escolar sobre o uso correto dos sistemas de retenção das crianças nas deslocações automóveis.

#### Preparação para o Nascimento

O projeto “Ser Pais Sem Medo” pretende apoiar as grávidas/ casais grávidos a partir das 26-28 semanas de gestação até ao parto, residentes na área geográfica da UCC, na preparação para o nascimento. Está previsto ainda o alargamento as referenciações de concelhos próximos, onde não exista esta resposta.

Tem como objetivo a criação de um modelo assistencial centrado na mulher/casal de modo a melhorar o resultado da gravidez/nascimento e o processo de adaptação à parentalidade.

### Promoção da Saúde - Ações Comunitárias

Destinado a toda a Comunidade do concelho de Cantanhede, este projeto visa contribuir para o desenvolvimento da cidadania em saúde, para que cada indivíduo possa assumir a responsabilidade pela promoção da saúde e por estilos de vida saudável. Pretende ainda promover a literacia em saúde, capacitação e empoderamento da comunidade.

O projeto sustenta-se na parceria com várias entidades da comunidade e pretende assinalar datas alusivas a questões de saúde, apelando para a consciência individual e coletiva de que a saúde depende de cada um. Efetiva-se programando e desenvolvendo ações/atividades, na comunidade ou ainda no âmbito da Saúde Escolar, em parceria com outras Unidades Funcionais, assinalando dias comemorativos mais relevantes.

### Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)

A Intervenção Precoce destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos que estejam em risco de virem a manifestar atraso de desenvolvimento, sejam portadoras de alguma deficiência, ou necessidades educativas especiais, residentes nos concelhos de Cantanhede e Mira. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objetivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.

O SNIPI foi criado na sequência dos princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, ao abrigo do Decreto – Lei nº 281/2009, publicado no DR a 6 de outubro. Trata-se de uma parceria entre os ministérios da Educação, Saúde e Segurança Social, estando a saúde representada com horas de enfermagem e médicas alocadas à Equipa Local de Intervenção (ELI) Cantanhede/Mira.

O SNIPI pretende “desenvolver, implementar e assegurar um programa de intervenção precoce coordenado, inter-serviços e transdisciplinar, com base na articulação dos recursos existentes na comunidade” (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

O objetivo é desenvolver um plano de intervenção individual (PII) crianças/famílias dos 0 aos 6 anos referenciadas para intervenção precoce; colaborar, e participar enquanto profissionais de saúde na equipa transdisciplinar em todo o processo das crianças/famílias acompanhadas pela equipa Cantanhede/ Mira.

### NACJR -Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Criados pelo despacho nº31292/2008, os NACJR, devem ser constituídos por equipas multiprofissionais, que se articulam e cooperam com outros a serviços e instituições.

O NACJR destina-se a crianças e jovens até 18 anos de idade, em situação de risco, na área geográfica da UCC, e tem por objetivo acompanhar os casos referenciados à equipa com plano individualizado de apoio à família no NACJR. É constituído por um Médico, um Enf., um Técnico de Serviço Social e um psicólogo, aos quais são alocadas horas e reúne 2 horas, de 15 em 15 dias, às 5<sup>as</sup> feiras.

### Projeto “Habilitar Para Melhor Respirar”

Trata-se de um projeto destinado a utentes 65 anos ou mais, com patologia respiratória crónica ou transitória, com impacto na satisfação das atividades de vida diária (AVD), referenciados pelas equipas de saúde ou outras entidades promotoras de saúde.

Tem como objetivo tratar o utente, com um programa de intervenção multidisciplinar na área da reabilitação respiratória, com a finalidade de diminuir as limitações no desempenho das AVD, reduzir os sintomas e otimizar o estado funcional, promovendo a adesão a comportamentos promotores de saúde.

### Projeto “Reabilitar”

O projeto reabilitar intervém em utentes dependentes, não acompanhados pela ECCI, referenciados pelas equipas de saúde e/ou outros parceiros sociais do Concelho de Cantanhede, e visa fornecer cuidados de Reabilitação através de um programa de tratamentos individualizado, potenciando a sua recuperação e permitindo a sua permanência no seu contexto familiar e social.

O objetivo é reduzir a dependência dos utentes referenciados, avaliada pela escala de Barthel.

Este projeto foi alvo de um prémio atribuído pela “Missão Sorriso”, que permitiu a aquisição de ajudas técnicas e material de reabilitação que hoje é utilizado na prestação de cuidados de reabilitação a estes utentes.

### Projeto Intervenção Combinada de Exercício Físico e Terapia de Reminiscência

Trata-se de um projeto destinado a pessoas com mais de 65 anos que frequentam centros de dia na área de abrangência da UCC, e o objetivo é avaliar a efetividade da

intervenção combinada de exercício físico e terapia de reminiscência na cognição, qualidade de vida e equilíbrio. A intervenção combinada tem uma duração de 14 semanas. Cada sessão dura aproximadamente 1h (Gil, *et al* (2019). A componente de exercício físico é baseada no programa Mind&Gait e decorre uma vez por semana nas primeiras sete semanas e duas vezes nas últimas sete semanas (Rocha, R. *et al*, 2019).

Tal como outras Unidades Funcionais do ACES, as UCC's também contratualizam indicadores, a partir dos quais são posteriormente avaliadas. Os projetos desenvolvidos na UCC terão por base as necessidades identificadas na população e procuram em simultâneo responder aos indicadores contratualizados. O cumprimento ou não desses indicadores, traduz-se num Índice de Desempenho Global (IDG), que pode ser consultado online, no BI dos indicadores.

O IDG da UCC de Cantanhede, assim como o da maioria das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, atingiu valores muito residuais devido à canalização dos recursos destas unidades para o combate à pandemia.

Também pelos mesmos motivos não foi desenvolvido o Plano de Ação em 2020 e 2021 como previsto, tendo a UCC canalizado os seus recursos para o Centro de Vacinação. O Plano de Ação para 2022 ainda não foi aprovado, pelo que não foi possível de consultar na plataforma onde está inserido. O último Plano de Ação disponível, para consulta diz respeito a 2019 e nele podemos consultar alguns problemas levantados e as intervenções programadas para a resolução desses problemas.

Dentro dessa lista de problemas identificados, podíamos encontrar em 2019: falta de uniformização de registos por parte dos profissionais da UCC; baixa proporção de crianças e jovens com intervenção da UCC; baixa proporção de utentes avaliados pela equipa multiprofissional nas 1<sup>as</sup> 48h; baixa proporção de utentes com melhorias funcionais; Baixa proporção de diagnósticos de enfermagem de "úlceras de pressão" com melhoria do score de avaliação; baixa proporção de utentes com melhoria "dependência em autocuidados"; baixa proporção de utentes com ganhos no controlo da dor (Plano de Ação, 2019).

O conjunto dos resultados destes indicadores traduz-se num Índice de Desempenho Global de 55,7% em dezembro de 2021.

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

Constitui um dos objetivos desta Unidade Curricular, o planeamento de uma intervenção em contexto comunitário e de saúde pública, partindo de um problema de saúde, reconhecido como prioritário. Assim, desenvolveu-se um projeto de intervenção, cujas etapas se descrevem neste capítulo.

### **2.1 – METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

O Planeamento em Saúde consiste na racionalização da utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, no sentido da resolução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1982).

É um conceito que compreende funções (planear, organizar, dirigir e controlar) e consiste em três etapas: elaboração do plano, execução e avaliação. Sendo que, a elaboração do plano se apresenta como a etapa mais complexa em que se realiza o diagnóstico de situação, determinam prioridades, fixam objetivos, selecionam estratégias, elaboram programas ou projetos e se prepara a execução dos mesmos (Imperatori & Giraldes, 1982 como referido por Melo, 2020).

De acordo com Melo (2020) “a Saúde Comunitária é o processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança comunitária se conjugam na capacidade de identificar e resolver problemas e potenciar recursos da comunidade” (p.52). Assim os cuidados de enfermagem à comunidade “focalizam-se como um todo, nos ganhos em saúde (...) do projeto de intervenção comunitária, tendencialmente associados a ganhos em Saúde Pública (...)” (p.53).

Na sequência do desenvolvimento do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), Melo (2020) delinea cinco princípios enformadores deste modelo:

- 1) Tendo por base Metodologia de Planeamento em Saúde, “o enfermeiro deve avaliar o estado de saúde das comunidades pelas quais é responsável ...”
- 2) “A abordagem da comunidade é desenvolvida no contexto da potenciação da Saúde Comunitária, assim como (...) da saúde pública.”

3) “A relação entre o estado de saúde da comunidade e as características do ambiente comunitário permite planejar intervenções ajustadas às necessidades da comunidade.”

4) “A comunidade, (...) requer intervenções de Enfermagem, no sentido de potenciar as respostas em empoderamento comunitário como processo e como resultado.”

5) As intervenções são centradas no “empoderamento comunitário, em paralelo com as necessidades concretas da comunidade, identificadas no processo de avaliação ...” (pp. 53-54)

Este projeto de intervenção foi desenhado com Base na Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes, partindo de um diagnóstico epidemiológico realizado através da pesquisa de informação disponível de estudos nacionais e locais e posteriormente aperfeiçoado, com recurso à informação obtida no estudo de investigação, cujos resultados se encontram explanados no capítulo seguinte. Seguiu-se a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias e a elaboração deste projeto de intervenção.

## 2.2 – CUIDAR (COM)SIGO – LINHA DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

De seguida, encontram-se descritas as etapas seguidas no planeamento do projeto de intervenção.

### 2.2.1 – Identificação e contextualização do problema de saúde

O índice de envelhecimento populacional em Cantanhede é de 267,7%, calculado com base nos dados da população residente do Censos 2021, (INE, 2022), sendo este índice de 182% a nível nacional e de 228,6 % na região centro. Isto significa que, por cada 100 jovens com 14 anos ou menos existem 268 idosos com 65 anos ou mais, constituindo-se assim como uma população mais envelhecida do que a média nacional e regional, que por si já são elevadas.

Este envelhecimento provoca um aumento da população dependente, com necessidade de prestação de cuidados informais por parte dos seus familiares.

No Estatuto do CI, que se apresenta mais detalhadamente no próximo capítulo, estão previstas várias medidas de apoio, entre elas a nomeação de um profissional de saúde como contacto de referência; o aconselhamento e a capacitação para o desenvolvimento das suas competências no âmbito de um plano de intervenção específico; a participação em grupos de autoajuda criados nos serviços de saúde que levem à partilha de experiências e à minimização do isolamento por parte do cuidador.

Sendo o profissional de referência da área da saúde, uma enfermeira da UCC de Cantanhede, fará todo o sentido, operacionalizar a linha de apoio, como uma das medidas de apoio específicas aos CI do concelho.

### **2.2.2 – Diagnóstico epidemiológico**

O Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais apresentou em novembro de 2020 um estudo que estimava que em Portugal existiriam cerca de 1,4 milhões de CI. O mesmo movimento realizou em 2021 (entre 3 de fevereiro e 11 de março), um inquérito via telefone, no qual 81,3% dos inquiridos consideraram que não existem serviços e apoios suficientes.

Em Cantanhede, encontra-se em desenvolvimento desde setembro de 2019, o projeto “Cuidin - Apoiar e Cuidar do Cuidador Informal”, cujo objetivo é “apoiar o cuidador informal através de uma rede integrada de capacitação e qualificação dos cuidadores informais, suportada numa rede de apoio social e interdisciplinar.”(CuidIn, 2022, n.d.). Este projeto, entrevistou, entre setembro de 2019 e dezembro de 2022, 354 cuidadores informais, fazendo a sua caracterização que se encontra publicada numa infografia (Anexo III).

A destacar desta infografia: a presença de sobrecarga em 48% dos CI, sendo intensa em 25%. 67% dos CI manifestam restrições da vida pessoal e/ou social, 49% limitações de saúde e 41% falta de apoios pessoais e/ou técnicos.

### **2.2.3 – Diagnóstico de enfermagem**

Um diagnóstico de enfermagem consiste “numa designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem” (ICN, 2016, p.17).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), constitui um programa do International Council of Nurses (ICN), que uniformiza a linguagem de Enfermagem. Trata-se, portanto de uma “terminologia resultante de consensos que representa o que os enfermeiros observam (diagnóstico e resultados de enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de enfermagem)” (ICN, 2016, p.13). “A informação de enfermagem resultante pode ser utilizada para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas” (OE, 2015, p. 9).

Assim, usando a CIPE, versão de 2015 traduzida por OE (2016), versão que também se encontra em uso no programa informático SClínico, e com base no diagnóstico epidemiológico efetuado, os diagnósticos de enfermagem formulados foram:

- Stress do Cuidador presente (sobrecarga ligeira e intensa);
- Risco de stress do Cuidador (sem sobrecarga);
- Conhecimento sobre estratégias de coping potencialmente comprometido.

#### **2.2.4 – Definição de prioridades**

É importante estabelecer prioridades porque nem sempre nas comunidades os recursos são suficientes para responder a todos os diagnósticos de Enfermagem no tempo disponível (Melo, 2020).

Considerando os diagnósticos de Enfermagem formulados através do diagnóstico realizado, considerou-se muito pertinente a criação de uma linha de apoio telefónico aos cuidadores, que contemple a possibilidade de realização de uma visita domiciliária de enfermagem em caso de necessidade. Foram ainda tidos em conta os recursos disponíveis e o projeto foi desenhado tendo por base numa gestão eficiente dos mesmos.

Por outro lado, as recomendações dos peritos vão também nesse sentido. O documento “MEDIDAS DE INTERVENÇÃO JUNTO DOS CUIDADORES INFORMAIS Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional”, elaborado em 2017 por um painel de peritos na área, com a colaboração do gabinete de estratégias e planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, deixa como recomendação a criação de uma linha de apoio permanente ao CI.

### **2.2.5 – População-alvo**

- Cuidadores Informais de utentes residentes no Concelho de Cantanhede

### **2.2.6 – Objetivos**

- Apoiar os CI, esclarecendo dúvidas através de um atendimento telefónico;
- Proporcionar um apoio de proximidade que ajude a evitar deslocações ao Serviço de Urgência, realizando visitas domiciliárias mediante a avaliação por telefone;
- Encaminhar o CI para a resposta da comunidade mais adequada;
- Diminuir a Sobrecarga dos Cuidadores Informais.

### **2.2.7 – Estratégias**

- Elaboração de documento de apoio ao atendimento de chamadas, que contemple as situações mais frequentes (Apêndice IV);
- Criação de formulário de registo das chamadas – “Ficha do Cuidador” – (Apêndice V);
- Elaboração de horário semanal com o profissional responsável pelo telefone;
- Efetuar divulgação da “Linha de Apoio” recorrendo a cartazes; (Apêndice VI)
- Efetuar visitas domiciliárias de avaliação/ esclarecimento de dúvidas/ ensinios;
- Referenciação dos CI para a respetiva equipa de Saúde Familiar;
- Orientar os CI para grupos de autoajuda e capacitação (estabelecimento de parceria com o projeto Cuidin) sempre que necessário e possível;
- Avaliação da Sobrecarga do Cuidador.

### **2.2.8 – Recursos**

- Telefone
- Carro para visitas domiciliárias
- Enfermeiros (35 horas semanais)

### **2.2.9 – Parcerias**

- USF
- UCSP

- IPSS
- Cuidin
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

### **2.2.10 – Indicadores de avaliação**

#### 2.2.10.1 – De processo

- N.º de chamadas recebidas, segundo o motivo
- N.º de encaminhamentos para outras unidades de saúde ou parceiros
- N.º de visitas domiciliárias realizadas na sequência do atendimento

#### 2.2.10.2 – De impacto

- N.º de situações solucionadas pelo atendimento telefónico
- N.º de situações solucionadas após visita domiciliária
- Sobrecarga do Cuidador antes e depois da intervenção

### **2.2.11 – Atividades**

- Submissão do projeto à direção do ACES para aprovação
- Operacionalização da linha (documentos de apoio e registo) (Apêndices IV e V)
- Realização de contactos para estabelecer parcerias
- Divulgação da linha à comunidade

### **3 – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – CUIDAR (COM)SIGO**

A investigação em saúde, assume uma grande importância para a definição de políticas globais e locais de saúde e para o planeamento estratégico em saúde (Melo, 2020). O presente estudo foi desenvolvido na área do problema de saúde identificado como prioritário, pretendendo-se que seja fornecedor de subsídios que permitam adequar melhor as intervenções de enfermagem às reais necessidades dos Cuidadores Informais.

#### **3.1 – ENQUADRAMENTO**

O estudo iniciou-se por uma pesquisa bibliográfica exaustiva, do estado da arte, evidência científica, normas, procedimentos, políticas e recomendações na área, que se apresentam neste subcapítulo.

##### **3.1.1 – Os Cuidadores Informais e a sua importância numa sociedade envelhecida**

O aumento da longevidade da população, provocado essencialmente pela melhoria das condições de vida e pelos progressos tecnológicos da medicina, levaram a um aumento da prevalência de doenças crónicas e consequente dependência nas AVD (Sequeira, 2018). Surge assim, uma necessidade crescente de prestação de cuidados no domicílio por familiares (Melo *et al.*, 2014).

A CIPE define que o cuidador é “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (ICN, 2016). Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006, uma situação de dependência é aquela em que uma pessoa se encontra, devido à “falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (p. 3857).

O Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, define CI como “o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada” (DR n.º171/2019, p.9), distinguindo CI principal e não principal, sendo o primeiro aquele “que acompanha e cuida de forma permanente a pessoa cuidada, vive com ela em comunhão de habitação e que não aufere qualquer

remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta” (DR n.º171/2019, p.9), e o segundo aquele que “acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta” (DR n.º171/2019, p.9).

O contributo dos CI é assim, fundamental nas sociedades atuais, pela sua importância na prestação de cuidados ao idoso dependente. No entanto, apesar da sua importância, tem-se verificado um défice de apoios estruturados e organizados por parte das instituições de saúde, apoio esse, que seria fundamental para garantir a qualidade do seu desempenho e promover a saúde e bem-estar da díade (recetor/dador de cuidados) (Sequeira, 2018).

### **3.1.2 – A transição para o papel de cuidador e o impacte da prestação de cuidados na pessoa do Cuidador Informal**

De acordo com a Teoria das Transições de A. Meleis, ao longo da vida os indivíduos experimentam transições (mudanças significativas na vida que se referem a alterações de processos, papéis ou estados condicionando as interações entre a pessoa e o ambiente). A transição para o exercício do papel de cuidador é assim, um processo complexo, influenciado por um conjunto de fatores que Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) identificaram como propriedades.

A primeira propriedade é a consciencialização e, de acordo com Sequeira (2018), os profissionais deverão estar bastante atentos a ela, visto que nenhum cuidador estará disponível para assimilar informação se não tiver perceção real da necessidade do seu papel. A consciencialização revela-se assim fundamental para outra propriedade que é o envolvimento, pois dificilmente alguém que não tenha consciência da necessidade de intervenção, se vai envolver no processo.

Um processo de transição pode ainda ser influenciado por fatores facilitadores ou dificultadores, sendo exemplos disso os conhecimentos e capacidades, as crenças e atitudes, o significado pessoal, o status socioeconómico e os recursos comunitários e sociais (Meleis *et al.*, 2000). Sequeira (2018) refere que a transição está associada aos conceitos de crise (evento que leva à necessidade de transição) e de adaptação (modo de experienciar processo de transição).

Sequeira (2018), propõe um modelo que pretende analisar as relações entre variáveis em interação na relação de prestação de cuidados (Figura 9).

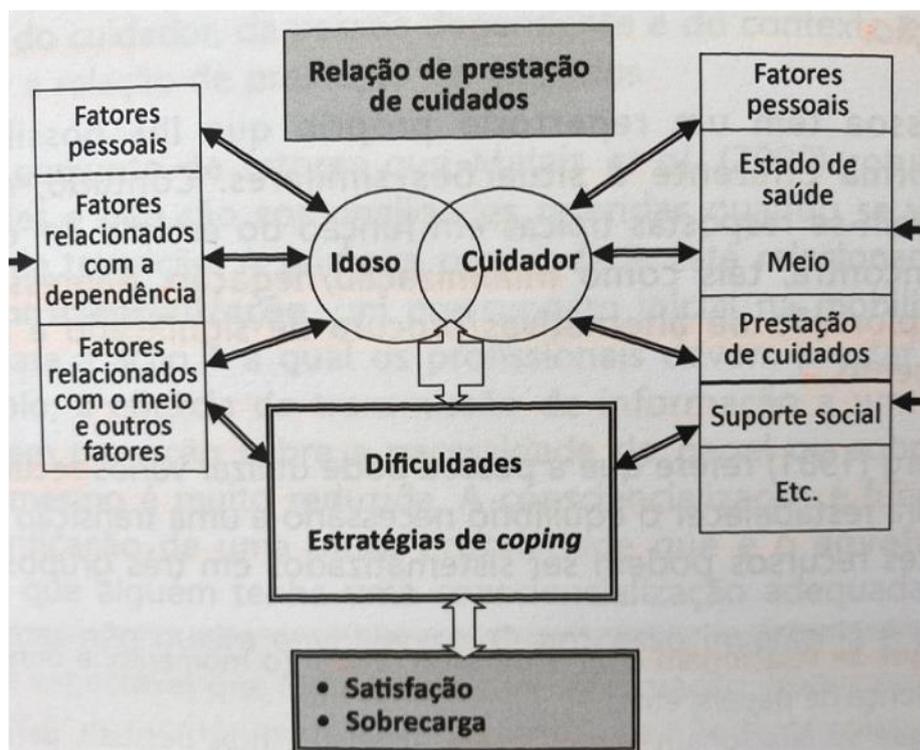


Figura 9 - Modelo de interação na transição para o exercício do papel de cuidador  
 Fonte: Sequeira, Cuidar de idosos com dependência física e mental, 2018

O autor considerou como principais variáveis mediadoras da relação de prestação de cuidados, as dificuldades que o cuidador revela e as estratégias de coping que utiliza, sendo estas influenciadas e ao mesmo tempo influenciadoras dos contextos quer do doente quer do cuidador.

Meleis, *et al.* (2000), defendem o papel importante que os profissionais de saúde devem ter, como facilitadores da transição para o papel de prestador de cuidados, promovendo a capacitação do cuidador com o objetivo de promover a sua autonomia.

Cuidar de alguém pode também ser gratificante, mas esses aspetos positivos têm sido pouco estudados. É importante identificar a dimensão positiva do cuidar, representando uma mais-valia para os familiares cuidadores, visto que a relação poderá sair fortalecida quando é reforçado um sentimento de gratificação (Araújo, 2009). Pode contribuir para o estreitamento de relações entre familiares e conduzir a um sentimento de realização do prestador de cuidados (Ferreira *et al.*, 2021). Os estudos focados na dimensão positiva da prestação de cuidados permitem uma melhor compreensão da experiência

do cuidar e, dessa forma, ajudam enfermeiros a desenvolver estratégias para melhorar o seu desempenho e fortalecer as relações, para que o exercício do papel do cuidador não seja sinônimo de sobrecarga (Araújo, 2009).

No entanto, a sobrecarga é uma realidade dos CI, e avaliá-la através de instrumentos com esse objetivo, permite aos enfermeiros dimensionar o quanto a tarefa de cuidar interfere na qualidade de vida do cuidador, e assim auxiliar no desenvolvimento de estratégias de intervenção junto desta população (Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin, 2015).

Maguire, Hanly & Maguire (2019) defendem que a investigação deve dedicar-se mais aos fatores que podem melhorar o bem-estar neste grupo dos CI, em detrimento dos fatores que o diminuem.

Fernandes & Angelo (2016), fizeram uma revisão integrativa onde procuravam respostas sobre as necessidades identificadas pelos CI. Identificaram um conjunto vasto de necessidades, em cinco áreas temáticas: transição para o cuidado, ser responsável por tudo, a importância do apoio, acesso ao apoio formal, comunicação e informação nos processos de tomada de decisão.

Ao longo do processo de cuidar, surge um grande conflito relacionado com a ausência de tempo para conciliar os papéis já detidos anteriormente, com a multiplicidade de tarefas associadas a ser CI, o que é gerador de ansiedade. Assim torna-se importante fornecer estratégias que ajudem os cuidadores na gestão destes papéis. Para tal contribuem a existência de uma rede de apoio formal, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde, a possibilidade de ter períodos de descanso e o apoio financeiro e estrutural para os cuidados (Fernandes & Angelo, 2016).

O apoio informal ao cuidador, fornecido pela família, amigos, religião ou outras pessoas em situação similar, evidenciou-se, no estudo de Fernandes & Angelo (2016), como assumindo uma enorme importância nas necessidades emocionais e interpessoais, nomeadamente o poder desabafar, e o sentir-se compreendido e reconhecido no seu papel. Os grupos de apoio e suporte assumem aqui uma importância relevante. Este estudo veio evidenciar a necessidade de os enfermeiros modificarem as suas intervenções de acordo com as necessidades reais dos cuidadores.

### **3.1.3 – As políticas de saúde e os Cuidadores Informais**

A Assembleia da República aprovou o Estatuto do Cuidador Informal, em 6 de setembro, através da Lei n.º 100/2019, esta regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio. Os direitos do CI consagrados neste estatuto são: ver reconhecido o seu papel; a ser acompanhado e a receber formação para desenvolver as suas capacidades e aquisição de competências para poder prestar cuidados adequados ao seu familiar; a receber informação por parte dos profissionais de saúde e da segurança social e relativa a boas práticas ao nível da capacitação; usufruir do subsídio previsto no estatuto; e ainda de apoio psicológico e de períodos de descanso para o seu bem-estar e equilíbrio emocional. Estão ainda previstas várias medidas de apoio ao CI, entre elas: a nomeação de um profissional de saúde como contacto de referência; o aconselhamento e a capacitação para o desenvolvimento das suas competências no âmbito de um plano de intervenção específico e a participação em grupos de autoajuda criados nos serviços de saúde que levem à partilha de experiências e à minimização do isolamento por parte do cuidador.

### **3.1.4 – O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública**

Or & Kartal (2019), vêm reforçar a ideia da importância de os profissionais de saúde realizarem estudos de intervenção que visem reduzir a sobrecarga dos cuidadores, a fim de promover o seu bem-estar. Um dos métodos que a evidência tem mostrado ser eficaz, são os programas baseados em terapias psico-educativas e cognitivo-comportamentais, com efeitos na melhoria da qualidade de vida e bem-estar emocional do cuidador, e conseqüente melhoria da prestação de cuidados (Frias, Risco & Zabalegui, 2020).

Todos os cuidadores necessitam de informação, educação, encorajamento e suporte, e, portanto, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para satisfazer essas necessidades (Cruz, 2012). A intervenção do enfermeiro deve focar-se na promoção do bem-estar da díade cuidador/idoso, sendo fundamental a capacitação do primeiro, de modo a obter as competências e habilidades necessárias para a manutenção do idoso no domicílio, em contexto familiar (Cruz, 2012).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Comunitária e de saúde Pública presentes no Regulamento n.º 348/2015 da OE, “O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas” (p.16481), devendo estas ser focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco e nos cuidados de (re)adaptação e de suporte (OE, 2015).

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o Regulamento nº 428/2018, 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” e ainda “concebe e planeia programas de intervenção, no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos” (OE, 2018, p. 19356).

### **3.1.5 – A importância do diagnóstico e as competências de Mestre**

A avaliação do estado de saúde de uma comunidade é também uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e cruza-se neste projeto de investigação com os critérios definidos pelo Regulamento 42/2020, para a obtenção de grau de mestre, concretamente: desenvolvimento de conhecimentos em contexto de investigação; aplicação de conhecimentos na resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares; integração de conhecimentos para resolução de questões complexas; capacidade de comunicar conclusões de forma clara e, desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma ou auto-orientada.

### **3.2 – OBJETIVOS**

- Efetuar a caracterização da população-alvo e dos utentes a quem prestam cuidados;
- Identificar as principais dificuldades dos cuidadores informais, através da aplicação de CADI;

- Identificar as estratégias de coping dos cuidadores, pela aplicação de CAMI;
- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores através da aplicação de ESC;
- Identificar fatores associados à sobrecarga dos cuidadores informais;
- Estudar a relação entre Sobrecarga do cuidador e: escolaridade do cuidador, tempo diário despendido no cuidar, rendimentos do utente dependente, perceção da qualidade do apoio que recebe por parte dos profissionais de saúde, e CADI global e respetivos fatores (variáveis independentes);

### 3.3 – METODOLOGIA

Apresentam-se de seguida os principais aspetos metodológicos do estudo, a definição da população e amostra e uma breve caracterização do instrumento de colheita de dados utilizado e das escalas que o compõem.

#### 3.3.1 – Tipo de estudo

Estudo com uma componente do tipo exploratório descritivo e outra correlacional, recorrendo-se à aplicação de um questionário que pretende caracterizar os utentes dependentes e os seus cuidadores informais a nível sociodemográfico, condições e ambiente de prestação de cuidados, necessidades e dificuldades mais sentidas e aplicação das escalas: CADI, CAMI, Índice de Barthel e ESC.

Pretende-se também analisar a relação estatística entre algumas das variáveis envolvidas, nomeadamente:

- Sobrecarga do cuidador (variável dependente).
- Escolaridade do cuidador, tempo diário despendido no cuidar, rendimentos do utente dependente e perceção da qualidade do apoio que recebe por parte dos profissionais de saúde, e CADI global e respetivos fatores (variáveis independentes).

#### 3.3.2 – População e amostra

A população-alvo definida durante o desenho do estudo foram os CI de utentes dependentes que têm ou tiveram contacto com a UCC de Cantanhede. No entanto, devido às questões éticas decorrentes do parecer da comissão de ética, a amostra, não aleatória, foi obtida por bola de neve, partindo da população de CI de utentes dependentes residentes na área de intervenção da UCC de Cantanhede.

Assim, a amostra possível de obter, no limite de tempo definido, foram 30 CI que cumpriam os critérios de inclusão: residirem na área de intervenção da UCC de Cantanhede e desempenharem essa função há pelo menos um mês.

### **3.3.3 – Instrumentos de colheita de dados**

O instrumento de colheita de dados desenvolvido para este estudo de investigação (Apêndice I), contempla a utilização das escalas acima mencionadas, validadas para a população portuguesa, cuja utilização foi devidamente autorizada pelos autores da validação, conforme comprova o Anexo I. Contempla ainda um questionário geral, cujo objetivo é fazer uma caracterização sociodemográfica dos utentes e dos seus cuidadores, bem como do contexto em que os cuidados são prestados e apoios disponíveis.

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de dependência do utente para a realização das AVD: comer, higiene pessoal, uso de sanitário, banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambulação, transferências e subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965 como referido por Araújo et al., 2007). A aplicação desta escala permitiu caracterizar os utentes de acordo com o seu nível de dependência nas AVD, num continuum entre total dependência e total independência, que foi usado na análise correlacional. Para a análise descritiva foi útil dividir a dependência nos quatro níveis propostos por Martins (2006): 0-8 (dependência total); 9-12 (dependência grave); 13-19 (dependência moderada); 20 – (independência total).

A CADI trata-se de uma escala composta por 30 potenciais dificuldades dos cuidadores, que tem como objetivo facilitar a identificação das suas dificuldades em áreas como vida social, saúde, repercussões económicas da situação, problemas de relacionamento com a pessoa dependente e outros membros da família e apoio que recebem dos profissionais. As possibilidades de resposta encontram-se “Não acontece no meu caso (atribuído 1 ponto)”; “Acontece, mas não me perturba”(atribuídos 2 pontos); “Acontece e causa-me alguma perturbação (atribuídos 3 pontos)”; “Acontece e perturba-me muito”(atribuídos 4 pontos) (Brito, 2000).

Foi desenvolvida por Nolan e colaboradores em 1996 e traduzida e validada para a população portuguesa por Brito (2000). As questões foram agrupadas por estes autores em sete fatores (problemas relacionados com o idoso, reações à prestação de cuidados,

exigências de ordem física, restrições na vida social, falta de apoio familiar, falta de apoio profissional e problemas financeiros).

No entanto, Sequeira (2018), no estudo realizado a 182 cuidadores portugueses, encontrou categorias/dimensões diferentes da população do Reino Unido. A primeira dimensão, designada de “problemas relacionais” integra os itens (5, 11, 12, 14, 17, 22, 25 e 26); a segunda designada de “restrições sociais” composta pelos itens (1, 3, 8, 9, 18, 20 e 21); a terceira “exigências do cuidar”, composta pelos itens (6, 10, 13, 15, 19, 23 e 24); o autor designou a quarta dimensão por “reações ao cuidar” e incluiu os itens (4, 2, 29 e 30), a quinta “apoio familiar”, inclui as questões 16 e 18, e finalmente a sexta dimensão designada de “apoio profissional” integra os itens 7 e 27 (Sequeira, 2018).

Neste trabalho, optou-se por analisar os dados com base nesta divisão de fatores proposta por Sequeira (2018), visto tratar-se de um estudo mais recente, aplicado a uma amostra maior do que em Brito (2000).

Os autores consideram que no caso de CADI faz sentido a determinação de um Score Global, bem como de scores das várias dimensões, permitindo assim estabelecer uma correlação desta escala com outras variáveis em estudo.

A CAMI trata-se de uma escala igualmente desenvolvida por Nolan e colaboradores, com o objetivo de conhecer os mecanismos de coping utilizados pelos CI e de que forma eles são eficazes perante as situações. Inclui 38 afirmações, sobre as quais os cuidadores são convidados a responder se utilizam a estratégia em questão e se esta se revela eficaz ou não. Para tal dispõem de 4 opções de resposta: “não utilizo”; “utilizo e não dá resultado”; “utilizo e dá algum resultado”; “utilizo e dá bom resultado” (Brito, 2000).

Os autores dividem os itens em 3 categorias: “lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas” (questões 1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23, 29, 30, 31 e 33); “perceções alternativas sobre a situação” (questões 6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32, e 34); “lidar com os sintomas de stress” (questões 2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37 e 38).

A ESC foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira, a partir da Burden Interview Scale de 2002, da autoria de Zarit e Zarit, 1983; Zarit, Orr e Zarit, 1985; Martin et al., 1996; Scazufca (Sequeira, 2010). Trata-se de um instrumento que pretende avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI, contendo informações sobre

saúde, vida pessoal e vida social, situação económica, situação emocional e tipo de relacionamento. As respostas possíveis são: nunca; quase nunca; às vezes; muitas vezes e quase sempre, pontuadas de 1 a 5 respetivamente. Os resultados são apresentados na forma de uma pontuação global, sendo que uma pontuação inferior a 46 significa ausência de sobrecarga, uma pontuação de 46 a 56 uma sobrecarga ligeira e, uma pontuação superior a 56 traduz uma sobrecarga intensa (Sequeira, 2018). Para uma análise fatorial, a ESC divide-se em quatro fatores: “Impacto da prestação de cuidados”, composta pelos itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação direta de cuidados (1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22); “relação interpessoal”, itens que avaliam a sobrecarga associada à relação entre o cuidador e a pessoa com dependência (4,5,16,18 e 19); “expectativas com o cuidar”, itens relacionados com a expectativa que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados (7, 8, 14 e 15); “perceção da auto-eficácia” relacionada com a avaliação que o cuidador faz do seu desempenho (itens 20 e 21).

### 3.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A informação recolhida foi tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais, Lei n.º 58/2019, de 08 de agosto, não sendo utilizado nenhum dado pessoal ou identificativo para efeitos de registo e de análise de dados ou trabalhos no âmbito do curso de mestrado. O armazenamento dos dados foi feito no computador pessoal do investigador principal, com registo do número de caso e sem dados identificativos, em pasta protegida com senha de acesso, tendo acesso aos mesmos o investigador e o professor orientador. Todos os dados colhidos, não utilizados no estudo foram destruídos após a sua conclusão.

A divulgação dos dados, em formato adequado para o efeito, ocorrerá em ambiente académico e divulgação em eventos científicos.

Os potenciais participantes foram informados sobre a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos e ainda, de que a sua participação era voluntária, podendo em qualquer momento recusar continuar. Para tal foi construído um documento de Consentimento Informado (Apêndice II), que os participantes assinaram.

Foi solicitado parecer à Comissão de Ética (CE) da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) que emitiu o parecer N.º P 919\_10\_2022 (Anexo II).

Esta CE considerou que seria necessário um parecer da CE da ARS Centro, para que os questionários fossem aplicados aos Cuidadores Informais dos utentes em ECCI. Não havendo tempo útil para proceder a esse pedido e aguardar pelo parecer, optou-se pelo recrutamento de Cuidadores Informais através da técnica de bola de neve.

### 3.5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo encontra-se a análise dos resultados do estudo, num primeiro subcapítulo encontra-se a análise descritiva dos resultados e posteriormente a análise correlacional entre a variável dependente e as variáveis independentes selecionadas. Os dados colhidos foram tratados e analisados estatisticamente com recurso ao programa de estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24 e no Microsoft Excel.

Por uma questão de maior facilidade de interpretação dos resultados, alguns deles encontram-se traduzidos em imagens gráficas. Por esse motivo, as tabelas que deram origem a esses gráficos encontram-se em apêndices neste documento (Apêndice III)

#### 3.5.1 – Análise descritiva

Embora a população-alvo do estudo sejam os CI, é importante a caracterização dos utentes de quem cuidam, pois acredita-se que estas características influenciam o impacto que a prestação de cuidados tem na pessoa do CI. Assim, a amostra em estudo corresponde a 30 díades utente/CI.

##### 3.5.1.1 – Caracterização sociodemográfica dos utentes dependentes

A média de idades destes utentes é de 75 anos, com um desvio padrão de 19,2, em que a idade mínima foi de 11 anos e a máxima de 96 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Resumo estatístico da idade dos utentes dependentes (n=30)

	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Idade	75,10	11	96	19,236

No sentido de perceber melhor a distribuição da amostra por grupos etários, optou-se por dividir os utentes em cinco grupos etários, podendo perceber-se que 83,3% dos utentes dependentes eram idosos (mais de 65 anos) (Figura 10).

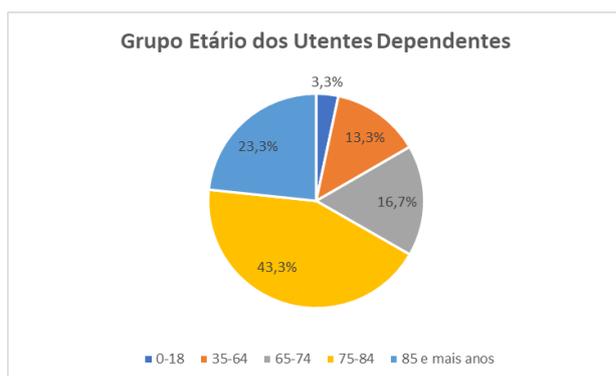


Figura 10 - Distribuição percentual dos utentes dependentes por grupo etário (n=30)

Em relação ao género, 60% dos utentes eram do género feminino e 40% do género masculino.

### Género Utentes Dependentes

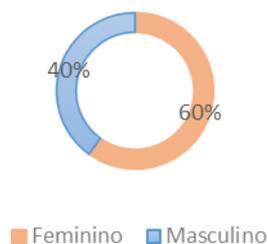


Figura 11 - Distribuição percentual dos utentes dependentes por género (n=30)

O estado civil da maioria dos utentes (43,3%) é viúvo, logo seguido dos casados/união de facto que representam 40%, por fim os solteiros com 16,7%.

Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual dos utentes dependentes por estado civil (n=30)

Estado Civil	N.º	%
Casado/UF	12	40,0
Solteiro	5	16,7
Viúvo	13	43,3
Total	30	100,0

Foram questionados os prestadores de cuidados, sobre a causa que levou à dependência do seu familiar, apresentando-se os dados na tabela seguinte, onde se verifica que a maioria dos utentes ficou dependente devido a uma situação de demência (26,7%) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) foram responsáveis por 20% das dependências desta amostra.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual dos utentes dependentes por causa da dependência (n=30)

<b>Causa da dependência</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Acidente	2	6,7
Aneurismas	1	3,3
Asfixia no parto	1	3,3
Autismo Severo	1	3,3
AVC	6	20,0
Demência	8	26,7
Doença oncológica	3	10,0
Envelhecimento	4	13,3
Espinha Bífida	1	3,3
Insónia Fatal	1	3,3
Síndrome de Miller Dieker	1	3,3
Transplante Renal	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0*</b>

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

Foi questionado aos CI, qual a duração da dependência dos seus familiares, tendo-se decidido definir intervalos para a duração da dependência, no sentido de facilitar a interpretação dos dados. De referir que o utente dependente há menos tempo, se encontra nessa circunstância há 4 meses e a dependência mais longa nos utentes da amostra é de 46 anos. Analisando a tabela 6, podemos verificar que 46,7% dos utentes se encontram dependentes no intervalo de mais de 1 ano e inferior ou igual a 5 anos. A realçar que a amostra continha 2 utentes (6,7%) com uma duração de dependência superior a 40 anos.

Tabela 4 - Distribuição absoluta e percentual da duração da dependência dos utentes dependentes (n=30)

<b>Duração da dependência</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
≤ 1 ano	6	20,0
> 1ano e ≤ 5 anos	14	46,7
> 5 anos e ≤ 10 anos	4	13,3
> 10 anos e ≤ 20 anos	4	13,3
> 20 anos e ≤ 30 anos	0	0,0
> 30 anos e ≤ 40 anos	0	0,0
> 40 anos	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto aos antecedentes pessoais dos utentes da amostra, de referir que muitos utentes tinham vários antecedentes pessoais, razão pela qual o n.º é superior a 30. De acordo com esta informação prestada pelos CI, 53,3% dos utentes da amostra não tinham antecedentes pessoais conhecidos, até ao diagnóstico da causa da dependência. Dos utentes que tinham antecedentes, os problemas mais frequentes foram as doenças osteoarticulares, em 13,3% dos utentes da amostra, seguido da diabetes e da doença cardíaca, em 10% dos utentes da amostra.

Tabela 5 - Distribuição absoluta e percentual dos antecedentes pessoais dos utentes dependentes (n=30)

<b>Antecedentes</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Sem antecedentes	16	53,3
Ácido úrico	1	3,3
Cólon irritável	1	3,3
Colesterol	2	6,7
Demência	1	3,3
Diabetes	3	10,0
Doença cardíaca	3	10,0
Doença osteoarticular	4	13,3
Doença Pulmonar	1	3,3
Edemas generalizados	1	3,3
HTA	2	6,7
Hipotiroidismo	1	3,3
Insuficiência renal	1	3,3
Úlceras Varicosas	2	6,7

O Agregado Familiar (AF) da maioria dos utentes dependentes (40%) era constituído por 2 pessoas, havendo mesmo 20% dos utentes que apesar da dependência ainda residiam sozinhos, com apoio dos familiares.

Tabela 6 - Distribuição absoluta e percentual do número de elementos do AF do utente dependente (n=30)

<b>Nº de elementos do AF</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1	6	20,0
2	12	40,0
3	9	30,0
4	1	3,3
5	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto aos rendimentos do agregado familiar, a questão foi colocada em intervalos de rendimentos, conforme espelhado na tabela abaixo. De referir que 63,3% dos AF têm um rendimento inferior ou igual a 1000 euros. Apenas 2 dos AF dispõem de um rendimento mensal superior a 3000, correspondendo estas duas famílias a agregados de 4 e 5 pessoas.

Tabela 7 - Distribuição absoluta e percentual dos rendimentos mensais do AF do utente dependente (n=30)

<b>Rendimentos do AF</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1 (Menos de 500 €)	7	23,3
2 (Entre 501 e 1000 €)	12	40,0
3 (Entre 1001 e 2000 €)	9	30,0
4 (Entre 2001 e 3000 €)	0	0,0
5 (Mais de 3000 €)	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Outro dado importante, mais revelador por si só da situação económica dos utentes dependentes desta amostra, são os rendimentos do próprio. Apenas um familiar não respondeu a esta questão. Destes dados, a destacar que 73,3% dos utentes recebe menos de 500 euros, e o intervalo máximo de rendimentos nesta amostra é entre 1001 e 2000 euros que é auferido por apenas 1, dos 29 que responderam a esta questão. O valor mais baixo auferido pelos utentes da amostra é de 270 euros e o mais elevado é de 900 euros.

Tabela 8 - Distribuição absoluta e percentual dos rendimentos mensais do utente dependente (n=30)

<b>Rendimentos do dependente</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1 (Menos de 500 €)	22	73,3
2 (Entre 501 e 1000 €)	6	20,0
3 (Entre 1001 e 2000 €)	1	3,3
Não respondeu	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0*</b>

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

Destes valores auferidos pelos utentes dependentes, em 63,3% dos casos não inclui complemento por dependência e apenas 6,7% inclui o de 2.º grau. O motivo do não recebimento deste complemento não foi abordado diretamente pelo questionário, mas a explicação hipotética será abordada no capítulo da discussão dos resultados.

Tabela 9 - Distribuição absoluta e percentual do recebimento do complemento por dependência (n=30)

<b>Complemento por dependência</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Não	19	63,3
Sim, 1.º grau	8	26,7
Sim, 2.º grau	2	6,7
Não respondeu	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Do preenchimento do Índice de Barthel surgem informações que poderão indicar que a grande maioria dos utentes da amostra teria direito, pelo menos, ao complemento por dependência do primeiro grau, visto que 66,7% deles tem uma dependência total de acordo com esta escala, e que 83,3% deles tem pelo menos uma dependência grave.

Tabela 10 - Distribuição absoluta e percentual do nível de dependência dos utentes, de acordo com o “Índice de Barthel” (n=30)

<b>Nível de dependência (Índice de Barthel)</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>% cumulativa</b>
Dependência Total (0-8)	20	66,7	66,7
Dependência Grave (9-12)	5	16,7	83,3
Dependência Moderada (13-19)	5	16,7	100,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0*</b>	

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

### 3.5.1.2 – Caracterização sociodemográfica dos Cuidadores Informais

A idade média dos cuidadores informais é de 60,57, tendo o mais novo 30 anos e o mais velho 81.

Tabela 11 - Resumo estatístico da idade dos cuidadores informais (n=30)

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Idade	60,57	30	81	12,82

Tal como na população dos utentes, também a amostra dos CI foi dividida em faixas etárias para melhor perceber a sua distribuição. Como podemos constatar na figura abaixo, a grande maioria dos CI (60%) têm idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos. Ainda assim, podemos verificar que 36,6% dos CI são idosos.

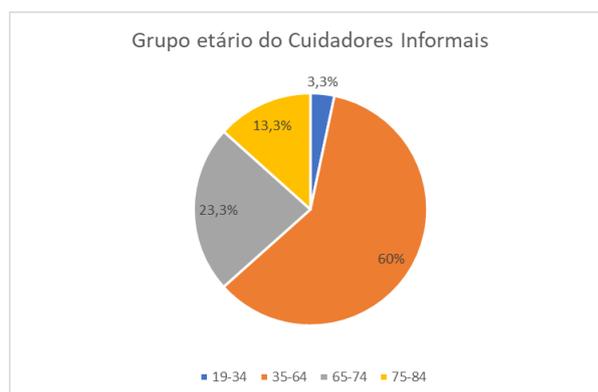


Figura 12 - Distribuição percentual dos CI por grupo etário (n=30)

Quanto ao género, 93,3% dos CI desta amostra são mulheres.

Género Cuidadores Informais

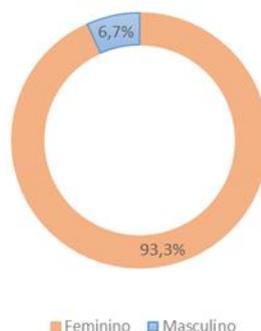


Figura 13 - Distribuição percentual dos CI por género (n=30)

Quanto ao estado civil 86,7% são casados ou estão em união de facto, havia apenas um CI viúvo e 3 solteiros na amostra.

Tabela 12 - Distribuição absoluta e percentual dos CI por estado civil (n=30)

<b>Estado civil</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Casado/UF	26	86,7
Solteiro	3	10,0
Viúvo	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos CI (36,7%) são reformados por velhice ou invalidez, logo seguidos dos trabalhadores por conta de outrem (33,3%). A destacar ainda a existência de uma cuidadora com licença sem vencimento para cuidar do seu familiar.

Tabela 13 - Distribuição absoluta e percentual da situação laboral dos CI (n=30)

<b>Situação laboral</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Desempregado	3	10,0
Doméstico ou nunca trabalhou	2	6,7
Licença sem Vencimento	1	3,3
Reformado/ Inválido	11	36,7
Trabalhador Conta de Outrem	10	33,3
Trabalhador Independente	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Dos 28 CI que responderam à questão da profissão que exercem ou exerceram, podemos verificar que as duas profissões mais representadas são: “Ajudante de Ação Direta” e “Doméstica” (13,3%), logo seguida por professora (10%). A restante amostra subdivide-se em profissões bastante diversificadas.

Tabela 14 - Distribuição absoluta e percentual da profissão dos CI (n=30)

<b>Profissão</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Administrativa	1	3,3
Ajudante de Ação Direta	4	13,3
Auxiliar	2	6,7
Auxiliar de Ação Educativa	1	3,3
Cabeleireira	1	3,3
Comerciante	1	3,3
Doméstica	4	13,3
Empregada fabril	2	6,7
Enfermeira	1	3,3
Engomadeira	1	3,3
Florista	1	3,3
Mecânico	1	3,3
Operadora de máquinas	1	3,3
Pintor Construção Civil	1	3,3
Professora	3	10,0
Psicóloga	1	3,3
Técnica de animação Juvenil	1	3,3
Trabalhadora agrícola	1	3,3
Não Respondeu	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0*</b>

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

Ao analisar a tabela 15, verificamos que a maioria dos CI reside em AF de 2 (36,7%) e 3 pessoas (33,3%) e, 20% dos agregados são constituídos por 4 pessoas.

Tabela 15 – Distribuição absoluta e percentual do número de elementos do AF dos CI (n=30)

<b>Nº de elementos do AF do CI</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1	1	3,3
2	11	36,7
3	10	33,3
4	6	20,0
5	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Quanto à escolaridade dos CI, constatou-se que 40% da amostra tinham apenas o primeiro ciclo e 20% têm o ensino superior.

Tabela 16 – Distribuição absoluta e percentual da escolaridade dos CI (n=30)

<b>Escolaridade</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
1.º ciclo	12	40,0
2.º ciclo	9	30,0
3.º ciclo	3	10,0
Ensino Superior	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

A questão seguinte permitiu-nos perceber de quem cuidam estes CI. A maior percentagem (43,3%) cuidam do seu pai ou mãe, 26,7% do cônjuge ou companheiro, e em menor percentagem (3,3%), temos CI que cuidam do(a) irmão(ã) e do avô ou avó.

Tabela 17 – Distribuição absoluta e percentual do grau de parentesco da pessoa dependente com o CI (n=30)

<b>De quem cuidam</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Avó/ô	1	3,3
Cônjuge/companheiro	8	26,7
Filha/o	4	13,3
Irmã/ão	1	3,3
Pai/Mãe	13	43,3
Sogro(a)	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0*</b>

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

À pergunta: “É a primeira vez que cuidam?”, 60% dos cuidadores respondeu “sim”, enquanto os restantes 40% responderam “não”. Destes últimos, as respostas à questão “de quem já cuidaram?”, dividiram-se entre pais, sogros e avós.

Os motivos que levaram os CI a assumir este papel, foram muito diversos. Sendo esta questão, de resposta livre, as respostas foram agrupadas em motivos semelhantes, sendo que vários CI mencionaram mais do que um motivo. 50% dos cuidadores referem que foi o “grau de parentesco” com a pessoa dependente que os levou a assumir este papel. Seguiu-se o motivo “falta de alternativa”, mencionado por 30% dos CI. Os motivos menos mencionados, foram a “competência” para o desempenho do papel, a “disponibilidade”, a “ser uma escolha” e o “respeito pelo dependente”.

Tabela 18 - Distribuição absoluta e percentual do motivo que levou os CI a assumirem esse papel (n=30)

<b>Motivo para assumir o papel</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Competência	1	3,3
Disponibilidade	1	3,3
Escolha	1	3,3
Falta de alternativa	9	30,0
Grau de parentesco	15	50,0
Obrigação	2	6,7
Proximidade da residência	4	13,3
Relação próxima	3	10,0
Respeito	1	3,3

A questão seguinte visava perceber se os CI informais assumiram o papel de forma súbita ou se, pelo contrário, houve algum tempo de preparação prévio. Percebeu-se que 56,7% dos cuidadores assumiram o papel de forma súbita, sem terem tempo para se prepararem, enquanto os restantes (43,3%), tiveram tempo para se irem preparando, uma vez que a dependência dos seus familiares se foi instalando de forma progressiva. Quanto à aceitação do dependente em ser cuidado por quem assumiu o papel de CI, 100% da amostra, revelou que o dependente aceita bem ser cuidado por si.

O tempo despendido no cuidar foi outra das variáveis estudadas. Na tabela 19, podemos verificar que apenas um CI ocupa menos de 1 hora por dia a cuidar do seu familiar, correspondendo ao utente com menor grau de dependência avaliado pelo Índice de Barthel. Os restantes CI da amostra distribuem-se de forma semelhante nos outros intervalos de tempo, sendo mais os CI que gastam 3 a 6 horas a cuidar do seu familiar.

Tabela 19 - Distribuição absoluta e percentual do tempo diário despendido pelo CI a cuidar do utente (n=30)

<b>Tempo diário despendido a cuidar</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Menos de 1h	1	3,3
1 a 3 horas	7	23,3
3 a 6 horas	8	26,7
6 a 12 horas	7	23,3
Mais de 12 horas	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

Outra variável em estudo foi o tempo ao longo do qual se prolonga esta tarefa de CI, e verificamos que a maioria dos CI da nossa amostra (63,3%) cuidavam há menos de 5 anos dos seus familiares. 23,3% cuidavam há menos de 1 ano e 40% entre um e 5 anos. Não podemos, no entanto, deixar de ressaltar que a amostra de CI em estudo era composta por 7 cuidadores (23,3%) que desempenham esta função há mais de 10 anos.

Tabela 20 - Distribuição absoluta, percentual e percentagem cumulativa da duração do papel de cuidador (n=30)

Há quanto tempo cuida do dependente	N.º	%	% cumulativa
≤ 1 ano	7	23,3	23,3
> 1 ano e ≤ 5 anos	12	40,0	63,3
> 5 anos e ≤ 10 anos	4	13,3	76,7
> 10 anos e ≤ 20 anos	3	10,0	86,7
> 20 anos e ≤ 30 anos	1	3,3	90,0
> 30 anos e ≤ 40 anos	1	3,3	93,3
> 40 anos	2	6,7	100,0
Total	30	100,0*	

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

Em relação à partilha de habitação entre o CI e o utente dependente, percebemos que 73,3% dos CI da amostra em estudo, reside com o familiar de quem cuida, 6,7% fá-lo de forma esporádica e, apenas 20% (6 CI) não residem com o seu familiar dependente. Destes últimos, 4 residem nas imediações e 2 a uma distância inferior a 5Km.

As questões seguintes abordaram a perceção dos CI sobre a qualidade da sua relação com os familiares dependentes e a qualidade da relação com a restante família. A tabela seguinte representa as respostas às duas. Pela sua análise podemos verificar que 56,7% dos CI considera ter uma relação muito boa com o seu familiar dependente e 50% tem essa mesma qualidade de relação com a restante família. Nenhum CI classificou a qualidade da relação com o familiar dependente como fraca ou muito fraca, mas no que diz respeito à relação com a restante família 1 dos CI considerou ser fraca e 1 outro muito fraca.

Tabela 21 - Distribuição absoluta e percentual da percepção dos CI sobre a qualidade da sua relação com o utente dependente e com a restante família (n=30)

Percepção da qualidade da relação	Com o familiar dependente		Com a restante família	
	N.º	%	N.º	%
Muito Boa	17	56,7	15	50,0
Boa	9	30,0	11	36,7
Razoável	4	13,3	2	6,7
Fraca	0	0,0	1	3,3
Muito fraca	0	0,0	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

A maioria dos CI desta amostra recebe apoio de outros para a prestação de cuidados. Apenas 16,6% desempenha essa função sem qualquer apoio. Por outro lado, a mesma percentagem (16,6%) recebe dois tipos diferentes de apoio para a prestação de cuidados ao seu familiar. Assim, a tabela seguinte ilustra o número de cuidadores que referiram cada um dos apoios mencionados, sendo a soma maior do que o tamanho da amostra, pelo facto de 5 dos cuidadores mencionarem receber mais do que um apoio. Os dois tipos de apoio mais recebidos pelos CI são o apoio domiciliário, por 36,7% da amostra e o apoio de familiares por 30% da amostra em estudo.

Tabela 22 - Distribuição absoluta e percentual do tipo de apoio recebido pelos CI na prestação de cuidados (n=30)

Apoio na prestação de cuidados	N.º	%
Nenhum	5	16,6
Apoio domiciliário	11	36,7
Centro de dia	6	20,0
Centro de saúde	3	10,0
Familiares	9	30,0
Vizinhos	1	3,3

Foram questionados os CI se os rendimentos do seu familiar dependente eram suficientes para fazer face às suas necessidades. 76,7% dos CI da amostra responderam que não, e apenas os restantes 23,3% referiram que sim.

A percepção que os CI desta amostra têm do apoio que recebem por parte dos profissionais de saúde está espelhada na tabela seguinte, onde podemos verificar que 20% dos CI consideram esse apoio muito fraco ou fraco, 50% consideram-no bom ou muito bom e 30% consideram-no razoável.

Tabela 23 - Distribuição absoluta e da percepção que os CI têm do apoio que recebem dos profissionais de saúde (n=30)

<b>Percepção da qualidade do apoio recebido pelos profissionais de saúde</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Muito fraco	3	10,0
Fraco	3	10,0
Razoável	9	30,0
Bom	9	30,0
Muito Bom	6	20,0
Total	30	100,0

Os CI foram questionados sobre o tipo de apoio à distância que lhes faria sentido receber por parte dos profissionais de saúde. A resposta era de escolha múltipla, pelo que os CI selecionaram todas as opções que lhes fariam sentido. O resultado encontra-se na tabela seguinte, onde se destaca que 70% dos CI gostaria de receber apoio através de uma linha telefónica e 66,7% através de visitas domiciliárias.

Tabela 24 - Distribuição absoluta e percentual do tipo de apoio à distância que faz sentido aos CI receberem por parte dos profissionais de saúde (n=30)

<b>Tipo de Apoio à distância</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Atendimento presencial	7	23,3
E-mail	6	20,0
Linha telefónica	21	70,0
Sessões de grupo	3	10,0
Visita domiciliária	20	66,7

Em duas questões de resposta rápida os CI foram convidados a referir três necessidades de apoio que sentem e três das suas maiores dificuldades. As respostas foram agrupadas e encontram-se compiladas nas 2 tabelas seguintes. Como podemos verificar, a dificuldade referida por mais CI (36,7%), foi a de cuidados de saúde ao domicílio, seguindo-se necessidades como as ajudas técnicas, apoio técnico por telefone e melhor acessibilidade ao médico de família com 13,3% dos cuidadores a referirem cada uma destas necessidades.

Tabela 25 - Distribuição absoluta e percentual das necessidades referidas pelos CI (n=30)

<b>Necessidades</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Cuidados de saúde ao domicílio	11	36,7
Ajudas técnicas/ produtos de apoio	4	13,3
Apoio técnico pelo telefone	4	13,3
Maior facilidade de acesso ao médico de família	4	13,3
Ajuda para cuidar	3	10,0
Apoio emocional ou psicológico	3	10,0
Apoio financeiro	3	10,0
Apoio para fraldas	2	6,7
Apoio nas lides domésticas	1	3,3
Descanso do cuidador	1	3,3
Faltas laborais sem perda de vencimento	1	3,3
Gestão da medicação	1	3,3
Transporte para consultas	1	3,3

Quanto às dificuldades que foram referidas pelos CI, destaque para a dificuldade de executar determinadas técnicas de cuidar sem ajuda, que foi referida por 50% dos CI da amostra, e para a falta de tempo para si próprio, família e necessidade de alterar as rotinas de vida diária que foi referida por 23,3% dos CI. Destaco ainda outras dificuldades muito pertinentes referidas, como a dificuldade em gerir emoções, a justificação das faltas ao trabalho e a falta de conhecimentos.

Tabela 26 - Distribuição absoluta e percentual das dificuldades referidas pelos CI (n=30)

<b>Dificuldades</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Executar de alguns cuidados sem ajuda (higiene, levante, transferências)	15	50,0
Falta de tempo para o próprio e família/necessidade de alterar a rotina	7	23,3
Desgaste psicológico/ dificuldade em gerir emoções	4	13,3
Desgaste físico/problemas de saúde	3	10,0
Falta de conhecimentos/formação	3	10,0
Justificar faltas ao trabalho	3	10,0
Dificuldades económicas	2	6,7
Dificuldade em compreender e lidar com alterações de comportamento	2	6,7
Falta de empatia por parte de alguns profissionais de saúde	1	3,3
Lidar com a incontinência	1	3,3
Medo de situações de urgência	1	3,3

À pergunta se teria vantagens para o CI, desempenhar esse papel, a opinião dos CI da amostra dividiu-se de forma relativamente equitativa, na qual 53,3% consideram ser vantajoso e 46,7% não veem qualquer vantagem no desempenho desse papel. As vantagens referidas pelos primeiros encontram-se resumidas na tabela seguinte, estando a proximidade ao familiar e a satisfação por ver o seu conforto e qualidade de cuidados que recebe, no topo das vantagens referidas pelos CI. A realçar que alguns cuidadores referiram mais do que uma vantagem.

Tabela 27 - Distribuição absoluta e percentual das vantagens que os CI consideram ter em desempenhar esse papel (n=30)

<b>Vantagens</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Proximidade do familiar	6	20,0
Ver o familiar confortável e bem cuidado	6	20,0
Aprendizagem/ experiência	3	10,0
Permite o fortalecimento da relação	2	6,7
Permite a despedida	1	3,3
Realização pessoal	1	3,3
Transmitir o amor	1	3,3
Ver o familiar feliz	1	3,3
Nenhuma	14	46,7

Já quanto ao facto de os utentes dependentes terem vantagens em serem cuidados pelos seus familiares, as respostas foram mais unânimes, com 90% dos CI da amostra a considerarem que é vantajoso para o seu familiar ser cuidado por si.

Essas vantagens, foram elencadas por estes CI, e encontram-se resumidas na tabela seguinte, com destaque para sentimentos positivos que os cuidadores consideram que o seu familiar recebe ao estar em casa (referidos por 43,3% dos cuidadores da amostra), a proximidade à família e a maior disponibilidade foram os outros aspetos mais referidos pelos CI.

Tabela 28 - Distribuição absoluta e percentual das vantagens que os CI consideram que os seus familiares têm em ser cuidados por si (n=30)

Vantagens	N.º	%
Carinho/Amor/Afeto/Cumplicidade	13	43,3
Proximidade da família	7	23,3
Maior disponibilidade	6	20,0
Conhecimento da personalidade e gostos	3	10,0
Cuidados permanentes	2	6,7
Ter os seus desejos satisfeitos	2	6,7
Cuidados de maior qualidade	1	3,3
Os meus conhecimentos	1	3,3
Nenhuma	3	10,0

### 3.5.1.3 – Escala da Sobrecarga do Cuidador

De seguida foi aplicada a ESC, da qual se obteve uma média de 54,53 de média de sobrecarga com um desvio padrão de 17,07, sendo 30 o valor mínimo de sobrecarga obtido e 88 o máximo. Fazendo a categorização da sobrecarga de acordo com o sugerido pelo autor da validação, obtemos os resultados constantes no gráfico seguinte. Como podemos verificar, 66,7% dos CI da amostra apresenta sobrecarga, sendo intensa em 46,7% e ligeira em 20%. Apenas 33,3% da amostra não apresenta sobrecarga.

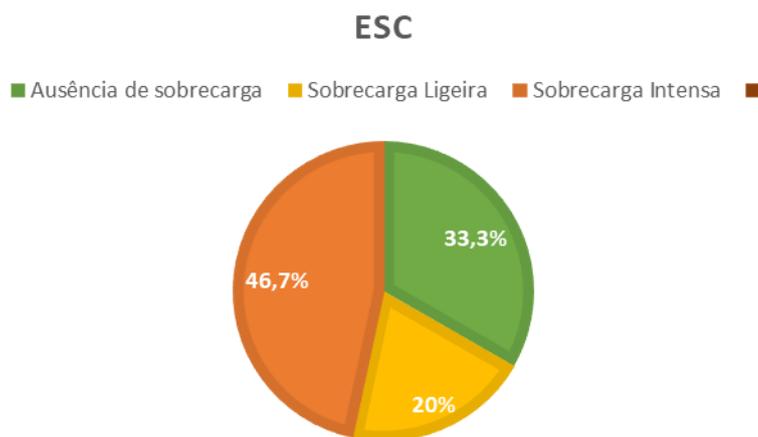


Figura 14 - Distribuição percentual do nível de sobrecarga dos CI (n=30)

Pela análise da imagem abaixo, podemos verificar que os itens nos quais a maioria dos CI manifestam maiores valores de sobrecarga (média igual ou superior a 3,5) são o item

8 “considera que o seu familiar está dependente de si”, seguido do item 14 “acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com que ele pudesse contar” e do item 7 “tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar”. Também o item 15 “não dispor de economias suficientes para cuidar do familiar” apresenta uma média elevada (2.83). Sendo estes os 4 itens que compõem o fator “Expectativas com o cuidar”, podemos dizer que esta é uma das grandes fontes da sobrecarga dos CI. No sentido inverso encontramos o item 4 “sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar”, pertencente ao fator “Relação interpessoal” com a média mais baixa (1,43), logo seguido pelos dois itens que compõem o fator “percepção de autoeficácia” (20 “poderia fazer mais pelo seu familiar” e 21 “poderia cuidar melhor do seu familiar”).

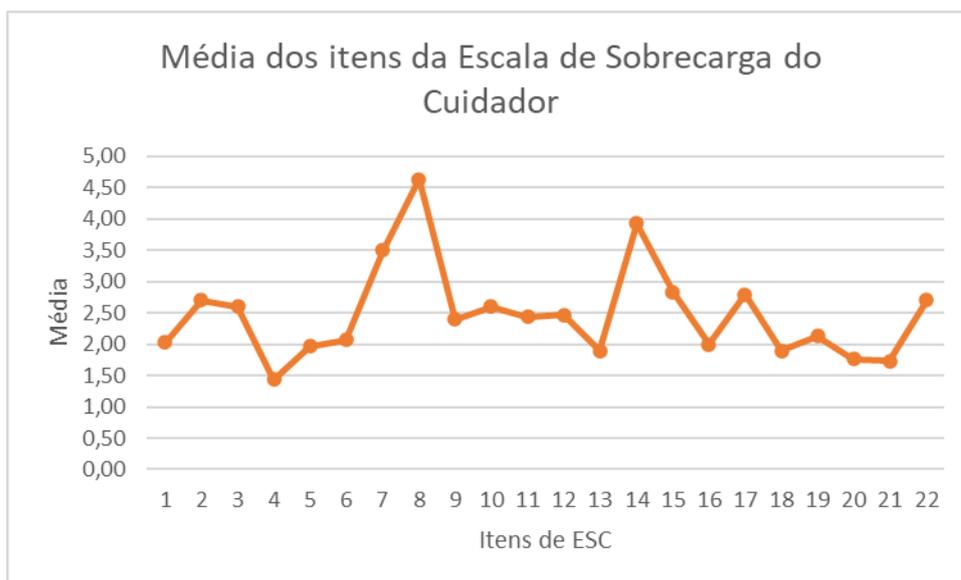


Figura 15 - Distribuição da média dos 22 itens de ESC (n=30)

A figura 16 confirma o setor “expectativas com o cuidar” como uma grande fonte de sobrecarga para os CI, seguido do fator “impacto da prestação de cuidados”, sendo que para este último os itens que mais contribuem para a sobrecarga global são: “perdeu o controlo da sua vida”, “em geral, sente-se muito sobrecarregado” e “não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas”.

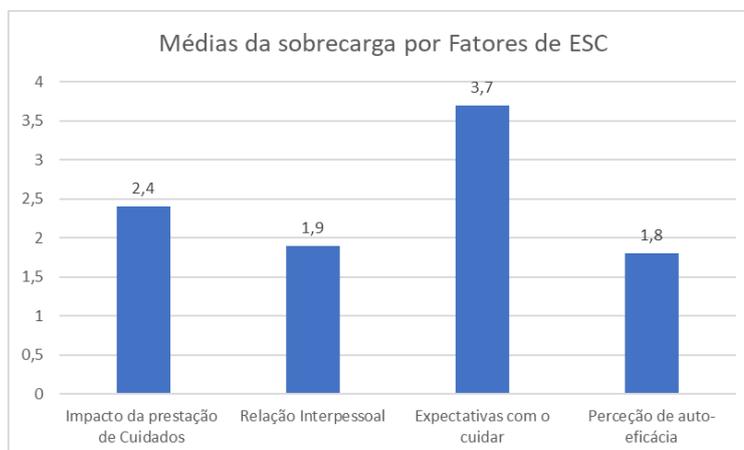


Figura 16 - Distribuição da média das respostas por setores de ESC (n=30)

#### 3.5.1.4 – CADI – Dificuldades percebidas pelos prestadores de cuidados

Apresentam-se agora os dados obtidos na aplicação de CADI de acordo com as categorias/ dimensões propostas por Sequeira (2018), pelos motivos já mencionados.

As dificuldades percebidas pelos cuidadores informais que foram apuradas através da escala CADI, encontram-se visíveis na figura 17, divididas pelas categorias propostas. Trata-se da média dos valores atribuídos pelos cuidadores ao conjunto de questões correspondentes a cada categoria.

Como podemos verificar pela análise do gráfico, os cuidadores manifestaram maiores dificuldades nas categorias exigências do Cuidar, restrições sociais e apoio profissional.

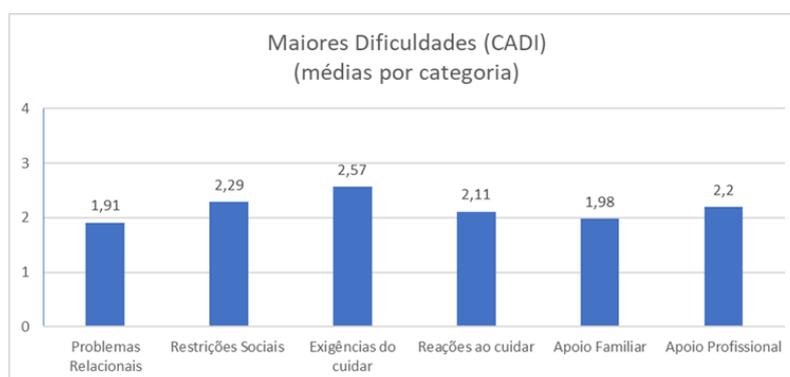


Figura 17 - Média por categoria, das dificuldades dos CI avaliadas por CADI (n=30)

### Problemas Relacionais

Somando as respostas “perturba-me muito” e “causa-me alguma perturbação”, o resultado evidencia que a questão 17 (“Esta situação faz-me sentir irritado”), é aquela que perturba maior percentagem de cuidadores (50%), seguida das questões 11 (46,7%), 14 (43,3%), 5 (36,7%), e por último as questões 22 e 25 (33,4%).

Tabela 29 - Distribuição absoluta e percentual dos “problemas relacionais” da escala CADI (n=30)

	PM		CAP		NP		NA	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q5 – A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	5	16,7	6	20,0	4	13,3	15	50,0
Q11 – Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	8	26,7	6	20,0	1	3,3	15	50,0
Q12 – Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	1	3,3	3	10,0	1	3,3	25	83,3
Q14 – A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	7	23,3	6	20,0	4	13,3	13	43,3
Q17 - Esta situação faz-me sentir irritado	9	30,0	6	20,0	0	0,0	15	50,0
Q22 – A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	8	26,7	2	6,7	2	6,7	18	60,0
Q25 – O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	2	6,7	8	26,7	2	6,7	18	60,0
Q26 – Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	0	0,0	3	10,0	5	16,7	22	73,3

Legenda: PM – Acontece no meu caso e perturba-me muito; CAP – Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; NP – Acontece no meu caso, mas não me perturba; NA – Não acontece no meu caso

### Restrições Sociais

Como podemos verificar pela análise da tabela abaixo, as questões consideradas perturbadoras (PM+CAP), por mais de 50% dos CI são a questão 20 (“Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias”) e a questão 21 (“A qualidade da minha vida piorou”), segue-se a questão 18, considerada perturbadora por 50% dos CI (“Não estou com os meus amigos tanto como gostaria”). Finalmente, temos as questões 1, 3 e 9 consideradas perturbadoras por 40%, 36,5% e 33,3% dos CI.

De realçar também que relativamente ao tempo de descanso/férias, apenas 30% dos CI referiram conseguir ter um tempo de descanso, havendo 13,3% dos CI que não conseguem, mas isso não os perturba.

Tabela 30 - Distribuição absoluta e percentual das “restrições sociais” da escala CADI (n=30)

	PM		CAP		NP		NA	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q1 - Não tenho Tempo suficiente para mim próprio	6	20,0	6	20,0	5	16,7	13	43,3
*Q3 - Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	5	16,7	6	20,0	4	13,3	15	50,0
Q8 - Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	8	26,7	7	23,3	3	10,0	12	40,0
Q9 - Chega a transformar as minhas relações familiares	4	13,3	6	20,0	3	10,0	17	56,7
Q18 - Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	8	26,7	7	23,3	4	13,3	11	36,7
Q20 - Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	9	30,0	8	26,7	4	13,3	9	30,0
Q21 - A qualidade da minha vida piorou	11	36,7	6	20,0	1	3,3	12	40,0

Legenda: PM – Acontece no meu caso e perturba-me muito; CAP – Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; NP – Acontece no meu caso, mas não me perturba; NA – Não acontece no meu caso

\*A questão 3 de CADI não foi incluída por Nolan, *et al* (1998), no entanto em Brito (2002) esse problema foi referido pela maioria dos prestadores de cuidados do estudo, pelo que a autora optou por incluir, tal como Sequeira (2018).

### Exigências do cuidar

Todas as questões desta categoria, à exceção da questão 24, relacionada com a incontinência, causam perturbação (PM+CAP) a 50% ou mais CI. Destaque para Q23 “A minha saúde ficou abalada”, que perturba 63,3% dos CI. De referir também que na questão da incontinência, 43,3% dos CI referiram “não acontece no meu caso”, sendo esta a razão para uma menor percentagem de CI perturbados com esta situação.

Tabela 31 - Distribuição absoluta e percentual das “exigências do cuidar” da escala CADI (n=30)

	PM		CAP		NP		NA	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q6 - A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	10	33,3	6	20,0	7	23,3	7	23,3
Q10 - Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	11	36,7	6	20,0	3	10,0	10	33,3
Q13 - A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	14	46,7	3	10,0	7	23,3	6	20,0
Q15 - Ando a dormir pior por causa desta situação	11	36,7	5	16,7	3	10,0	11	36,7
Q19 - Esta situação está a transformar-me os nervos	11	36,7	7	23,3	0	0,0	12	40,0
Q23 - A minha saúde ficou abalada	10	33,3	9	30,0	0	0,0	11	36,7
Q24 - A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	8	26,7	4	13,3	5	16,7	13	43,3

Legenda: PM – Acontece no meu caso e perturba-me muito; CAP – Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; NP – Acontece no meu caso, mas não me perturba; NA – Não acontece no meu caso

### Reações ao cuidar

Relativamente a esta categoria, podemos verificar que mais de 50% dos CI sentem uma preocupação constante com os cuidados a prestar e sentem-se de mãos atadas por não conseguirem dominar a situação, sendo isso causador de perturbação. Em relação à questão específica de problemas de dinheiro, 50% admitiram que lhes traz problemas de dinheiro, mas isso só é um fator perturbador para 36,7%. A questão relacionada com o sentimento de culpa, é a que causa perturbação a menos CI (16,6%).

Tabela 32 - Distribuição absoluta e percentual das “reações ao cuidar” da escala CAD I (n=30)

	PM		CAP		NP		NA	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q2 - Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação	9	30,0	7	23,3	3	10,0	11	36,7
Q4 - Traz-me problemas de dinheiro	2	6,7	9	30,0	4	13,3	15	50,0
Q29 - Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	10	33,3	7	23,3	1	3,3	12	40,0
Q30 - Esta situação faz-me sentir culpado	4	13,3	1	3,3	2	6,7	23	76,7

Legenda: PM – Acontece no meu caso e perturba-me muito; CAP – Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; NP – Acontece no meu caso, mas não me perturba; NA – Não acontece no meu caso

### Apoio familiar

A maioria dos CI da amostra (53,3%) responderam “não acontece no meu caso às duas questões relacionadas com esta dimensão. No entanto, para 40% deles referem alguma ou muita perturbação por as pessoas da família não darem tanta atenção como gostariam e 36,7% por os familiares não ajudarem tanto quanto poderiam.

Tabela 33 - Distribuição absoluta e percentual do “apoio familiar” da escala CAD I (n=30)

	PM		CAP		NP		NA	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q16 - As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	3	10,0	9	30,0	2	6,7	16	53,3
Q28 - Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	5	16,7	6	20,0	3	10,0	16	53,3

Legenda: PM – Acontece no meu caso e perturba-me muito; CAP – Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; NP – Acontece no meu caso, mas não me perturba; NA – Não acontece no meu caso

### Apoio profissional

Como podemos verificar na análise da tabela 34, 50% dos cuidadores sente alguma ou muita perturbação por não receberem apoio suficiente por parte dos serviços de saúde e sociais e 46,7% têm ideia de que os profissionais de saúde não conhecem os seus problemas enquanto prestadores de cuidados, o que também lhes causa alguma ou muita perturbação.

Tabela 34 - Distribuição absoluta e percentual do “apoio profissional” da escala CADI (n=30)

	PM		CAP		NP		NA	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q7 - Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	6	20,0	8	26,7	0	0,0	16	53,3
Q27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	6	20,0	9	30,0	2	6,7	13	43,3

Legenda: PM – Acontece no meu caso e perturba-me muito; CAP – Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; NP – Acontece no meu caso, mas não me perturba; NA – Não acontece no meu caso

### Outras dificuldades referidas pelos cuidadores

Dos CI da amostra, apenas 4 (13,3%) optaram por acrescentar dificuldades para além das que compunham a escala, sendo que 3 deles referiram mais do que uma dificuldade.

As dificuldades referidas foram: “Provoca-me problemas de saúde”; “Ver a decadência física e mental de quem amamos”; “Não tenho vida própria”; “Não tenho vida social”; “Achar que nunca fazemos o suficiente”; “Ter que trabalhar e ser cuidador”; “Não tenho apoio social” (referida por 2 cuidadores); “Não tenho condições habitacionais”.

#### 3.5.1.5 – CAMI – Estratégias de Coping dos Cuidadores Informais

### Lidar com os acontecimentos/ resolução de problemas

Ao observarmos a tabela 35, e fazendo a soma das respostas (BR e AR), podemos verificar que a maioria dos cuidadores informais (no mínimo 53,3%, em Q33), utilizam todas estas estratégias de lidar com os acontecimentos e resolver problemas com pelo menos algum resultado. Destaque para as estratégias que foram selecionadas por 80% ou mais dos CI (10, 13, 15, 17, 18, 29 e 30).

Tabela 35 - Distribuição absoluta e percentual da subescala “lidar com os acontecimentos/resolução de problemas” da escala CAMI (n=30)

	SR		BR		AR		NR		NPF	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q1 - Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo	0	0,0	11	36,7	10	33,3	2	6,7	7	23,3
Q3 – Falar dos meus problemas com alguém em quem confio	0	0,0	8	26,7	14	46,7	0	0,0	8	26,7
Q5 - Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer	0	0,0	7	23,3	10	33,3	4	13,3	9	30,0
Q10 - Procurar obter toda a informação possível acerca do problema	0	0,0	12	40,0	12	40,0	3	10,0	3	10,0
Q13 - Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder	0	0,0	15	50,0	12	40,0	0	0,0	3	10,0
Q14 - Manter a pessoa de quem cuida tão ativa quanto possível	0	0,0	14	46,7	8	26,7	3	10,0	5	16,7
Q15 - Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível	0	0,0	19	63,3	8	26,7	1	3,3	2	6,7
Q17 - Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais	1	3,3	15	50,0	9	30,0	4	13,3	1	3,3
Q18 - Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução	0	0,0	11	36,7	13	43,3	3	10,0	3	10,0
Q23 - Tomar medidas para evitar que os problemas surjam	0	0,0	9	30,0	12	40,0	2	6,7	7	23,3
Q29 - Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido	0	0,0	15	50,0	11	36,7	3	10,0	1	3,3
Q30 - Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte	0	0,0	16	53,3	10	33,3	1	3,3	3	10,0
Q31 - Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes	0	0,0	11	36,7	11	36,7	2	6,7	6	20,0
Q33 - Ser firme com a pessoa de quem cuida e fazer-lhe ver o que espero dela	1	3,3	4	13,3	12	40,0	1	3,3	12	40,0

Legenda: SR – Sem resposta; BR – Faço assim e dá bastante resultado; AR – Faço assim e dá algum resultado; NR – Faço assim, mas não dá resultado; NPF – Não procedo desta forma

### Perceções alternativas sobre a situação

No que diz respeito às perceções alternativas sobre a situação, as duas estratégias utilizadas com resultado por menos CI são a 22 (fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe) e a 8 (cerrar os dentes e continuar). Todas as outras estratégias foram referidas por mais de 50% dos CI como tendo algum resultado. Uma delas, a 12 (Vive um dia de cada vez) foi mesmo considerada útil pela totalidade da

amostra, e as referidas nas questões 9, 11, 20, 24, 25 e 34 foram consideradas úteis por pelo menos 80% dos CI.

Tabela 36 - Distribuição absoluta e percentual da subescala “percepções alternativas sobre a situação” da escala CAMI (n=30)

	SR		BR		AR		NR		NPF	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q6 - Ver o lado cómico da situação	0	0,0	5	16,7	10	33,3	2	6,7	13	43,3
Q7 - Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu	0	0,0	9	30,0	10	33,3	7	23,3	4	13,3
Q8 - Cerrar os dentes e continuar	0	0,0	1	3,3	9	30,0	5	16,7	15	50,0
Q9 - Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido	0	0,0	11	36,7	13	43,3	4	13,3	2	6,7
Q11 - Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está	1	3,3	16	53,3	12	40,0	0	0,0	1	3,3
Q12 - Viver um dia de cada vez	0	0,0	19	63,3	11	36,7	0	0,0	0	0,0
Q16 - Pensar que a situação está melhor do que antes	0	0,0	7	23,3	11	36,7	3	10,0	9	30,0
Q20 - Aceitar a situação tal como ela é	0	0,0	17	56,7	10	33,3	1	3,3	2	6,7
Q22 - Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe	0	0,0	1	3,3	4	13,3	3	10,0	22	73,3
Q24 - Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas	0	0,0	13	43,3	12	40,0	1	3,3	4	13,3
Q25 - Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação	0	0,0	15	50,0	11	36,7	2	6,7	2	6,7
Q26 - Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento	0	0,0	9	30,0	10	33,3	2	6,7	9	30,0
Q27 - Manter dominados os meus sentimentos e emoções	0	0,0	6	20,0	12	40,0	5	16,7	7	23,3
Q32 - Procurar ver o que há de positivo em cada situação	1	3,3	9	30,0	11	36,7	5	16,7	4	13,3
Q34 - Pensar que ninguém tem culpa da situação	0	0,0	10	33,3	15	50,0	3	10,0	2	6,7

Legenda: SR – Sem resposta; BR – Faço assim e dá bastante resultado; AR – Faço assim e dá algum resultado; NR – Faço assim, mas não dá resultado; NPF – Não procedo desta forma

### Lidar com sintomas de stress

As estratégias utilizadas pela maioria (pelo menos 53,3%) dos CI com resultado foram as referidas nas questões 4, 19, 21, 35 e 38, com destaque para esta última, utilizada com resultados por 83,3% dos inquiridos. No sentido inverso, as estratégias menos

utilizadas com resultado pelos CI foram as referidas nas questões 2, 28 (apenas 16,7% dos CI). Apenas 20% consideram resultar reunir com outros, 10% reúnem e não resulta.

Tabela 37 - Distribuição absoluta e percentual da subescala “lidar com sintomas de stress” da escala CAMI (n=30)

	SR		BR		AR		NR		NPF	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Q2 - Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante	0	0,0	1	3,3	4	13,3	6	20,0	19	63,3
Q4 - Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)	0	0,0	10	33,3	10	33,3	1	3,3	9	30,0
Q19 - Chorar um bocado	0	0,0	11	36,7	10	33,3	3	10,0	6	20,0
Q21 - Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante	0	0,0	10	33,3	12	40,0	2	6,7	6	20,0
Q28 - Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género	0	0,0	0	0,0	5	16,7	2	6,7	23	76,7
Q35 - Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico	0	0,0	6	20,0	10	33,3	0	0,0	14	46,7
Q36 - Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes	1	3,3	2	6,7	4	13,3	3	10,0	20	66,7
Q37 - Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras	1	3,3	5	17,0	6	20,0	1	3,3	17	56,7
Q38 - Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa	0	0,0	11	36,7	14	46,7	1	3,3	4	13,3

Legenda: SR – Sem resposta; BR – Faço assim e dá bastante resultado; AR – Faço assim e dá algum resultado; NR – Faço assim, mas não dá resultado; NPF – Não procedo desta forma

### Outras maneiras de enfrentar as dificuldades

Neste espaço destinado à referência de outras formas para enfrentar as dificuldades, 6 cuidadores acrescentaram outras estratégias que utilizam. Foram elas: “Adotar uma atitude diferente para cada situação”; “Lembrar-me que a pessoa é o mais importante da nossa vida”; “Pensar que um dia posso ser eu a estar nesta situação”; “Ir ao quintal”; “Ler e rezar”; “Escrever poesia e publicar um livro”.

### 3.5.2 – Análise correlacional

Um dos objetivos do estudo era verificar a existência ou não de relação estatisticamente significativa entre a sobrecarga do cuidador (avaliada pela ESC) e algumas variáveis selecionadas. Optou-se também por estudar a relação entre o Score Global de ESC e de CADI, bem como a relação entre cada um dos seus fatores, à semelhança de Sequeira (2018).

Para este estudo, primeiramente foram avaliados os pressupostos à realização de testes paramétricos, nomeadamente, a normalidade dos dados e a homogeneidade de variâncias. Para isso foram testados os pressupostos através do teste de Shapiro-Wilk (teste de normalidade), teste de Levéne (teste de homogeneidade de variâncias). Desta forma, foram escolhidos os testes não paramétricos para a análise dos dados, uma vez que os dados não cumpriam os requisitos para a utilização de testes paramétricos. (Razali e Yap, 2011; Nordstokke et al., 2010).

Optou-se assim, pela utilização da correlação de Spearman e do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para a avaliação das diferenças entre os níveis das variáveis em análise. A escolaridade e o tempo despendido no cuidar foi transformado em variáveis categóricas ordinais a fim de efetuar a correlação de Spearman.

Os resultados obtidos, espelhados na tabela 38, indicam que a relação entre as variáveis não é estatisticamente significativa, pelo facto de o nível de significância (p) obtido ser superior a 0,05 em todos os casos. Merce, no entanto, referência, a relação da pontuação global de ESC com o “Tempo diário despendido no cuidar”, que apresentou uma correlação de 0,298 com  $p=0,110$ .

Tabela 38 - Estudo das correlações entre ESC global e as variáveis

	<b>Correlação ESC Global (r)</b>	<b>p</b>
Idade do Cuidador	0.220	$p = 0,243$
Escolaridade do cuidador	-0.081	$p = 0,672$
Tempo diário despendido no cuidar	0.298	$p = 0,110$
Rendimentos do utente dependente	0.066	$p = 0,732$
Perceção da qualidade do apoio que recebe por parte dos profissionais de saúde; (Escala tipo likert)	-0.156	$p = 0,410$
Dependência do utente - Índice de Barthel (Score Global)	-0,193	$p = 0,308$

As diferenças das médias entre categorias, encontradas pela realização do teste de Kruskal-Wallis encontram-se espelhadas nas figuras abaixo.

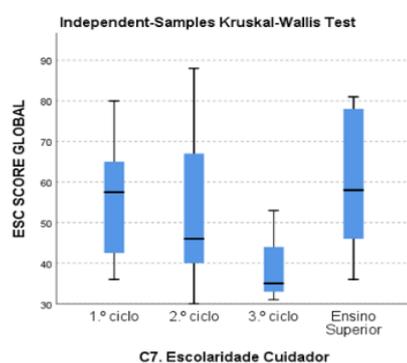


Figura 18 - Teste de Kruskal-Wallis para relação entre ESC Global e Escolaridade do Cuidador

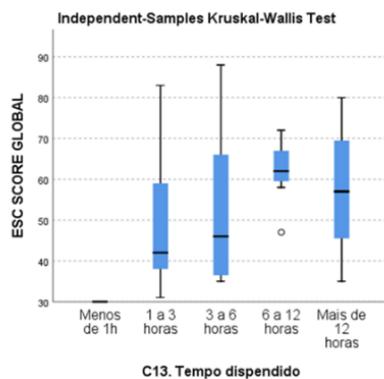


Figura 19 - Teste de Kruskal-Wallis para relação entre ESC Global e Tempo Despendido no Cuidar.

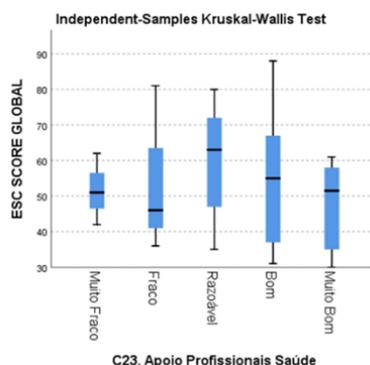


Figura 20 - Teste de Kruskal-Wallis para relação entre ESC Global e Percepção do Apoio por parte dos Profissionais de Saúde.

Quanto à correlação entre ESC e CADI, pela análise do Quadro 2, podemos verificar que:

- ESC Global apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ) com o CADI Global;
- Todos os fatores de CADI apresentam uma elevada correlação positiva com ESC global ( $p < 0.001$  à exceção do apoio familiar que tem  $p < 0.01$ ), em que os valores de  $r$  variam entre 0,512 e 0,886;
- O fator de sobrecarga “percepção da auto-eficácia” não apresenta qualquer correlação com nenhum dos fatores de CADI, nem com CADI global;
- Todos os outros itens de ESC apresentam uma correlação positiva com a maioria dos fatores de CADI (valores de  $r$  que variam entre 0,379 e 0,824), à exceção da “relação interpessoal” com “apoio familiar”, e “expectativas com o cuidar” com “restrições sociais” e “apoio profissional”.

Tabela 39- Estudo das correlações entre o ESC e o CADI

Items - ESC	CADI – fatores						CADI (r)
	PR (r)	RS (r)	EC (r)	RC (r)	AF (r)	AP (r)	
Impacto da Prestação de Cuidados	0,571***	0,809***	0,824***	0,800***	0,512**	0,533**	0,891***
Relação Interpessoal	,678***	,636***	,716***	,714***	0,284	,570**	0,806***
Expectativas com o cuidar	,379*	0,338	,517**	,411*	,460*	0,290	0,493**
Perceção de Autoeficácia	0,083	-0,022	0,074	0,186	0,073	0,115	0,161
ESC Global	0,637***	0,744***	0,826***	0,799***	0,512**	0,552***	0,886***

\*  $p < 0.05$     \*\*  $p < 0.01$     \*\*\*  $p < 0.001$

Legenda: PR – Problemas relacionais; RS – Restrições sociais; EC – Exigências do cuidar; RC – Reações ao cuidar; AF – Apoio familiar; AP – Apoio profissional

### 3.5.3 – Discussão dos resultados

Com este capítulo pretende-se em primeiro lugar fazer uma reflexão sobre as limitações e os aspetos positivos de todo o processo do estudo de investigação e de seguida efetuar uma análise dos dados mais relevantes em termos de resultados, comparando-os com os de estudos anteriores sobre o assunto.

Em relação à metodologia adotada para este trabalho, a principal limitação prende-se com o tempo disponível para a colheita de dados, que condicionou de forma muito significativa o tamanho da amostra. Realizar este processo em simultâneo com as atividades inerentes ao estágio não permitiu que houvesse tempo para a obtenção de uma amostra maior. Para tal também contribuiu o facto de ter sido exigido pela CE da UICISA: E, um parecer da CE da ARS para se poder aplicar o questionário aos CI dos utentes acompanhados pela UCC, o que conduziu a uma maior dificuldade de chegar a um maior número de CI, recorrendo apenas à “técnica bola de neve”.

A reduzida dimensão da amostra, tal como acontece com o estudo de Brito (2000), limita desde logo a possibilidade de se fazerem generalizações, o que “parece ter acontecido no caso da maioria dos estudos realizados com prestadores de cuidados de familiares idosos” (Nolan et al., 1996, como referido por Brito, 2000 pp. 103-104). Outra

consequência é a maior limitação no uso dos testes de correlação, pelo reduzido número de casos associados a eventuais repetições de respostas iguais em número relativamente elevado.

Por outro lado, Sequeira (2018), contraria esta tendência, tendo uma amostra de 184 cuidadores de idosos, com dependência de causa “física” ou “mental”. No caso do presente estudo, há uma particularidade que distingue a amostra das dos estudos anteriores, que é o facto de os utentes dependentes não serem todos idosos. Foram incluídos no estudo todos os CI de utentes dependentes, independentemente da idade dos segundos.

No entanto, apenas 5 utentes dependentes, 16,7% desta amostra, têm menos de 65 anos e, como veremos de seguida, os resultados globais não diferem significativamente dos estudos mencionados, o que poderá indiciar que ser CI de um familiar dependente tem implicações semelhantes, independentemente da idade do mesmo. No entanto, estudos específicos que estabeleçam essa comparação serão necessários para que se possa tirar alguma conclusão.

Um outro aspeto que constituiu uma dificuldade foi a dimensão do instrumento de colheita de dados. Esse fator pode causar fadiga/enfadamento ao CI durante o preenchimento e limitar a sua colaboração. Em estudos futuros poderá considerar-se eliminar alguns itens da caracterização sociodemográfica menos pertinentes, e utilizar uma versão reduzida de CAMI.

Por outro lado, o facto de ser um instrumento de autopreenchimento acarreta o risco de dificuldades na compreensão das questões, tendo esta limitação sido atenuada com a minha presença para esclarecimento de dúvidas nos casos dos CI que manifestaram dificuldades no preenchimento, nomeadamente os mais idosos.

Assim, este processo de contacto direto com os CI, foi uma experiência extremamente enriquecedora, que me permitiu ter uma perspetiva muito realista das dificuldades que enfrentam. Entregar o questionário diretamente no contexto da prestação de cuidados, e ser convidada a conhecer o contexto, levou por um lado, a um maior consumo de tempo, mas por outro, a uma experiência muito mais enriquecedora que permitiu ter uma visão que vai muito além do que ficou espelhado nos dados do questionário. Por outro lado, penso que também foi vantajoso para os CI, na medida em que lhes permitiu esclarecer algumas dúvidas relativas à prestação de cuidados, a recursos disponíveis,

entre outros. Neste caso, a minha experiência em contexto de cuidados de saúde na comunidade foi uma mais-valia preponderante.

Relativamente aos dados sociodemográficos, começo por comparar a média de idades dos utentes dependentes, que no caso deste estudo foi de 75 anos ( $\pm 19,23$ ), naturalmente inferior aos estudos anteriormente referidos por incluir dependentes não idosos. No estudo de Brito (2000), a média de idade dos dependentes foi de 78.8 anos ( $\pm 8,37$ ).

Continuando na caracterização dos dependentes, verifica-se que 60% eram mulheres, na sua maioria viúvas(os) (43,3%), tendo sido as demências responsáveis pela dependência de 26,6% e os AVC por 20%. No caso do estudo de Brito (2000) as demências tinham também um peso importante, sendo a diabetes prevalente (29,2%), o que não acontece com a amostra do presente estudo. De referir que 66,7% dos utentes apresentam uma dependência total e 16,7% uma dependência grave. No entanto verificou-se que apenas 33,4% referiram receber complemento por dependência. Embora o questionário não tenha abordado os motivos pelo qual este rendimento não é auferido, o facto de ter sido entregue o folheto informativo sobre o Estatuto do Cuidador Informal, acompanhado de uma breve explicação, permitiu-me verificar que os CI que não auferiam este complemento, desconheciam totalmente que este existia e que tinham direito a ele. Este aspeto é revelador da necessidade que esta população tem de ser informada dos seus direitos. Essa informação constitui um contributo crucial na diminuição da sobrecarga, visto que o item da ESC “não dispor economias suficientes para cuidar do familiar” representou um contributo importante na sobrecarga dos CI desta amostra, tendo sido o 4.º item da escala com maior média nas respostas (2,83). Ainda em relação aos rendimentos do utente dependente a destacar que 73,3% auferem menos de 500 euros mensais.

No que diz respeito à caracterização da amostra de CI, podemos verificar que têm uma idade média de 60,57 anos, muito semelhante à média da amostra do projeto CUIDIN, e superior à encontrada por Brito (2000). Esta diferença poderá querer dizer que à semelhança da população em geral, também os CI são cada vez mais idosos. Poderá também ser explicado pelo elevado índice de envelhecimento do concelho de Cantanhede.

Sem surpresa, a esmagadora maioria são mulheres (93%), 43,3% acumulam a prestação de cuidados com atividade profissional, 40% têm apenas o primeiro ciclo, e 86,7% são casados, em linha com todos os estudos analisados. Cuidam maioritariamente de pais (43,3%) e cônjuges/companheiros (26,7%), tal como acontece com as amostras de Brito (2000), Sequeira (2018) e CUIDIN (2022), sendo o grau de parentesco o motivo que levou 50% dos CI a assumirem este papel. De referir ainda, que 30% deles referem que o fizeram por ausência de alternativa.

No que diz respeito à Sobrecarga dos CI, a maioria da amostra apresenta algum nível de sobrecarga (47% - intensa e 20% - ligeira), números semelhantes ao estudo de Sequeira (2010), (54,9% - intensa e 20,7% - ligeira). Também no que diz respeito aos itens de ESC que apresentam maior média, o presente estudo se assemelha a Sequeira (2010), com os itens 8 “considera que o seu familiar está dependente de si”, 14 “acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com que ele pudesse contar” e 7 “tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar” a assumirem o maior destaque.

Relativamente ao objetivo de correlacionar a Sobrecarga dos CI com algumas das variáveis em estudo, pode verificar-se que a correlação entre a pontuação global de ESC e idade do CI, escolaridade do CI, tempo diário despendido no cuidar, perceção da qualidade do apoio que recebe dos profissionais de saúde e, dependência do utente avaliada pelo Índice de Barthel, não é estatisticamente significativa, pelo facto de o nível de significância (p) ser superior a 0,05 em todos os casos.

Estes dados revelam que com este estudo não foi possível inferir qualquer relação entre estas variáveis, o que pode ser explicado, em parte, pelo tamanho reduzido da amostra ou efetivamente essa relação não existe.

O tempo despendido a cuidar dos utentes dividiu-se de forma muito equilibrada com apenas 23,3% dos CI a cuidarem mais de 12 horas por dia, enquanto no estudo de Sequeira (2010) esta percentagem foi de 46,7%. No entanto, podemos verificar uma grande semelhança entre os níveis de sobrecarga dos dois estudos.

Por outro lado, a maioria dos CI (83,4%) têm apoio formal ou informal na prestação de cuidados, ao contrário do que foi encontrado no estudo de Brito (2000), no qual apenas 31,7% dos CI referiram ter ajuda regular na prestação de cuidados. A diferença encontrada entre os dois estudos, poderá ter diversas explicações hipotéticas. Uma

delas poderá ser a existência de uma resposta social bastante alargada no concelho de Cantanhede, como se pode verificar no capítulo da caracterização do ambiente de cuidados. A outra poderá ser as diferenças entre os meios nos quais os estudos foram realizados, Brito (2000) num ambiente mais urbano e o presente estudo num ambiente maioritariamente rural, no entanto outros estudos na área seriam necessários, para se poder estabelecer a comparação do apoio informal nos dois meios.

Embora não tenha sido encontrada correlação entre a perceção da qualidade de apoio recebido por parte dos profissionais de saúde e a sobrecarga dos CI, não posso deixar de destacar que 50% dos CI o consideram Bom ou Muito Bom, mas é necessário implementar medidas que melhorem a perceção dos 20% de CI que o consideram fraco ou muito fraco. Em linha com esta questão, 70% os CI manifestaram a utilidade de uma linha telefónica de apoio e 66,7% de apoio através de visita domiciliária.

Numa questão de resposta aberta, onde foram convidados a referir as principais dificuldades e necessidades sentidas, os CI manifestaram como principais dificuldades, a execução de determinadas técnicas de cuidar sem ajuda, referida por 50% dos CI da amostra e a falta de tempo para si próprio, família e alteração das rotinas de vida diária, referida por 23,3% dos CI. Quanto às principais necessidades, 36,7% dos CI referiram sentir necessidade de cuidados de saúde ao domicílio e 13,3% sentem necessidade de maior facilidade de acesso aos técnicos de saúde e 13,3% necessidade de apoio técnico pelo telefone.

Quanto a CADI, a categoria “exigências do cuidar” é a que tem maior expressão na amostra em estudo, com mais de 50% dos CI a responderem “perturba-me muito” ou causa-me alguma perturbação” a todas as questões à exceção da relacionada com a incontinência, uma vez que 43,3% dos utentes serão continentes de esfíncteres. Nesta categoria, especial destaque para o item “a minha saúde ficou abalada” que 63,3% dos CI revelaram perturbador. As restantes foram: “A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar”; “deixa-me muito cansado fisicamente”; “necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais”; “anda a dormir pior”; “está a transformar-me os nervos”.

Quanto às restantes categorias as questões que foram referidas por mais de 50% dos CI como perturbadoras foram: “esta situação faz-me sentir irritado”; “não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias”; “a qualidade da minha vida piorou”;

“Não estou com os meus amigos tanto como gostaria” e “não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e sociais”.

Este estudo pretendia também analisar as estratégias de coping mais utilizadas pelos prestadores cuidados, com eficácia, com o objetivo de capacitar outros cuidadores no sentido de as adotarem. Neste sentido, verificou-se que de um modo geral a maioria dos cuidadores utilizam muitas das estratégias sugeridas por CAMI, destacando-se as que mais de 50% dos CI selecionaram a opção “Faço assim e dá bastante resultado”. Foram elas: “Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder”; Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível”; “Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido”; “Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte”; “Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está”; “Viver um dia de cada vez”; “Aceitar a situação tal como ela é”; “Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação”. Estas estratégias poderão constituir uma boa base de trabalho futuro na capacitação de grupos de cuidadores informais, no sentido de adotarem estratégias de coping eficazes.

Quanto ao estudo da correlação entre ESC e CADI, em termos de scores globais e também dos diversos fatores, verificaram-se correlações muito semelhantes às encontradas por Sequeira (2018). Concretamente uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a sobrecarga (ESC global) e as dificuldades dos CI (CADI global). Para além disso, destaca-se também a correlação positiva entre o item de ESC “impacto da prestação de cuidados” e CADI global. A diferir de Sequeira (2018), verificou-se a ausência de correlação entre a “perceção da auto-eficácia” e qualquer um dos fatores de CADI, o que significa que as dificuldades dos cuidadores da presente amostra não se relacionam com a auto-avaliação que eles fazem do seu desempenho enquanto cuidadores.

#### **3.5.4 – Principais conclusões do estudo**

Os utentes dependentes da amostra apresentam uma média de idades de 75 anos ( $\pm 19,23$ ), sendo 60% do género feminino, na sua maioria viúvas (43,3%), tendo sido as demências responsáveis por 26,6% das dependências e os AVC's por 20%. Quanto ao nível de dependência avaliado pelo Índice de Barthel, 66,7% dos utentes apresentam uma dependência total e 16,7% uma dependência grave. Apenas 33,4% referiram receber complemento por dependência, e 73,3% auferem menos de 500 euros por mês.

Quanto à amostra de cuidadores informais, constatou-se uma idade média de 60,57 anos, ( $\pm 12,82$ ), 93% são mulheres e 43,3% acumulam a prestação de cuidados com atividade profissional. A nível de escolaridade, 40% têm apenas o primeiro ciclo, prevalecendo o estado civil “casado” (86,7%). 43,3% dos CI da amostra cuidam de pais e 26,7% de cônjuges/companheiros. 83,4% dos CI tem apoio formal ou informal para a prestação de cuidados, e 20% classificam o apoio recebido por parte dos profissionais de saúde como “fraco” ou “muito fraco”. 70% consideram útil ter apoio através de uma linha telefónica e, 66,7% através de visita domiciliária.

Quanto à avaliação da sobrecarga recorrendo à ESC, 67% dos CI apresentam sobrecarga, sendo ela intensa em 47% e ligeira em 20%.

Da avaliação das dificuldades por CADI, a categoria com maior expressão foi a “exigências do cuidar”, com especial destaque para o item “a minha saúde ficou abalada”, o qual 63,3% dos CI revelaram como perturbador.

Quanto às estratégias de coping mais utilizadas pelos CI, obtidas pela aplicação de CAMI, destaque para as 3 que mais CI referiram dar bom resultado: “viver um dia de cada vez” e “modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível” (63,3%); “aceitar a situação tal como ela é” (56,7%).

Não foi encontrada correlação entre as variáveis em estudo, dentro do nível de significância aceitável, mas foi encontrada correlação positiva estatisticamente significativa entre a sobrecarga (ESC global) e as dificuldades dos CI (CADI global). Destaca-se ainda a correlação positiva entre o item de ESC “impacto da prestação de cuidados” e CADI global.

Estes resultados evidenciam a necessidade de apoio a este grupo vulnerável por parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, comprovando a utilidade e importância do projeto de intervenção desenhado, que vai de encontro às necessidades e expectativas manifestadas pelos CI informais neste estudo de investigação. Ficou clara também a necessidade de informar estes cuidadores dos seus direitos e de capacitar para a obtenção dos mesmos, assim como para a utilização de estratégias de coping que contribuam para a diminuição da sua sobrecarga.

## **4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS – REFLEXÃO CRÍTICA**

Ao longo deste estágio que decorreu na Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Cantanhede, tive oportunidade de desenvolver uma multiplicidade de atividades que me permitiram adquirir um conjunto de competências de Enfermeira Especialista. Refiro-me a competências comuns, definidas pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE, publicado em Diário da República (DR) n.º 26 de 6 de fevereiro, e competências específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, definidas pelo Regulamento n.º 428 de 2018 da OE, publicado em DR n.º 135 de 16 de julho. Segue-se uma reflexão dessas atividades e a sua interligação com as competências adquiridas.

### **4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

As competências especializadas, pressupõem o aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, e a certificação das mesmas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos vários níveis de prevenção (OE, 2019).

Segue-se uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas, que permitiram desenvolver cada uma dessas competências.

#### **4.1.1 - Responsabilidade profissional, ética e legal**

Desenvolvi a minha responsabilidade profissional, ética e legal, a capacidade de agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional durante este estágio, pois o facto de estar a desempenhar funções especializadas levou a um aprofundamento dos conhecimentos nestas matérias. Cada uma das atividades desenvolvidas, foi sustentada em normas e procedimentos e a preocupação com os princípios éticos foi uma constante. Destaco como exemplo, o desenvolvimento do Plano de Saúde Individual (PSI) de uma criança com epilepsia a frequentar uma escola da área de intervenção da USP Aveiro, seguindo as orientações do PNSE, tendo a preocupação com o cumprimento de todas as normas legais e princípios éticos, respeitando a privacidade e individualidade da criança, e promovendo um ambiente

seguro na escola através da preparação dos seus profissionais para agir numa situação de crise.

Destaco também todo o processo de planeamento e execução do estudo de investigação, que foi desenhado com base em todas as normas legais e princípios éticos e deontológicos, e submetido à apreciação da comissão de ética da UICISA-E. Quer no processo de colheita de dados, quer no tratamento dos dados, esses princípios foram sempre respeitados.

A participação na campanha de vacinação Covid/Gripe, nas ERPI, exigiu um conhecimento aprofundado dos princípios éticos e deontológicos, a fim de respeitar a individualidade de cada utente e aquilo que são os seus desejos.

#### **4.1.2 – Melhoria contínua da qualidade**

Todo o processo de vacinação nas ERPI, seguiu uma sequência de atividades que foram previamente definidas num procedimento de qualidade elaborado pela equipa da USP. Numa lógica de melhoria contínua da qualidade, este procedimento foi sujeito a uma auditoria interna, em que os enfermeiros da USP avaliaram a forma como o procedimento foi aplicado nas outras equipas locais da USP. Tive oportunidade de participar nestas auditorias, o que também contribuiu para o desenvolvimento desta competência.

Neste âmbito integram-se também; o planeamento do projeto de intervenção, como projeto de melhoria contínua e de uma prática de qualidade; as sessões de capacitação desenvolvidas e ainda todas as atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados, onde procurei criar sempre um ambiente terapêutico seguro.

#### **4.1.3 – Gestão dos Cuidados**

O planeamento da vacinação nas ERPI, permitiu desenvolver esta competência, pois ao ser executado pela equipa de saúde pública em articulação com a equipa responsável pela vacinação nas ERPI, permitiu otimizar a resposta dos serviços e atingir um elevado nível de eficiência, cumprindo assim os prazos preconizados para esta campanha de Vacinação Sazonal Outono/Inverno 2022-2023, contra a COVID-19 e simultaneamente gripe sazonal.

O estabelecimento de uma parceria da UCC de Cantanhede com o projeto “Cuidin”, poderá contribuir para uma melhor gestão dos cuidados e uma otimização dos recursos da comunidade, criando sinergias positivas que certamente contribuirão para a obtenção de ganhos em saúde para este grupo vulnerável, que são os CI, que constituem uma resposta social aos crescentes índices de envelhecimento e dependência da população portuguesa em geral e do concelho de Cantanhede em particular. Foi extremamente gratificante, também do ponto de vista pessoal, ter sido parte ativa neste processo.

A execução da ação de formação sobre o estatuto do cuidador informal aos profissionais do Centro de Saúde de Cantanhede, também contribuiu para o desenvolvimento da competência da gestão de cuidados, na medida em que julgo ter contribuído para o aumento do conhecimento dos profissionais sobre esta temática, permitindo assim otimizar a resposta aos CI que acompanham.

O projeto de intervenção desenhado ao longo do estágio (Linha de Apoio ao Cuidador Informal), assenta também nesta lógica de uma gestão mais eficiente dos recursos do Serviço Nacional de Saúde, permitindo evitar deslocações desnecessárias ao serviço de urgência e todos os custos a elas associados.

#### **4.1.4 – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Durante o planeamento quer do projeto de intervenção, quer do estudo de investigação, decorreu todo um processo que envolveu a pesquisa do estado da arte, evidência científica e recomendações existentes na área. Assim, foi possível desenvolver esta competência, baseando a práxis clínica especializada, na evidência científica. No entanto, poder-se-á dizer que esta competência foi transversal a todas as atividades desenvolvidas neste estágio, pois todas se basearam num estudo prévio da evidência disponível. A destacar, o planeamento das sessões de educação para a saúde desenvolvidas.

A participação na campanha de vacinação Covid/Gripe, nas ERPI, outro exemplo que exige o conhecimento aprofundado das normas da DGS. A vacinação nestas instituições, em particular as que têm um número elevado de utentes, é um desafio enorme, que exige um trabalho metódico de planeamento, em equipa e em parceria com os responsáveis das instituições, tendo por base as normas emanadas pela DGS,

não esquecendo as normas legais para o consentimento do utente, ou do seu representante, caso o mesmo não se encontre na posse das suas faculdades mentais.

Na UCC de Cantanhede, uma das atividades que tive oportunidade de concretizar foi o acompanhamento de visitas domiciliárias no âmbito da ECCI. Dada a minha experiência profissional de 12 anos em ECCI, esta atividade foi importante no sentido de estabelecer paralelismo entre duas realidades distintas, a do contexto da minha prática profissional até 2019 (ECCI da Pontinha), que se desenvolveu numa área maioritariamente urbana na região metropolitana de Lisboa, com uma dispersão geográfica pequena, comparativamente com a área de intervenção da ECCI de Cantanhede. Para além desta diferença, essencialmente geográfica, existem muitos pontos em comum, nomeadamente os que são relativos às necessidades de cuidados dos utentes e dos seus cuidadores (tratamento de feridas e úlceras por pressão, cuidados de reabilitação, gestão do regime terapêutico, ensinios ao cuidador, ações paliativas).

A elaboração do instrumento de colheita de dados e os pedidos de autorização de utilização das escalas foram também excelentes processos de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Foi necessária uma pesquisa exaustiva dos instrumentos existentes e uma seleção dos mesmos de acordo com os objetivos delineados para a investigação.

#### 4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Tal como nas competências comuns, o enquadramento regulador das competências específicas, visa comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos profissionais especializados.

Ambas as unidades de saúde onde tive oportunidade de desenvolver este estágio, foram extremamente ricas em atividades que me permitiram desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista. Assim, de acordo com cada uma, descrevem-se as atividades desenvolvidas.

#### **4.2.1 – Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**

Tendo o estágio decorrido durante o planejamento e operacionalização da campanha de vacinação contra a covid-19, esta não poderia ter deixado de ser uma atividade desenvolvida na USP. Partindo das normas em vigor, colaborei no planejamento e implementação da campanha de vacinação nas ERPI, bem como aos sem abrigo e Centros de Acolhimento temporário (CAT). Após os responsáveis pelas instituições de acolhimento terem fornecido as listas dos seus utentes, foram verificados os seus processos a fim de efetuar um levantamento dos que se encontravam elegíveis para a vacinação, de acordo com as normas e orientações em vigor. Para além deste aspeto, foi necessário ter em conta que, decorrendo a campanha de vacinação da gripe sazonal em simultâneo, e havendo uma especificação para utentes com mais de 60 anos integrados em ERPI, era necessário que esse planejamento tivesse em conta também esta especificação. Todo este processo de planejamento, com avaliação prévia do estado de saúde da comunidade a vacinar (presença de surtos, ou outras comorbilidades que fossem impeditivas da inoculação das vacinas), contribuiu muito para o desenvolvimento desta competência.

Também os processos, que antecedem a vacinação das crianças com a BCG, têm inerente o desenvolvimento da competência específica acima referida, na medida em que se procede ao diagnóstico de saúde da comunidade, estabelecendo em seguida as prioridades de intervenção, formulando objetivos e estratégias de acordo com as prioridades definidas, seguindo as normas, programas e projetos estabelecidos. O registo das intervenções no processo do utente revela-se de extrema importância, pois permitirá a avaliação da implementação dos programas e das taxas de cobertura vacinal.

O planejamento, quer do projeto de intervenção, quer do estudo de investigação, que tiveram início ainda no decorrer da prática clínica durante o semestre anterior, partiram de uma necessidade identificada pela equipa da UCC e justificada pela evidência científica, diagnóstico epidemiológico, políticas de saúde, bem como normas e orientações do ministério da saúde. A estes aspetos, juntou-se o meu interesse na área, que contribuiu também para o meu empenho e satisfação no desenvolvimento deste trabalho.

O projeto de intervenção desenhado para a UCC, pretende também diminuir a sobrecarga dos CI da ECCI, dando resposta ao problema diagnosticado através da avaliação da sobrecarga destes CI e contribuindo para a melhoria deste indicador na UCC de Cantanhede.

O desenho do estudo de investigação e a sua submissão à comissão de ética e ao conselho clínico do ACES, constituíram um desafio, com alguns reveses e necessidades de ajuste, que no fim constituiu um processo de aprendizagem maior. O facto de, por exigências de ordem ética, ter sido necessário recorrer à técnica de bola de neve para recrutamento de CI para a amostra do estudo, teve como desvantagem a não caracterização específica dos cuidadores da ECCI que são alvo de cuidados desta UCC. O conhecimento aprofundado desta população, poderia ter permitido uma personalização das intervenções, adaptando-as a esta população. No entanto, uma vez que a taxa de ocupação da ECCI (30 vagas), não estava nos 100%, teria sido difícil obter a amostra mínima que tinha sido definida no desenho do estudo de investigação.

Para além disso, pode dizer-se que o facto de a amostra ter sido seleccionada com recurso à estratégia de bola de neve, permitiu uma maior diversificação da mesma, que contemplou cuidadores que não tinham qualquer apoio de equipas de saúde, permitindo de alguma forma perceber o impacto que esse apoio tem nos CI.

O processo de colheita de dados foi sem dúvida um momento de aprendizagem extraordinário. Optei por entregar o questionário aos cuidadores, juntamente com um envelope onde pudessem colocá-lo após responderem, e socorri-me da ajuda de familiares para os cuidadores mais idosos. Disponibilizei sempre a minha ajuda para o caso de existirem dúvidas e, na maioria dos casos recolhi os questionários, dias mais tarde, já dentro do envelope. No entanto, alguns CI não dispunham de qualquer ajuda para o preenchimento e preferiram ter-me por perto para o esclarecimento das suas dúvidas. Nestas situações foi criado um momento de partilha único, no qual estes cuidadores expressaram as suas dificuldades e angústias e se sentiram compreendidos no seu papel. Senti que estes foram momentos benéficos para estas pessoas. Foi sem dúvida uma experiência muito gratificante que me permitiu fazer um diagnóstico de saúde de uma amostra deste grupo vulnerável, que são os CI, seguindo uma metodologia de planeamento em saúde.

Durante a caracterização do problema e planeamento do projeto de intervenção, tive oportunidade de participar na reunião de apresentação do projeto “Cuidin”, que decorreu na câmara municipal de Cantanhede, na qual foi solicitada a colaboração do ACES, no sentido de criar a figura do enfermeiro de referência para aqueles cuidadores, que fosse o elo de ligação ao projeto. Esse enfermeiro colaboraria também sendo responsável por uma das 6 sessões previstas para cada turma de cuidadores formada.

#### **4.2.2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

No decorrer do estágio na USP Baixo Vouga, e no sentido de dar cumprimento ao PSI elaborado para a menina com epilepsia, foram programadas duas sessões de Educação para a Saúde, cujo plano de sessão e o material de apresentação se encontram em apêndice (Apêndices XI e XII), na escola da criança. Essa programação foi feita em conjunto com a escola e encarregado de educação. Efetuei a preparação das sessões, com a finalidade de capacitar os profissionais da escola para agirem de acordo com o preconizado para as crises convulsivas em geral, e para a situação da menina, em particular.

Estou convicta de que as sessões foram um momento de aprendizagens e partilhas de experiências e angústias por parte dos profissionais da escola, que lhes permitirá agir em segurança e em conformidade com a situação, no caso de a menina ter uma convulsão durante o período letivo. Todos os participantes estiveram muito interessados, esclareceram dúvidas e responderam corretamente às questões finais colocadas para a avaliação da sessão.

Assistiram à primeira sessão 6 assistentes operacionais e a mãe e tia da menina. À segunda sessão assistiram 6 professores e a mãe da menina. Esta articulação entre saúde, família e escola revelou-se uma mais-valia, em que cada elemento deu o seu melhor contributo para que a escola se torne num local que promova uma experiência positiva e enriquecedora para a menina, independentemente da sua necessidade de saúde especial. O planeamento, execução e avaliação destas sessões, permitiu o desenvolvimento desta competência.

Durante o planeamento da fase de colheita de dados do estudo de investigação pensei numa forma de retribuir um pouco da disponibilidade dos CI, no preenchimento do questionário. Um contributo que permitisse aumentar o conhecimento dos CI sobre os seus direitos e que, de alguma forma isso lhe trouxesse alguma vantagem. Assim, e

uma vez que se encontra em desenvolvimento o Estatuto do Cuidador Informal e que, segundo estudos realizados no país, a maioria dos cuidadores o desconhece de todo, decidi desenvolver um folheto informativo sobre este Estatuto (Apêndice X). Este material serviu de base para uma sessão individualizada sobre este e outros direitos do CI, contribuindo assim para a capacitação deste grupo.

No âmbito do PNSE, tive oportunidade de participar, na implementação de algumas sessões do projeto regional “Mais Contigo”, acompanhando duas enfermeiras da UCC de Cantanhede, onde foi trabalhado o tema da auto-estima, através do “jogo dos conjuntos”, onde os jovens eram convidados a dividirem-se por três grupos distintos, conforme se sentissem sempre bem consigo próprios, uns dias bem e outros mal e sempre mal. A maioria dos jovens formou o grupo dos que se sentem bem consigo alguns dias e outros dias não. Foi interessante ouvir a explicação dos estudantes que achavam sentir-se sempre bem consigo próprios, porque acabaram por concluir que também tinham “dias maus”. Por outro lado, os adolescentes que se sentiam sempre mal consigo revelaram aspetos preocupantes que foram trabalhados à posteriori, em atendimentos individuais. Não posso deixar de referir como aspeto negativo deste estágio, o facto de não me terem permitido estar presente em nenhum destes atendimentos individuais no âmbito da saúde escolar. Sendo eu enfermeira, em contexto de estágio de especialidade, regida por um código deontológico e sujeita a confidencialidade, não me faz qualquer sentido que me tenha sido vedada esta oportunidade, pois seria um momento de aprendizagem importante para a futura prática enquanto especialista.

Outra abordagem praticada com os adolescentes, no âmbito deste projeto, foi a do elogio, na qual cada adolescente foi convidado a desenhar a sua mão numa folha de papel, que posteriormente identificou com o seu nome. Essa folha circulou pelos colegas da turma e cada um escreveria uma qualidade do “dono da mão”, dentro do desenho. Foi muito interessante observar a reação dos jovens quando viram o desenho da própria mão, com os elogios dos seus colegas de turma. Todos esboçaram sorrisos e uma grande parte quis partilhar em voz alta os elogios que tinha recebido. Posteriormente os adolescentes foram convidados a escrever em cima de cada dedo da mão, o nome de alguém com quem podem contar quando têm um problema. A maioria identificou familiares (pais, mães, avós, irmãos, primos) e amigos. Houve também adolescentes que identificaram o animal de estimação.

Numa fase da vida em que o predomina não só a autocrítica como a crítica por parte dos pares, uma atividade que dê a entender a estes jovens a importância de dar e receber elogios e a importância da consciencialização de que não estão sozinhos, havendo sempre alguém a quem recorrer e pedir ajuda, quanto a mim contribui muito para o cumprimento do objetivo geral do projeto “Mais Contigo” que é a “promoção da saúde mental e a prevenção dos comportamentos suicidários em meio escolar” (“Mais Contigo”, s.d.)

A UCC, sendo a Unidade Funcional do ACES cuja carteira de serviços, definida pelo despacho n.º 10143/2009, contempla o desenvolvimento de “projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência”, com a concordância do Diretor Executivo do ACES, aceitou o repto do projeto “Cuidin”, ficando uma enfermeira da UCC, como elo de ligação ao mesmo e como responsável pela sessão que ficou adstrita ao enfermeiro. Na sequência desta parceria, tive oportunidade de colaborar na preparação desta sessão e de a ministrar no decorrer do estágio, aprofundando assim esta competência específica.

Tendo-me apercebido de uma grande necessidade dos profissionais da UCC em aprofundar o seu conhecimento sobre o Estatuto do CI, para melhor informarem os seus cuidadores, propus-me preparar uma ação de formação para profissionais sobre o referido estatuto, cujo material de apoio se encontra em apêndice (Apêndices XI e XII). Por proposta da coordenadora da UCC, essa ação foi alargada e divulgada (cartaz de divulgação – apêndice XIII) aos parceiros da comunidade e a todos os profissionais do Centro de Saúde de Cantanhede, e mais tarde foi repetida para os profissionais do SNIPI. A sessão decorreu na sala de reuniões do Centro de Saúde de Cantanhede e os participantes revelaram bastante interesse na temática, sendo participativos e colocando questões. Esta sessão contribuiu de forma muito significativa para o desenvolvimento da competência de capacitação de grupos e comunidades, tendo sido um desafio realizá-la para profissionais de diversas áreas, desafio esse, que a meu ver foi superado com satisfação. O formulário para avaliação das sessões e o relatório de avaliação encontram-se em apêndice (Apêndices XIV e XV).

### **4.2.3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

No âmbito desta competência específica, concretamente no que diz respeito ao Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, tive oportunidade de participar na realização de provas de tuberculina em crianças referenciadas como ilegíveis para a vacinação contra o BCG de acordo com os critérios estabelecidos na Norma 6/2016 de 29/06/2016 da DGS.

A referida norma, estabelece a estratégia de vacinação contra o BCG, responsável pela tuberculose. Parte do princípio de que atualmente Portugal apresenta baixo risco de infeção por tuberculose, cumprindo os critérios que estão recomendados pela OMS e UNICEF para se adotar uma estratégia de vacinação de grupos de risco. Neste sentido, recomenda a vacinação com BCG a crianças com idade inferior a 6 anos, sem registo de BCG/ sem cicatriz vacinal pertencentes a grupos de risco.

A partir dos 12 meses de idade há indicação para realização de prova de tuberculina ou de Interferon Gamma Releasase Assay (IGRA) antes da vacinação com BCG. O IGRA, consiste num ensaio de deteção de interferon gama em amostras de sangue.

Se houver antecedentes de contacto com caso de tuberculose ativa (possível ou confirmada), ou outras circunstâncias que levem a suspeitar que a criança teve ou tem uma probabilidade elevada de ter contraído infeção, deve ser submetida a rastreio em articulação com o Programa Nacional para a Tuberculose (PNT). Após prova de tuberculina/IGRA negativo a BCG pode ser administrada nos 3 meses seguintes.

Tive oportunidade de colaborar na consulta de enfermagem de realização das provas de tuberculina, a crianças entre 1 e os 6 anos, referenciadas pelas respetivas unidades de saúde, como estando elegíveis para a vacina do BCG. Foi o meu primeiro contacto com esta técnica na minha prática profissional. Tratando-se de uma técnica bastante minuciosa, que exige perícia, é extremamente importante a colaboração quer do adulto que acompanha a criança, quer de outro profissional para imobilizar o braço da criança a fim de que a técnica seja corretamente executada.

Outro aspeto muito importante são os ensinamentos a realizar aos pais, sobre os cuidados a ter com o local da prova, no sentido de não haver enviesamento na leitura. Leitura essa que foi feita 72 horas depois, tal como recomendado.

A equipa da USP permitiu o meu envolvimento em todas as atividades em curso durante o meu estágio, mas de uma forma muito particular, foi-me permitido, planear e desenvolver um PSI (Apêndice VII) para uma menina com diagnóstico de epilepsia que frequenta uma das escolas da área de intervenção da USP, bem como planear e desenvolver uma sessão de educação para a saúde sobre a temática, para a comunidade educativa. Após referenciação, por parte de uma escola da área de intervenção da USP, de uma menina de 10 anos com epilepsia refratária, e de acordo com a informação que foi enviada pela escola, procedi, com a orientação da enfermeira tutora, à elaboração do PSI. Posteriormente, foi agendada uma reunião na escola, com a Diretora de Turma e a mãe da menina. Tive oportunidade de estar presente e colaborar na condução dessa reunião, onde foi abordado o PSI de forma criteriosa e pormenorizada. O documento pré-elaborado foi ajustado no momento com os contributos das três partes envolvidas (escola, saúde e família), sendo posteriormente impresso e assinado por todos. Este será um instrumento de trabalho que ficará na escola, servindo de guia e de esclarecedor de dúvidas na forma de atuação para com a menina. Também a acompanhará numa eventual ida ao serviço de urgência, para que os profissionais que lhe prestem cuidados tenham conhecimento da sua situação clínica e do papel da escola neste processo.

A realização desta atividade permitiu-me desenvolver esta competência específica, dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Escolar, concretamente ao objetivo de “promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as” (PNSE, 2015).

Tive ainda oportunidade de participar em atividades, relacionadas com um projeto da Universidade de Aveiro, denominado “Levantar a Pedra para Construir Pontes”, desenvolvido no âmbito do projeto nacional “Bairros Saudáveis” e no qual a Unidade de Saúde Pública é parceira.

O Programa Bairros Saudáveis é um programa público, de natureza participativa, para melhoria das condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida em territórios vulneráveis. É um programa de pequenas intervenções, através do apoio a projetos apresentados por associações, coletividades, organizações não governamentais, movimentos cívicos e organizações de moradores, em articulação com as autarquias, as autoridades de saúde ou demais entidades públicas (Bairros Saudáveis, s.d.).

O projeto “Levantar a pedra para construir pontes” tem como objetivo “atenuar o impacto das desvantagens, perdas e percepção de vulnerabilidade e isolamento social das crianças e jovens ciganos, residentes no Bairro dos Ervideiros, Esgueira, Aveiro, agravados pelas circunstâncias de crise sanitária e económica. Pretende constituir as próprias crianças e adolescentes, como agentes sociais informados e competentes tecnologicamente, para identificar, documentar, analisar barreiras físicas, materiais, psicossociais, socioculturais e de informação que as afastam dos seus pares e confinam a um território isolado e ambientalmente degradado, que é preciso melhorar” (Bairros Saudáveis, s.d.).

A USP participa neste projeto como parceira e, para além da colaboração na resolução de problemas de higiene e segurança, como a existência de uma lixeira nas imediações do bairro, promove ações de capacitação no âmbito da saúde, nas quais tive oportunidade de participar.

A convite da EB2,3 João Afonso de Aveiro, fui juntamente com a enfermeira orientadora, júri de um concurso de mesas de pequeno-almoço saudável entre turmas do 6.º ano desta escola. Posso dizer que tive uma agradável surpresa com o grau de envolvimento e entusiasmo que os alunos demonstraram nesta atividade.

Todas as mesas estavam com uma excelente apresentação, sem alimentos não saudáveis, na sua maioria completas, com alimentos dos 3 grupos da roda dos alimentos preconizados para o Pequeno-almoço (laticínios, cereais e fruta) de acordo com as orientações da DGS (2020). Esta atividade, contribuiu para o cumprimento do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Na UCC de Cantanhede, a minha articulação com o projeto “Cuidin”, permitiu ajudar a estabelecer uma parceria entre o projeto e a UCC, contribuindo assim para o desenvolvimento desta competência, concretamente no que diz respeito à elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade.

No âmbito do projeto do Serviço Municipal de Proteção Civil, “Sinistralidade Rodoviária - Pensar a prevenção”, em parceria com a GNR e UCC de Cantanhede, foram desenvolvidas ao longo do ano letivo 2022/2023 ações de sensibilização nas escolas do primeiro ciclo do concelho de Cantanhede sobre o uso correto dos sistemas de retenção nas crianças. O público-alvo foram os alunos do quarto ano. Tive oportunidade

de participar em duas destas ações. Estarmos presentes juntamente com elementos da GNR e da Proteção civil no momento da entrega das crianças na escola, inicialmente deixava os pais um pouco apreensivos, mas após a explicação do objetivo da ação, a sua maioria mostrou-se recetivo. Foram sensibilizados e lembrados os pais e as crianças para os cuidados a ter e entregue um folheto informativo sobre o tema. Posteriormente, em sala de aula foi ministrada uma sessão de sensibilização sobre o tema por profissionais do Centro de Saúde em parceria com a Proteção Civil. Segundo o PNSE (2015) os acidentes representam um enorme peso na mortalidade, morbidade e incapacidade e contribuem para muitos anos de vida saudável perdidos, sendo os acidentes de viação os mais frequentes no espaço peri-escolar. De acordo com dados do INE, referentes ao ano de 2020, na região centro, a Taxa de Mortalidade por Acidentes Rodoviários na faixa etária dos 5 aos 14 anos foi de 1,6 por 100 000 habitantes, superior à média nacional que foi de 1, o que demonstra a importância destas ações de sensibilização junto dos pais (INE, 2022).

Ao longo destas semanas tive também oportunidade de ir acompanhar as Enfermeiras de Saúde Mental e as Enfermeiras de Reabilitação, em atividades do Projeto de Intervenção Combinada Reminiscência e Exercício Físico, que está em desenvolvimento num centro de dia da área de abrangência da UCC. Trata-se de um projeto desenvolvido na ESEnfC, destinado à população idosa portuguesa, com declínio cognitivo em contexto institucional, e contempla um programa completo constituído por um programa principal de 14 sessões, com a duração de 7 semanas e um programa de manutenção de 7 sessões com a duração de outras sete semanas. A implementação de programas de terapia da reminiscência tem como objetivos: a diminuição da desorientação, aumento dos níveis de bem-estar, diminuição da depressão e melhoria da função cognitiva (Gil, I. et.al., 2019). Na sessão conduzida pelas enfermeiras de Saúde mental, foram apeladas as memórias do dia do casamento, em que as enfermeiras iam fazendo perguntas sobre o dia do casamento de cada um dos presentes, fazendo-os reviver memórias aos quais a maioria deles atribuem significado positivo. Os idosos demonstraram muita satisfação com a partilha das suas memórias e houve muitos sorrisos e conversas divertidas, e é muito interessante verificar como estas memórias agradáveis da vida das pessoas estão presentes com grande detalhe mesmo quando já existem processos demenciais ativos. A sessão desenvolvida pela enfermeira de reabilitação teve como objetivo a realização de exercícios de

fortalecimento muscular e amplitude articular, tendo os idosos participado com bastante satisfação. Este tipo de projetos, num concelho tão envelhecido como o de Cantanhede assumem uma importância enorme, pois pretende contribuir para um envelhecimento ativo e saudável, atrasando de alguma forma a evolução das demências e prevenindo as quedas e a imobilidade, com todas as consequências e custos a elas associados.

#### **4.2.4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

O planeamento que antecedeu a operacionalização da campanha de vacinação nas ERPI e CAT, com a avaliação prévia do estado de saúde da comunidade, como já anteriormente descrito, contribuiu também para o desenvolvimento desta competência. Assim como todo o processo de vigilância epidemiológica que antecede a vacinação contra o BCG.

Ainda na área da vacinação, destaco a minha participação na vacinação de utentes de risco para a Monkeypox, pois encontrava-se a decorrer a vacinação profilática e pós exposição com a vacina da varíola, sendo a vacinação profilática destinada aos grupos de risco. O planeamento desta vacinação, ocorre na sequência da vigilância epidemiológica que é realizada aos contactos de pessoas infetadas com o vírus da Monkeypox. Na USP de Aveiro, os inquéritos de vigilância epidemiológica são realizados exclusivamente por médicos e internos de Saúde Pública, tendo eu tido oportunidade de acompanhar uma destas profissionais na realização de um destes inquéritos. Cabe, posteriormente aos enfermeiros da USP, o planeamento da administração da vacina, de acordo com as referências que recebe, tendo em conta que a vacinação de indivíduos pertencentes a grupos de risco tem especificações distintas da vacinação pós exposição. No primeiro caso, idealmente deverão ser agendadas vacinas em grupos de 5 indivíduos para evitar o desperdício de doses da vacina. Foi extremamente enriquecedor participar neste processo de planeamento e proceder à inoculação desta vacina, que nos indivíduos pertencentes a grupos de risco, é feita por via intradérmica.

A Sanidade Internacional é uma outra vertente da vigilância epidemiológica. Durante o estágio, tive oportunidade de participar na chamada consulta do viajante/centro de vacinação internacional de Aveiro. Sabendo-se que as viagens internacionais podem constituir um risco para a saúde dos viajantes, esta consulta reveste-se de muita importância, quer para a saúde individual destes, quer para a saúde pública, uma vez

que o viajante pode ser um transmissor de doenças infetocontagiosas. Assim, mediante o país para onde o indivíduo vai viajar são administradas as vacinas recomendadas e/ou obrigatórias, procedendo-se à emissão do boletim internacional, que no caso da vacina da febre amarela é obrigatório. Por vezes é necessário apenas antecipar vacinas que fazem parte do PNV.

Outra vertente extremamente importante nesta consulta são os ensinamentos aos indivíduos sobre os cuidados a ter, mediante o país para onde vão viajar. Esses cuidados estão relacionados com o consumo de água potável, que muitas vezes se restringe à água engarrafada e selada, de alimentos bem cozinhados, evitando saladas, alimentos crus e frutas com casca, a colocação de repelentes e os cuidados nas deslocamentos no sentido de evitar o mais possível qualquer acidente. Contempla também a oferta de preservativos no sentido de evitar as infeções sexualmente transmissíveis.

De referir que os utentes que se deslocam a esta consulta provêm de diversas zonas geográficas, sendo o principal motivo para virem de zonas mais distantes, a indisponibilidade de consultas em tempo útil na sua área de residência. Outros utentes referem também constrangimentos relacionados com a indisponibilidade de algumas vacinas. Segundo os Enfermeiros da USP, a procura desta consulta aumentou bastante estes dois últimos anos.

Para além da consulta do viajante, a Sanidade Internacional operacionaliza-se também pela Sanidade Marítima do Porto de Aveiro, que na USP Baixo Vouga é assegurada essencialmente por Técnicos de Saúde Ambiental. Tive oportunidade de observar junto destes, como é efetuado o registo do movimento de navios, a vigilância da qualidade da água e acompanhar a inspeção sanitária às instalações de um navio de pesca, para emissão do Certificado Sanitário. Esta atividade, fez-me refletir sobre a importância da participação do Enfermeiro Especialista em saúde Pública na inspeção sanitária aos navios, concretamente no que diz respeito aos procedimentos de armazenamento de medicamentos e material de primeiros socorros.

Acompanhei também os Técnicos de Saúde Ambiental, numa atividade do Programa REVIVE, que visa identificar, caracterizar e monitorizar os artrópodes hematófagos e a sua potencial infeção com agentes patogénicos importantes. Controlam-se essencialmente 2 tipos de vetores: mosquitos e carraças. Quanto aos mosquitos, faz-se a sua recolha para análise, procurando saber se estão infetados com agentes

causadores de doenças como malária, dengue, zika, etc, o que os torna vetores de transmissão dessas doenças. Esta recolha faz-se quer no estado adulto, com colocação de armadilhas que emanam luz e CO<sub>2</sub>, quer no estado larvar, com as ovitraps que contêm água estagnada onde os mosquitos põem ovos. Tive oportunidade de acompanhar a Técnica de Saúde Ambiental na recolha de um mosquito numa armadilha colocada também no Porto de Aveiro, e de outros no estado larvar num ovitrap colocado num dos jardins do edifício do centro de saúde. As amostras foram devidamente acondicionadas e enviadas por correio para o Instituto Dr. Ricardo Jorge após o registo, num programa informático disponível para o efeito.

Uma outra atividade desenvolvida por mim, no decorrer do estágio na UCC de Cantanhede, foi a avaliação da sobrecarga dos CI dos utentes da ECCL. Inicialmente esta avaliação estaria integrada no estudo de investigação. No entanto, como estes CI deixaram de ser a população-alvo do estudo de investigação, pelos motivos já explanados, e uma vez que este é um indicador da UCC de Cantanhede que necessita de ser melhorado, propus-me a fazer a aplicação da ESC, a estes CI e transcrever os resultados para o SClinic. Assim, foram identificados os CI que estavam em sobrecarga, e que, por esse motivo, tinham necessidade de intervenção, tendo esses resultados sido comunicados à equipa. Considero, que esta atividade permitiu desenvolver esta competência específica, sistematizando este indicador e dando um contributo importante para a sua melhoria na ECCL de Cantanhede.

Tal como referido noutra capítulo deste documento, o projeto de intervenção desenhado para a UCC, pretende também diminuir esta sobrecarga dos CI, indo de encontro àquelas que são as suas necessidades.

## CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio visou espelhar o percurso de aprendizagem desenvolvido nesta Unidade Curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, e considero que atingi os objetivos a que me propus com a sua realização.

Em primeiro lugar referir que esta aprendizagem foi muito importante no sentido de consolidar conhecimentos adquiridos ao longo da experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários, bem como de adquirir competências especializadas que, considero serem um contributo para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

Ambas as equipas foram muito recetivas à minha permanência e permitiram que participasse ativamente nas atividades programadas, contribuindo assim para a consecução dos objetivos a que me propus. Foi-me ainda permitido desenvolver com algum grau de autonomia, algumas atividades inseridas no plano de cada uma das Unidades (UCC e USP), que em muito contribuíram para a aquisição de competências de Enfermeira Especialista, e que julgo terem dado alguns contributos positivos também para as respetivas unidades.

O estudo de investigação constituiu um desafio desde o seu planeamento, passando pela execução e análise dos dados. Foi um processo de aprendizagem, nem sempre fácil, mas extremamente enriquecedor, que permitiu desenvolver várias competências, principalmente a nível de planeamento em saúde. As necessidades de ajuste por questões éticas, trouxeram alguns constrangimentos, mas considero que acabaram por ser benéficas em todo este processo de aprendizagem.

Os resultados do estudo de investigação revelaram que estamos perante uma amostra de CI muito semelhante a outros estudos, com uma idade média de 60,57 anos, maioritariamente mulheres (93%), em grande parte acumulando a prestação de cuidados com a atividade profissional e cuidando principalmente de pais e cônjuges. 67% destes CI encontram-se em sobrecarga, e segundo a avaliação feita pela escala CADL, as suas principais dificuldades prendem-se com as exigências que o processo de cuidar acarreta, referindo a maioria dos cuidadores (63,3%), que isso interfere com a sua saúde. A destacar ainda que 70% dos CI consideravam útil serem apoiados através de uma linha telefónica e 66,7% através de visita domiciliária, havendo ainda 20% que

consideraram “fraco” ou “muito fraco” o apoio recebido pelos profissionais de saúde, podendo esta opinião advir do facto de haver utentes da amostra que não recebiam apoio da UCC de Cantanhede e, alguns deles, sem médico de família atribuído, apesar do seu estado de dependência.

Estes dados são reveladores da necessidade de se desenvolverem projetos que apoiem e vão de encontro às necessidades de todos os CI, e comprovam a pertinência do projeto de intervenção desenvolvido.

O planeamento do projeto de intervenção, foi também uma experiência extremamente gratificante. Construí-lo de forma sustentada, indo de encontro às necessidades deste grupo e de forma coordenada com a equipa da UCC, a quem o projeto fez todo o sentido assim que o apresentei, gerou esse sentimento de gratificação e a certeza de que só assim estes processos de aprendizagem fazem sentido. Produzindo conhecimento e contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados pelas equipas onde nós, estudantes de Mestrado, nos inserimos.

Penso que de futuro seria de extrema importância o desenvolvimento de um estudo que permita avaliar o impacto da implementação do projeto de intervenção “Linha de Apoio ao Cuidador Informal”, pois isso permitiria avaliar os ganhos em saúde obtidos e por consequência a pertinência do projeto, podendo dar também contributos importantes para a melhoria do mesmo, e quem sabe ponderar o seu alargamento a outras unidades.

Em suma, as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio permitiram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para desenvolver competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e consequentemente atingir os objetivos desta unidade curricular.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga (2016-2020) - *Plano Local de Saúde*. Aveiro, Portugal. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/QUEM%20SOMOS/Plano%20Local%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20ACeS%20Baixo%20Vouga.pdf>

Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga, Observatório Local de Saúde da Unidade de Saúde Pública. (2017). *Perfil de Saúde Região do Baixo Vouga, N.1*, (1-7). Aveiro, Portugal

Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga, Observatório Local de Saúde da Unidade de Saúde Pública. (2019). Mortalidade. *Perfil de Saúde Região do Baixo Vouga, N.9*, (1-27). Aveiro, Portugal

Araújo F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25, 59–66; Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10362/95522>

Araújo, O. (2009). Idosos dependentes: impacte positivo do cuidar na perspetiva da família. *Revista Sinais Vitais*. No 86, p. 25-30.

Bairros Saudáveis (2020). *Programa Bairros Saudáveis*. Recuperado de <https://www.bairrossaudaveis.gov.pt/o-programa/o-que-e/index.htm>

Brito, L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos, (Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental)*. Universidade do Porto: Portugal

Circular Informativa n.º 46/DSPCS, de 13/10/06. *Orientações genéricas sobre a criação de centros de observação de saúde*. Direção Geral da Saúde. Lisboa, Portugal.

Cm-Aveiro (2022) Aveiro Câmara Municipal. Recuperado de <https://www.cm-aveiro.pt/>

Cm-Cantanhede (2022) Concelho. Recuperado de <https://www.cm-cantanhede.pt/>

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M. A. & Fernandes, M. (2012). Vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*. 2, 127-136.

Decreto de Lei n.81/2009, de 2 de abril. Diário da República n.º 162/2009, 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal

Cuidin (2022), *Apoiar o Cuidador Informal*, Cantanhede, Portugal <https://www.cuidin.pt/>

Decreto de Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República n.º 109/2006, 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. Diário da República n.º 193/2013, 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

Decreto de Lei n. 281/209 de 6 de outubro. Diário da República n.º193/2009, 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>

Despacho 31292/2008, de 5 de dezembro. Diário da República n.º 236/2008 – 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.tretas.org/dre/237188/despacho-31292-2008-de-5-de-dezembro>

Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. Diário da República n.º 74/2009 – 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>

DGS (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Recuperado de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

DGS (2016). Norma 6/2016 de 29 de junho. *Estratégias de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG*. Lisboa, Portugal

DGS (2020). Cartaz “Vantagens de um Pequeno-Almoço completo no teu dia”. [https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Vantagens-de-um-pequeno-almoc%C3%A7o-completo-e-sauda%C3%81vel\\_VB.pdf](https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Vantagens-de-um-pequeno-almoc%C3%A7o-completo-e-sauda%C3%81vel_VB.pdf)

Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 672-678. CINAHL Complete. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>

Ferreira, S., Teston, E., Marcon, S.; Arruda, B., Mandu, J., Werle, J. & Galera, S. (2021). Meaning of aging for caregivers of senile elderly people. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74 (04), 1-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1240>

Frias, C. E., Rlisco, E., & Zabalegui, A. (2020). *Psychoeducational intervention on burden and emotional well-being addressed to informal caregivers of people with*

*dementia*. *PSYCHOGERIATRICS*, 20, 900-909. MEDLINE Complete. 10.1111/psyg.12616

Fuhrmann, A., Bierhals, C., Santos, N. & Paskulin, L. (2015). Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem/EENFUFGRS*, 36(1), 14–20. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>

GesEdu (2022), *Pesquisa de Rede Escolar*. Recuperado de <https://www.gesedu.pt/PesquisaRede>

INE (2022). *Estatísticas de óbitos*; Anual. Lisboa, Portugal Recuperado de <https://www.ine.pt/>

INE (2022), *Recenseamento da população e habitação - Censos 2021*. Lisboa, Portugal Recuperado de <https://www.ine.pt/>

INE (2022). *Taxa de Natalidade Bruta (%) por Local de residência (NUTS - 2013)*; Anual. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.ine.pt/>

INE (2022). *Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰) por Local de residência (NUTS - 2013)*; Anual. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.ine.pt/>

ICN (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015; edição portuguesa*. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwq8;>

Gil, I., Costa, P. Bobrowicz-Campos, E. & Apóstolo, J. (2019) *Programa de terapia de reminiscência*. ESEnC. Coimbra, Portugal

Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. Diário da República n.º 151/2019, 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>

Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República n.º 171/2019, 1.ª série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>

Maguire, R., Hanly, P., & Maguire, P. (2019). Beyond care burden: associations between positive psychological appraisals and well-being among informal caregivers in Europe. *Quality of Life Research*, 28, 2135-2146. CINAHL Complete. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02122-y>

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau. ISBN: 99728485654

Mais contigo (s.d.). Recuperado de <https://maiscontigo.wordpress.com/>

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, pp.12-28.

Melo, R.; Rua, M. & Santos, C. (2014) Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Referência - Revista de Enfermagem*, IV (2), 143-151. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-477-6

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2017). *Medidas de Intervenção junto dos Cuidadores Informais, Documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional*. Lisboa, Portugal

Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal*. Recuperado de: <https://movimentocuidadoresinformais.pt/>

Nordstokke, David W. & Bruno D. Zumbo (2010). *A new nonparametric Levene test for equal variances*. *Psicológica* 31.2: 401-430.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia - Catálogo da Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - do original "Community Nursing: A Shared Project with the Scottish. Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE\\_web\\_julho2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Or, R. & KARTAL, A. (2019). Influence of caregiver burden on well-being of family member caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*, 19, 482-490. MEDLINE Complete. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/psyg.12421>

Razali, N. M., & Yap B. W. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics* 2.1: 21-33

Regulamento nº 348/2015. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2ª Série, nº 118 de 19 de junho. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 428/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República, 2ª Série, nº 135 de 16 de julho. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª Série, nº 26 de 6 de fevereiro. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 42/2020. *Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem*. Diário da República, 2.ª Série, nº 11 de 16 de janeiro. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rocha, R. S., Freitas, J., Ramalho, F., Couto, F. & Apóstolo J. (2019) *Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade*. ESEnfC. Coimbra, Portugal

Segurança Social, Carta Social Gabinete de Estratégia e Planeamento, Carta Social (2021) Recuperado de <http://www.cartasocial.pt>

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência, II Série, nº 12*, Março, pp 9 a 16.

Sequeira C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed.). Lisboa: Lidel Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-278-9

Serviço Nacional de Saúde (2022, 20 maio). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – USP Baixo Vouga*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010183/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde (2022, 18 maio). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – UCC Cantanhede*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060651/Pages/default.aspx>

UCC de Cantanhede (2022). *Manual de Acolhimento*. Cantanhede, Portugal

UCC de Cantanhede (2019). *Plano de Ação de 2019*. Cantanhede, Portugal

UCC de Cantanhede (2019). *Regulamento interno*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060651/O%20QUE%20OFERECEMOS/Regulamento%20Interno%20UCC%20Cantanhede,%20final.pdf>

USP BV (2019). *Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos*. Aveiro, Portugal

USP BV (2022). *Sessão de Acolhimento aos Estudantes da Especialidade/Mestrado*. Aveiro, Portugal

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

**[Autorização de Utilização das Escalas CADI, CAMI, ESC e Índice de Barthel]**



**Luisa Brito** <lbrito@esenfc.pt>  
para brito.mim, Carlos

quarta, 10/08, 08:20

Cara Sra. Enfermeira Vera Cruz,

É com todo o gosto que lhe envio as versões portuguesas de CADI e CAMI, para efeito de realização do seu projeto de intervenção no âmbito do Mestrado. Envio também dois textos dos autores originais que, juntamente com o meu livro 'A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos' (que encontrará nas Bibliotecas da Escola), poderão ser úteis ao fazer a análise dos dados.

No final do seu trabalho, bastará que me envie um resumo dos principais resultados obtidos com as escalas, juntamente com uma breve caracterização da amostra de cuidadores.

Desejo-lhe as maiores felicidades para o seu Mestrado, e encontro-me ao dispor para alguma informação adicional que seja necessária.

Com os meus melhores cumprimentos,

Maria Luisa Brito

\*\*\*

4 anexos • Verificado pelo Gmail



**Fátima Araújo**  
para mim

Baa tarde estimada colega Vera Mónica

Antes de tudo, peço desculpa pelo atraso na resposta, mas vários constrangimentos de ordem pessoal e profissional não me deram espaço para responder a estes pedidos.

Em resposta ao seu pedido, anexo a versão validada do instrumento que solicitou eo artigo onde foi publicado o estudo. Tal como pode verificar, no capítulo do método do referido estudo, não foi nosso propósito estudar pontos de corte, usamo-lo tal e qual a versão original da **escala**, ou seja, num continuum entre Total independência - Total dependência.

Se for vosso propósito discriminarem os participantes por "classes de dependência", sugiro usarem os valores "cut-off" utilizados pela Prof Teresa Martins no estudo publicado em livro "Doente com AVC". Se tiver dificuldade em aceder ao livro, envie-me novo email para eu lhe dar a referência mais completa do livro, mas agora não estou em sitio de acesso ao livro.

Para o seu percurso Académico, desejo-lhe muito sucesso e que alcance as suas expectativas.

ao dispor  
Prof Fatima Araujo

## Pedido de Autorização para a Utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Caixa de entrada x



**Carlos Sequeira** <carloossequeira@esenf.pt>  
para mim

segunda, 1

Estimada Vera Cruz

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu estágio.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

**Seguem em anexo o instrumento.**

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

**Carlos Sequeira**

---

**Carlos Sequeira**, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NuriD: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cinesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

[https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Sequeira2](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2)

## **ANEXO II**

**[Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E]**

# COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº / P 919\_10\_2022**

**Título do Projecto:** Cuidar (Com)Sigo

## Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Vera Mónica Silva da Cruz

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Estudante Mestrado)

Investigador Responsável: Vera Mónica Silva da Cruz

Orientador: Professor Carlos Silva

**Relator:** Carla Barbosa

## Parecer

A investigadora considerando o envelhecimento populacional verificado no país que em concelhos como o de Cantanhede ainda supera a média nacional constata que tem de existir uma cada vez maior promoção de cuidados domiciliários. Com o aumento destes cuidados temos, também, o aumento de cuidadores informais existindo a necessidade de desenvolver várias intervenções direcionadas a estas pessoas.

Com o estudo da relação entre variáveis, a investigadora pretende perceber se a escolaridade do cuidador, o tempo diário despendido no cuidar, os rendimentos do agregado familiar e a perceção da qualidade do apoio que recebe por parte dos profissionais de saúde, influenciam a sobrecarga do cuidador.

A investigadora apresenta como objetivos:

- Efetuar a caracterização da população-alvo e dos utentes a quem prestam cuidados;
- Identificar as principais dificuldades dos cuidadores informais, através da aplicação de escala

(CADI);

- Identificar as estratégias de coping dos cuidadores, através da aplicação da escala (CAMI);
- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores através da ESC (Escala de Sobrecarga do

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Cuidador);

- Identificar fatores associados à sobrecarga dos cuidadores informais;
- Estudar a relação entre algumas das variáveis;
- Planear intervenções adequadas às necessidades dos cuidadores informais.

A amostra será composta por entre 30 a 50 pessoas.

É um estudo exploratório descritivo e correlacional, recorrendo-se à aplicação de um questionário que pretende caracterizar os utentes dependentes e os seus cuidadores informais a nível sociodemográfico, condições e ambiente de prestação de cuidados e aplicação das escalas: CADI - Carers Assessment of Difficulties Index (Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador) e CAMI – Carers Assessment of Managing Index (Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador), Índice de Barthel e ESC (Escala da sobrecarga do Cuidador).

Os dados serão tratados, no âmbito da investigação, de forma anónima explicitando a investigadora os procedimentos que irá adotar.

Apesar do Protocolo estar bem elaborado havia dois aspetos que precisavam de ser retificados:

- Falha no consentimento a inclusão dos dados de contato da investigadora. Esta deve providenciar por esta correção. A investigadora corrigiu e remeteu uma nova versão com a inclusão dos dados em falta.

- Parte da população alvo constituía utentes de um centro de saúde (e portanto é aí que se desenvolverá a investigação) pelo que deveria ser solicitado parecer à CE da ARS Centro. A investigadora envia-nos o seguintes esclarecimento: “Por outro lado, se estas condições de desenvolvimento do estudo continuarem a ser obstáculo à emissão de parecer favorável da Comissão de Ética da UCISA-E, proponho, em alternativa, a seleção dos participantes no estudo, os cuidadores informais, pelo método de bola de neve, em que os casos a convidar serão conhecidos/convidados por outros participantes ou conhecidos da comunidade, não havendo qualquer ligação com o Serviço Nacional de Saúde, pois é inviável solicitar e obter parecer da CE da ARS nos prazos definidos para a conclusão da unidade curricular”. Solicitamos à investigadora que utilize então o referido método “bola de neve” ficando desta forma dispensada do Parecer da CE ARS.

Parecer favorável.

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)



O relator: Carla Barbosa

Data: 22/12/2022 A Presidente da Comissão de Ética: Naíia Flomena Botelho

ANEXO III

[INFOGRAFIA CUIDIN]

# PERFIL dos CUIDADORES INFORMAIS

## RECOLHA DE DADOS

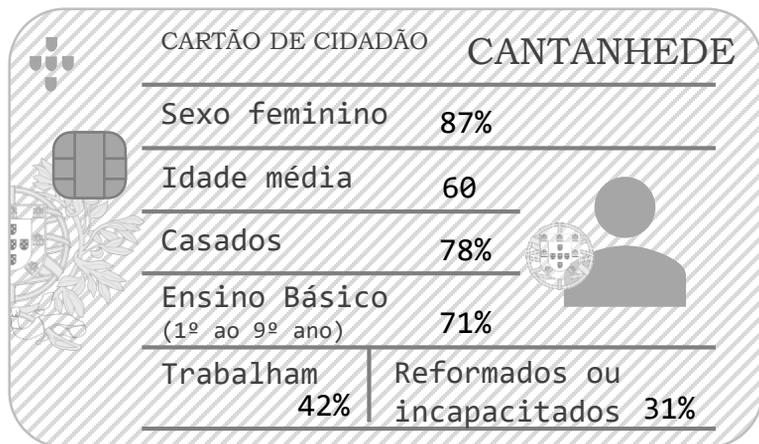
354 entrevistas presenciais

## OBJETIVO

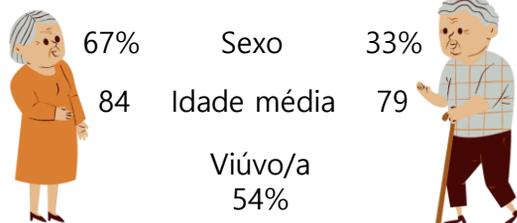
caracterizar os cuidadores informais do Município de Cantanhede



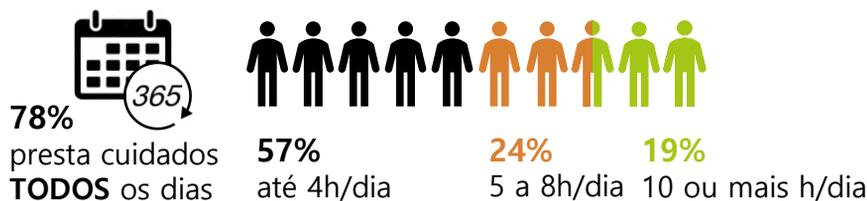
## Quem são?



## De quem cuidam?



## Em que contexto cuidam?



31% cuidam há 10 ou mais anos

58%

é filho/a da pessoa cuidada



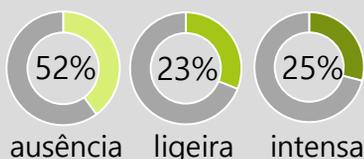
91% NÃO recebeu qualquer formação para ser cuidador

## Estado de saúde

Autoperceção do cuidador



## Sobrecarga



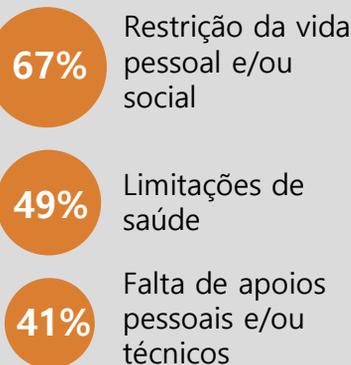
DEPENDÊNCIA

95% SEVERA ou TOTAL nas atividades básicas da vida diária

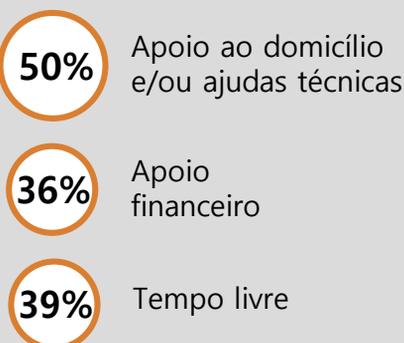
AUTONOMIA

69% necessita de apoio PARCIAL ou TOTAL para a tomada de decisões

## Dificuldades



## Necessidades



## **ANEXO IV**

**[Índice de Barthel]**

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as **atividades básicas de vida diária**. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

Índice de Barthel	Pontuação
<b>A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal:</b> 1 <input type="checkbox"/> Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
<b>B. Actualmente, consegue tomar banho:</b> 1 <input type="checkbox"/> Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 <input type="checkbox"/> Não consegue tomar banho sozinho	
<b>C. Actualmente, consegue vestir-se:</b> 2 <input type="checkbox"/> Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0 <input type="checkbox"/> Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
<b>D. Actualmente, consegue alimentar-se:</b> 2 <input type="checkbox"/> Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 <input type="checkbox"/> Não consegue alimentar-se sozinho	
<b>E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?</b> 3 <input type="checkbox"/> Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 <input type="checkbox"/> Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
<b>F. Actualmente, consegue subir e descer escadas</b> 2 <input type="checkbox"/> Consegue subir e descer escadas 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue subir ou descer escadas	
<b>G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se</b> 3 <input type="checkbox"/> Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1 <input type="checkbox"/> Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
<b>H. Actualmente, tem controlo na função intestinal</b> 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função 1 <input type="checkbox"/> Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0 <input type="checkbox"/> Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
<b>I Actualmente, controla a função urinária</b> 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1 <input type="checkbox"/> Perde urina acidentalmente 0 <input type="checkbox"/> Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
<b>J Actualmente, consegue ir à casa de banho</b> 2 <input type="checkbox"/> Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho 0 <input type="checkbox"/> Não consegue ir à casa de banho sozinho	
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	

**ANEXO V**

**[ESCALA CADI]**

## CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

<p>O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal <u>X</u> no espaço que melhor corresponder à sua opinião.</p>					
Prestar cuidados <b>PODE SER DIFÍCIL</b> porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:			
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito	
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio (a)				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transformar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transformar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				

24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

**ANEXO VI**

**[ECALA CAMI]**

## CAMI (Carers' Assessment of Managing Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando um <u>X</u> no espaço que melhor corresponder à sua opinião.				
Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo			
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante			
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio			
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)			
5	Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer			
6	Ver o lado cómico da situação			
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu			
8	Cerrar os dentes e continuar			
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido			
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema			
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está			
12	Viver um dia de cada vez			
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder			
14	Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível			
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível			
16	Pensar que a situação está melhor do que antes			
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais			
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução			
19	Chorar um bocado			
20	Aceitar a situação tal como ela é			
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante			
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe			
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam			
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas			

25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das <b><u>MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES</u></b> que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Faço assim e penso que:		
	Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado

**ANEXO VII**

**[ESCALA DA SOBRECARGA DO CUIDADOR]**

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC) (Sequeira, 2007, 2010a, 2010b, 2013)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

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

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

## APÊNDICES

## APÊNDICE I [INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS]

## Parte I - Caracterização da Pessoa Dependente

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Género:  Feminino  Masculino
3. Estado Civil:
  - 3.1  Casado/União de Facto
    - 3.1.1  Se Casado/União de facto qual a idade do cônjuge \_\_\_\_\_
  - 3.2  Solteiro
  - 3.3  Divorciado/Separado
  - 3.4  Viúvo
4. Qual a origem/ causa da dependência \_\_\_\_\_
  - 4.1 Dependente há \_\_\_\_\_ Meses/Ano
5. Quais os antecedentes pessoais da pessoa dependente?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Quantos elementos compõem o agregado familiar da pessoa dependente?  
\_\_\_\_\_
7. Qual o valor do rendimento total do agregado familiar da pessoa dependente?
  - Menos de 500 euros
  - Entre 501 e 1000 euros
  - Entre 1001 e 2000 euros
  - Entre 2001 e 3000 euros
  - Mais de 3000 euros
8. Qual o valor dos rendimentos da pessoa dependente? \_\_\_\_\_
9. Esse valor já inclui o complemento por dependência?
  - Sim
  - Não

Se sim:  1.º grau  2.º grau
10. Índice de Barthel (Anexo I)

## Parte II - Caracterização do Cuidador Familiar

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Género:       Feminino    Masculino
3. Estado Civil:  
 Casado/União de Facto  
    Se Casado/União facto qual a idade do cônjuge \_\_\_\_\_  
 Solteiro  
 Divorciado/Separado  
 Viúvo  
 Outro
4. Situação Laboral  
 Trabalhador por conta de outrem  
 Trabalhador independente  
 Empresário  
 Reformado(a)/invalido(a)  
 Desempregado(a)  
 Doméstico(a), ou nunca trabalhou  
 Trabalho parcial, trabalho intermitente, esporádico.  
 Outra situação, Qual? \_\_\_\_\_
5. Profissão que exerce ou exerceu: \_\_\_\_\_
6. Número de elementos do seu agregado familiar residentes  
    a tempo inteiro \_\_\_\_\_  
    a tempo parcial \_\_\_\_\_
7. Escolaridade  
 Não sabe ler nem escrever  
 1.º ciclo/ate 4.º ano

- 2.º ciclo/ até 9.º ano
- 3.º ciclo/ até 12.º ano
- Ensino superior

8. Relação de parentesco que tem com a pessoa a quem presta cuidados. Sou:

- Cônjuge/companheiro(a)
- Mãe
- Pai
- Irmã/ Irmão
- Filha/ Filho
- Outro, Qual? \_\_\_\_\_

9. É a primeira vez que cuida de uma pessoa dependente?

- Sim
- Não

9.1. Se não, de quem já cuidou? \_\_\_\_\_

9.2 Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

10. Porque motivo foi escolhido ou escolheu ser o cuidador informal do seu familiar?

---

---

11. O assumir deste papel aconteceu de uma forma súbita ou premeditada?

- Súbita
- Algo previsto de forma antecipada

12. A pessoa idosa dependente aceita ser cuidado por si?

- Sim
- Não

13. Quanto tempo despende por dia para cuidar do utente?

- ≤ 1h
- 1h a 3h
- 3h a 6h
- 6h a 12h
- ≥ 12h

14. Há quanto tempo cuida do utente?

\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_ Meses

15. Vive na mesma habitação que o utente que tem a cargo?

- Sim
- Não
- Esporadicamente

16. Se respondeu não à pergunta anterior, a que distância fica a sua habitação da do seu familiar?

- Nas imediações com deslocação a pé
- Até 5 Km deslocando-se com recurso a viatura ou outro meio
- Entre 5 e 15 Km
- Entre 15 e 25 Km
- Entre 25 e 35 Km
- Mais do que 35 Km

17. Como classifica a qualidade da relação com a pessoa idosa dependente?

- Muito Boa
- Boa
- Razoável
- Fraca
- Muito fraca

18. Como classifica a qualidade da sua relação com a restante família?

- Muito Boa
- Boa
- Razoável
- Fraca
- Muito fraca
- Não existe mais nenhum familiar

19. Tem ajuda na prestação de cuidados  Sim  Não

Se sim, por parte de quem?

- Apoio domiciliário
- Centro de dia
- Centro de Saúde
- Empresa de prestação de serviços
- Outros membros da família
- Outras entidades. Quais? \_\_\_\_\_

**Se vive na mesma habitação que o seu familiar dependente não responda às questões 20 e 21, pois já foram respondidas na parte I.**

20. Quantos elementos compõem o seu agregado familiar? \_\_\_\_\_

21. Qual o valor do rendimento total do agregado familiar?

- Menos de 500 euros
- Entre 501 e 1000 euros
- Entre 1001 e 2000 euros
- Entre 2001 e 3000 euros
- Mais de 3000 euros

22. Considera que os rendimentos da pessoa a quem presta cuidados são suficientes para fazer face às despesas do próprio?

- Sim
- Não

23. Como classifica o apoio que tem por parte de profissionais de saúde?

- Muito Bom
- Boa
- Razoável
- Fraca
- Muito fraca

24. Que tipo de apoio à distância, por parte dos profissionais de saúde, faria sentido para si? Assinale todas as opções que considerar pertinentes.

- Linha telefónica
- E-mail
- Atendimento presencial
- Sessões de Grupo
- Visita Domiciliária
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

25. Refira, por ordem de prioridade, três necessidades de apoio que sente:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

26. Refira, por ordem de importância as suas principais dificuldades em ser cuidador informal:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

27. Sente que ser cuidador informal é de alguma forma vantajoso para si?

Sim

Não

Se sim, refira qual ou quais as vantagens?

---

---

---

28. Considera que o seu familiar tem benefícios de ser cuidado por si?

Sim

Não

Se sim, refira qual ou quais os benefícios?

---

---

---

## **APÊNDICE II**

**[CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO]**

## **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Para Participação Num Estudo de Investigação e Projeto de Intervenção**

Exmo. Sr. ou Sra.<sup>a</sup>, está a ser convidado(a) a colaborar num estudo destinado aos Cuidadores Informais de utentes dependentes residentes no concelho de Cantanhede, desenvolvido pela Enfermeira Vera Cruz, no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação da Enfermeira Nélia Batista e do Professor Carlos Silva.

A sua participação far-se-á através do preenchimento de um questionário, e três escalas, que tem por objetivo identificar as suas principais dificuldades enquanto cuidador de uma pessoa dependente, bem como as estratégias utilizadas para ultrapassar essas dificuldades. Com a sua ajuda pretendemos desenvolver ações que aumentem a sua capacidade de resolução de problemas e contribuam para diminuir as dificuldades relacionadas com o processo de cuidar.

A sua colaboração no presente trabalho é de carácter voluntário, não sendo obrigatória a resposta a todas as questões e, podendo em qualquer momento recusar continuar. No entanto, é muito importante a sua participação para que possamos adaptar as nossas intervenções às suas necessidades.

A informação obtida no referido questionário/entrevista (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais Lei n.º 58/2019, de 08 de agosto, não sendo utilizado nenhum dado pessoal ou identificativo para efeitos de análise de dados ou trabalhos no âmbito do curso de mestrado.

O instrumento de colheita de dados elaborado pela autora do projeto é constituído por três partes.

A Primeira parte é relativa à caracterização da pessoa dependente, da qual faz parte uma escala que avalia o nível de dependência deste. A segunda parte é composta por 28 questões que visam obter uma caracterização da amostra de cuidadores, e a terceira parte é composta pela aplicação das escalas: Índice para a avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI) e Índice de avaliação das estratégias de *coping* do prestador de cuidados (CAMI), bem como da Escala da Sobrecarga do Cuidador (ESC).

Se tiver perguntas sobre o estudo ou os procedimentos pode, a qualquer momento, entrar em contacto com a estudante de mestrado – Vera Mónica Silva Cruz da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra através do e-mail: veramonicacruz@gmail.com e telefone: 916308865.

Cantanhede, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

(Enfermeira Vera Cruz)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar no estudo destinado aos cuidadores informais do concelho de Cantanhede.

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre a minha participação. Fui esclarecido sobre os objetivos do estudo e os aspetos que considero importantes. Fui informado que tenho direito a retirar-me em qualquer altura ou a recusar participar. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar voluntariamente neste estudo.

Cantanhede \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado: uma via para a enfermeira e estudante de mestrado, outra para a pessoa que consente.**

## **APÊNDICE III**

**[TABELAS REPRESENTATIVAS DAS FIGURAS 10,11,12,13,14,15,16,17]**

### Tabela de Distribuição absoluta e percentual dos utentes dependentes por grupo etário

Grupo etário	N.º	%
19-34	1	3,3%
35-64	18	60,0%
65-74	7	23,3%
75-84	4	43,3%
85 e mais anos	7	13,3%
Total	30	100%

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

### Tabela de distribuição absoluta e percentual do género dos utentes dependentes

Género	N.º	%
Feminino	18	60,0
Masculino	12	40,0
Total	30	100,0

### Tabela de distribuição absoluta e percentual dos Cuidadores Informais por grupo etário

Grupo etário	N.º	%
19-34	1	3,3%
35-64	18	60,0%
65-74	7	23,3%
75-84	4	43,3%
85 e mais anos	7	13,3%
Total	30	100%*

\*A soma das taxas das categorias apresentadas, arredondadas às décimas não dá exatamente 100% devido a erro resultante do arredondamento, mas o valor total é exato considerando a soma sem arredondamento.

### Tabela de distribuição absoluta e percentual dos cuidadores informais por género

Género	N.º	%
Feminino	28	93,3
Masculino	2	6,7
Total	30	100,0

### Tabela de distribuição absoluta e percentual do nível de sobrecarga dos CI

Escala da Sobrecarga do Cuidador	N.º	%
Ausência de sobrecarga	10	33,3
Sobrecarga Ligeira	6	20,0
Sobrecarga Intensa	14	46,7

**Tabela da média dos itens da Escala da Sobrecarga do Cuidador**

<b>Item</b>	<b>Designação</b>	<b>Média</b>
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	2,03
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	2,70
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	2,60
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1,43
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1,97
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	2,07
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	3,50
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	4,63
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	2,40
10	Vê a sua saúde a ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	2,60
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	2,43
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	2,47
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?	1,90
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	3,93
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2,83
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	2,00
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	2,80
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1,90
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	2,13
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1,77
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1,73
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	2,70

**Tabela da média das respostas dos CI por setores de ESC**

<b>Setor de ESC</b>	<b>Média da Sobrecarga</b>
<b>Impacto da prestação de Cuidados</b>	2,4
<b>Relação interpessoal</b>	1,9
<b>Expectativas com o cuidar</b>	3,7
<b>Perceção de auto-eficácia</b>	1,8

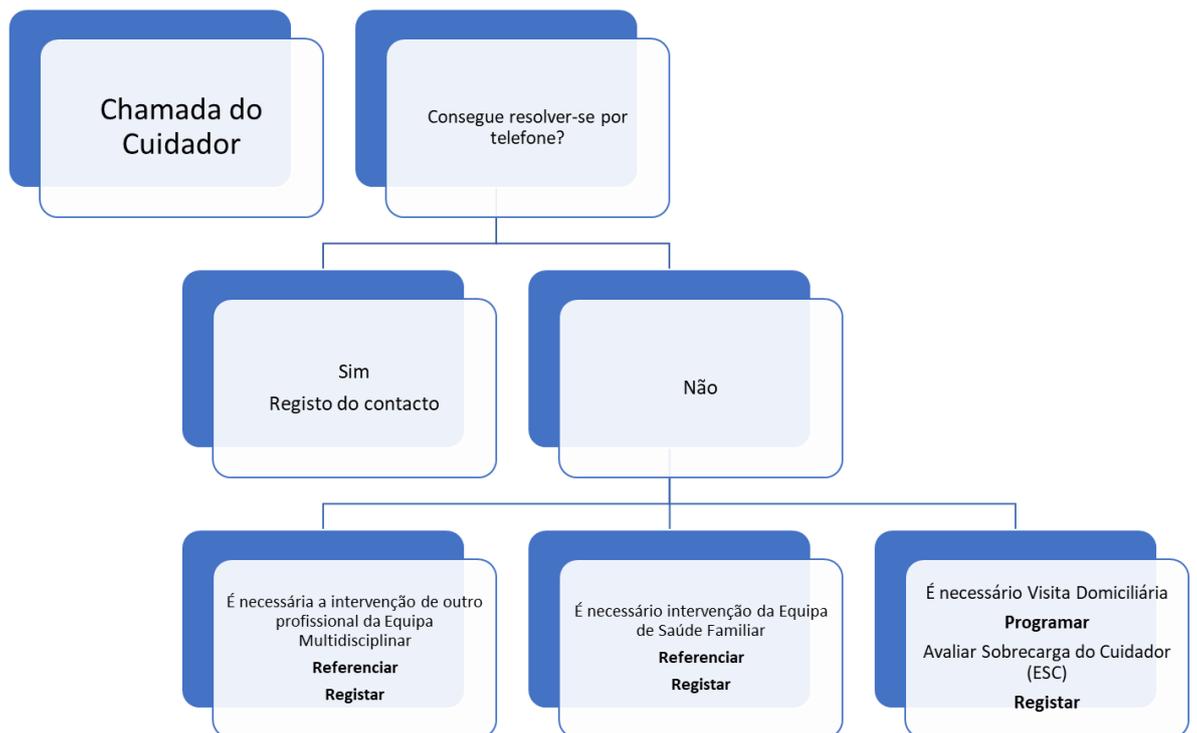
**Tabela das médias por categoria, das dificuldades dos CI avaliadas por CADI**

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>
<b>Problemas Relacionais</b>	1,91
<b>Restrições Sociais</b>	2,29
<b>Exigências do cuidar</b>	2,57
<b>Reações ao cuidar</b>	2,11
<b>Apoio Familiar</b>	1,98
<b>Apoio Profissional</b>	2,2

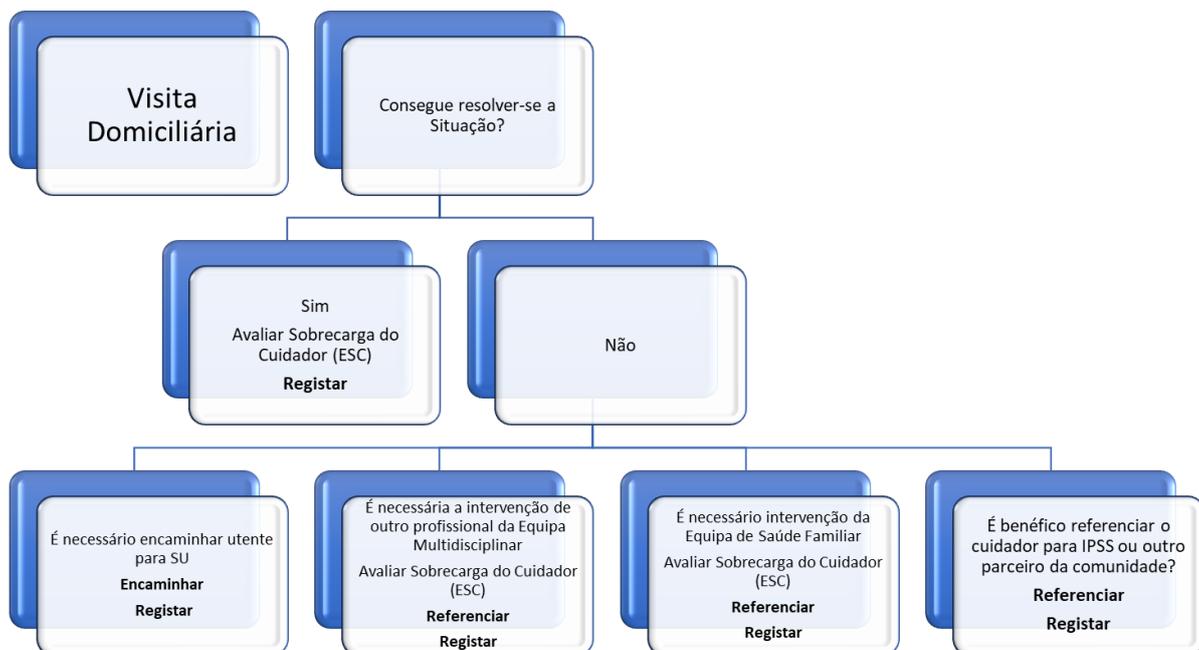
## **APÊNDICE IV**

**[DOCUMENTOS DE APOIO AO ATENDIMENTO DE CHAMADAS DA “LINHA DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL”]**

## ALGORITMO DE ATENDIMENTO DE CHAMADAS



## ALGORITMO DE VISITAS DOMICILIÁRIAS



## PROBLEMAS FREQUENTES E MODO DE ATUAÇÃO

### Agitação e/ou confusão

**O cuidador contacta porque o seu familiar se encontra agitado, confuso, podendo ter atividade motora superior ao normal e até ser agressivo.**

- Indagar se o utente tem prescrita alguma terapêutica em SOS para estas situações, e em caso afirmativo dar instruções para a sua administração de acordo com a prescrição.
- Transmitir tranquilidade ao cuidador, dando-lhe as seguintes instruções:
  - Não grite, nem discuta com o seu familiar;
  - Use frases simples para comunicar, fale devagar e claramente num tom de voz suave, mas audível;
  - Chame o utente pelo nome;
  - Coloque-o num local tranquilo, sem muitos estímulos de luz ou barulho, sem pessoas estranhas nem objetos perigosos;
  - Se a pessoa não acalmar, contacte 112;
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

### Convulsão

**O cuidador contacta porque o seu familiar está a ter uma convulsão.**

- Indagar se utente tem epilepsia diagnosticada e medicação prescrita para administrar em SOS (diazepam retal). Em caso afirmativo dar instruções para a sua administração, caso o cuidador ainda não o tenha feito.
- Perceber se houve queda da vítima, e dar as seguintes instruções:

- afastar os objetos que possam acarretar perigo para a pessoa, proteger a cabeça, colocando-a ligeiramente de lado e não tentar impedir quaisquer movimentos.
  - colocar em posição lateral de segurança, após a convulsão terminar.
  - Verificar se existem lesões, e proporcionar um ambiente tranquilo após a convulsão, explicando o que aconteceu.
  - colaborar na higiene da pessoa no caso de terem ocorrido perdas urinárias ou fecais.
- Averiguar se esta foi a primeira convulsão do utente e em caso afirmativo orientar para observação do médico de família ou outro que faça o acompanhamento de saúde do utente.
  - Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
  - Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Desmaio

### O cuidador contacta porque o seu familiar perdeu a consciência de forma súbita

- Questionar o cuidador se viu a tensão arterial, frequência cardíaca e glicémia capilar do utente, e caso não o tenha feito, se tem como o fazer. A avaliação destes parâmetros é especialmente importante se o utente for diabético e/ou tiver prescrita medicação anti hipertensora e/ou cardíaca.
- Tratando-se de uma hipoglicémia, proceder de acordo com o descrito no campo "Hipoglicémia".
- Se o utente tiver a Tensão arterial baixa, instruir o cuidador a elevar os membros inferiores do utente no sentido de auxiliar a reverter a hipotensão.
- Caso o utente tenha a tensão arterial elevada, questionar da existência de terapêutica SOS prescrita para o efeito.
- Advertir o cuidador para não oferecer líquidos, nem colocar nada na boca do utente enquanto este se encontrar inconsciente.

- Caso o desmaio tenha levado à queda do utente, solicitar ao cuidador que verifique a existência de ferimentos, e advertir para não o levantar caso haja uma dor localizada – proceder de acordo com o descrito no campo “Queda”.
- Caso não haja possibilidade de avaliar os parâmetros e/ou o utente não desperte, instruir o cuidador a colocá-lo confortável, em posição lateral de segurança e contactar 112.
- Caso utente desperte, sentá-lo calmamente, vigiando se volta à normalidade. Caso isso não aconteça, deverá procurar apoio médico.
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Diarreia

### **O cuidador contacta porque o seu familiar se encontra com fezes líquidas ou semilíquidas**

- Questionar o cuidador sobre a data de início destes episódios, e o n.º de episódios diários.
- Orientar o cuidador no sentido de:
  - Fornecer líquidos em maior quantidade e com maior frequência, devido ao risco acrescido de desidratação.
  - Evitar dar alimentos como: produtos lácteos, ameixas, citrinos, quivi e vegetais.
  - Dar alimentos como: banana, cenoura, arroz cozido (caldos de arroz) e maçã cozida (sem casca).
- Caso a diarreia se mantenha por mais do que três dias, o utente deverá ser observado pelo médico.
- Em caso de necessidade, solicitar visita do médico de família, médico da equipa ou aconselhar cuidador a contactar SNS24 (808 24 24 24).
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Disfagia

**O cuidador contacta porque ultimamente o seu familiar tem apresentado um ou mais destes sinais: recusa alimentar, tosse durante ou após a deglutição; engasgamentos frequentes, rouquidão, excesso de saliva, dificuldade em engolir (retém alimentos na boca).**

- Programar visita domiciliária de enfermagem para avaliação da situação, no próprio dia.
- Realizar a visita domiciliária avaliando a deglutição do utente.
- Verificar a necessidade de fornecimento de alimentos de consistência homogénea (dieta pastosa), realizando os ensinamentos ao cuidador nesse sentido.
- Verificar a necessidade de espessamento dos líquidos e em caso de necessidade, orientar o cuidador para a aquisição do espessante.
- Desaconselhar alimentos muito doces, ácidos ou muito condimentados, pois estimulam a produção de saliva.
- Verificar a necessidade de triturar os medicamentos e se os medicamentos do utente são todos possíveis de triturar, orientando o cuidador para a forma mais adequada de o fazer.
- Contactar o médico em caso de necessidade de alteração de medicação.
- Advertir o cuidador para a necessidade de alguns cuidados extra na hora da alimentação:
  - o utente deverá comer lentamente, e não falar enquanto come;
  - a consistência dos alimentos deve ser uniforme, não misturando duas consistências;
  - verificar se o utente deglutiu antes de colocar outra porção na boca, estimulando a deglutição com uma colher vazia (se necessário);
  - colocar uma quantidade pequena de cada vez na boca (quer seja alimento ou bebida); fazer várias refeições ao longo do dia.
- Em caso de necessidade, solicitar visita do médico de família, médico da equipa ou aconselhar o cuidador a contactar SNS24 (808 24 24 24).
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes ou nova visita domiciliária em caso de necessidade para reavaliar a situação.

- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Engasgamento

**O cuidador contacta porque o seu familiar se engasgou.**

- **Utente apresenta obstrução da via aérea com dificuldade respiratória**

- No caso de não haver mais ninguém em casa, instruir o prestador de cuidados a desligar a chamada e contactar o número nacional de emergência médica (112), seguindo as orientações do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).
- Caso haja outra pessoa em casa deverá iniciar contacto para o 112. Enquanto isso, o cuidador deverá ir para junto do seu familiar e seguir as seguintes instruções:
  - Colocar o utente de pé (se possível), ou sentado e aplicar até 5 pancadas interescapulares com a base da mão, verificando a cada pancada se a obstrução foi resolvida.

Se após as 5 pancadas a obstrução não ficar resolvida, instruir o cuidador a realizar as compressões abdominias.

- Coloque-se por trás da vítima e circunde o abdómen da mesma com os seus braços, inclinando a vítima para a frente;
- Feche o punho de uma mão e posicione-o acima do umbigo, colocando a outra mão por cima desta;
- Faça força com as mãos, empurrando a barriga da vítima para cima e para dentro em simultâneo;
- Repita as compressões até que o objeto seja expelido, verificando entre cada compressão se foi atingido o efeito pretendido.

- **Utente sem dificuldade respiratória**

- Instruir o prestador de cuidados a vigiar sinais de alarme (febre, ruídos respiratórios, esforço ou dificuldade respiratória, extremidades arroxeadas) e procurar apoio médico caso surjam um ou mais sinais de alarme.
- Questionar sobre a presença de sinais de disfagia (Recusa alimentar, tosse durante ou após a deglutição, sialorreia, alterações da voz, engasgamentos frequentes e permanência de alimentos não deglutidos na boca).
- Programar visita domiciliária nas 24 horas seguintes (enfermeira de família ou na impossibilidade, enfermeira da UCC) para avaliar a situação e a capacidade de deglutição do utente.
- Em caso de necessidade, solicitar visita do médico de família, médico da equipa ou aconselhar cuidador a contactar SNS24 (808 24 24 24).
- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Estase Gástrica – Utente com ENG ou PEG

**O cuidador contacta porque ao verificar o volume residual gástrico antes da administração da refeição, verificou a presença de conteúdo.**

- Questionar o cuidador sobre a quantidade de volume aspirado.
- Se o volume for igual ou superior a metade da refeição anterior, voltar a introduzir a aguardar duas horas até verificar novamente, dando as seguintes instruções:
  - Manter o utente na posição de sentado, ou caso deambule, estimular o movimento. No caso de utente acamado, manter a cabeceira da cama elevada a pelo menos 30°.
  - Se após duas horas a situação se mantiver inalterada, não voltar a introduzir o conteúdo, fazer pausa alimentar de 2 horas.
  - Após esta pausa, iniciar administração de alimentos mais leves, em menor quantidade de cada vez e ir aumentando progressivamente à medida que o utente for tolerando.

- Se utente mantiver estase gástrica deve ser observado pelo médico, solicitar visita do médico de família, médico da equipa ou aconselhar cuidador a contactar SNS24 (808 24 24 24).
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Exatção da SNG ou PEG

### O cuidador contacta porque a SNG se exteriorizou parcial ou completamente

- Orientar cuidador para não administrar qualquer alimento ou bebida por via oral;
- Realizar visita domiciliária no próprio dia (enfermeira de família ou na impossibilidade, enfermeira da UCC);
- Caso seja impossível a realização dessa visita domiciliária, orientar cuidador para deslocação a um serviço de saúde. Dar indicação para contactar SNS 24 (808 24 24 24) para referenciação ao serviço onde se deverá dirigir.

### Cuidador contacta porque a PEG se exteriorizou

- Orientar Cuidador para se dirigir ao Serviço de Urgência hospitalar. contactar SNS 24 (808 24 24 24) para referenciação prévia.

## Febre

### O cuidador contacta porque o seu familiar se encontra com temperatura elevada.

- Perda de consciência ou mal-estar acentuado – instruir o prestador de cuidados a desligar a chamada e contactar o número nacional de emergência médica (112).
- Questionar o cuidador sobre o valor da temperatura e qual o tipo de termómetro e local anatómico da avaliação (axilar, auricular, oral).

- Considera-se febre temperatura superior a 37,5 axilar ou oral superior a 37,5° C ou timpânica superior a 37,7° C, no entanto o organismo das pessoas idosas poderá ter menor capacidade de elevar a temperatura corporal.
- Dar indicação para arrefecimento periférico, aconselhando a:
  - retirar roupa excessiva;
  - aplicar compressas/panos molhados em água fria alternadamente nas regiões axilar, inguinal, punhos, tórax, dorso (secar cada zona antes de aplicar na seguinte);
  - mudar a roupa da cama se estiver molhada.
- Questionar o cuidador da existência de um medicamento (antipirético) prescrito para este tipo de situações. Aconselhar a sua administração de acordo com os intervalos de segurança.
- Questionar da data de início dos episódios febris e da presença de outros sintomas associados.
- No caso de sintoma persistir há 3 dias ou mais ou existirem sinais ou sintomas de alarme associados, solicitar visita do médico de família, médico da equipa ou aconselhar cuidador a contactar SNS24 (808 24 24 24).
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Feridas/ Outras Lesões na pele

**O cuidador contacta porque observou uma alteração na pele do seu familiar.**

- **É uma zona de ruborização não branqueável?**
- Dar as seguintes indicações ao cuidador:
  - não massajar diretamente a zona de rubor, mas apenas a zona envolvente.
  - aliviar a pressão através de posicionamentos adequados.
- Agendar visita domiciliária para as 24 horas seguintes (enfermeira de família ou na impossibilidade, enfermeira da UCC);

- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

- **Há perda da integridade cutânea?**

- Instruir o cuidador a posicionar o utente de forma a aliviar a pressão, e proteger o local com compressa (se disponível).
- Agendar visita domiciliária de enfermagem para o próprio dia ou na impossibilidade, nas 24 horas seguintes (enfermeira de família ou na impossibilidade, enfermeira da UCC);
- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Hemorragias

### O cuidador contata porque o seu familiar tem uma hemorragia. Onde?

- **Encontrou Sangue nas fezes**
- Solicitar apoio do médico de família, médico da equipa ou aconselhar cuidador a contactar SNS24 (808 24 24 24).
- **Tem uma ferida aberta com hemorragia**
- Orientar o cuidador para:
  - Lavar a lesão com água corrente;
  - Colocar compressa ou pano húmido e fazer compressão, desde que não haja evidência de fratura exposta;
- Caso a lesão seja muito extensa e/ou a hemorragia não pare, aconselhar a desligar a chamada e contactar o número nacional de emergência médica (112).
- Caso a hemorragia seja controlada e não haja evidência de outras complicações, agendar visita domiciliária de enfermagem para as 24 horas seguintes (enfermeira de família ou na impossibilidade, enfermeira da UCC);
- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

- **Apresenta vômitos com sangue**
- Aconselhar a desligar a chamada e contactar o número nacional de emergência médica (112).
- Programar contacto nas 48 horas seguintes para obter informações da evolução da situação.
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.
- 

## Hiperglicemia

**O cuidador contacta porque o seu familiar apresenta os níveis de açúcar no sangue muito elevados.**

- **Utente Inconsciente**

- Instruir o cuidador a desligar a chamada e contactar o Número Nacional de Emergência Médica (112)
- Alertar para não dar nada por via oral.

- **Utente com consciência preservada**

- Indagar sobre horário e conteúdo da última refeição.
- Questionar sobre sintomas associados à hiperglicemia.
- Questionar se o utente tem prescrita insulina rápida e esquema de administração.
- Em caso afirmativo validar a informação do esquema e orientar o cuidador para a sua administração.
- Aconselhar aumento da ingestão hídrica.
- Informar sobre sinais de alarme instruir a contactar 112 em caso de perda de consciência.
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Hipoglicémia

**O cuidador contacta porque o seu familiar apresenta os níveis de açúcar no sangue baixos.**

- **Utente Inconsciente**

- Instruir o cuidador a desligar a chamada e contactar o Número Nacional de Emergência Médica (112), alertar para não dar nada por via oral.

- **Utente com consciência preservada**

- Questionar o cuidador do valor da glicémia capilar que avaliou.
- O utente encontra-se em hipoglicémia se este valor for inferior a 70mg/dl.
- Neste caso dar indicação para o cuidador diluir numa pequena quantidade de água, 2 pacotes ou 2 colheres de sobremesa de açúcar e dar ao utente.
- No caso de valores inferiores a 60mg/dl ou ausência de água, colocar o açúcar debaixo da língua.
- Dar instruções para repetir a pesquisa da glicémia 5 minutos depois desta ingestão de açúcar.
- Caso os valores ainda não estejam dentro dos parâmetros normais repetir a ingestão de açúcar até os valores estabilizarem acima dos 70mg/dl.
- Após a estabilização fornecer uma refeição rica em hidratos de carbono de absorção lenta (pão, arroz, massa, batatas, bolachas...)
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Obstipação

**O cuidador contacta porque utente se encontra obstipado**

- Questionar o cuidador da data da última dejeção do utente e dos hábitos de eliminação intestinal do mesmo.

- Orientar cuidador para:
  - fornecer ao utente uma alimentação rica em fibras, legumes, frutas cruas, citrinos, ameixas e aumentar a ingestão de líquidos.
  - realizar massagem abdominal ao utente, utilizando creme hidratante ou óleo, com a palma da mão no sentido dos ponteiros do relógio.
- Avaliar necessidade de administração de medicação laxante ou aplicação de microclisteres.
- Indagar sobre disponibilidade de medicação laxante no domicílio. Orientar para administração de acordo com prescrição.
- Em caso de não resolução, referenciar para o médico de família, médico da equipa ou aconselhar cuidador a procurar apoio médico. Ligar para SNS24 (808 24 24 24).
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Queda

### O cuidador contata porque o seu familiar sofreu uma queda

- **Utente Inconsciente ou com dor intensa e localizada, não conseguindo mexer-se**
  - Dar instruções ao cuidador para não o tentar levantar e aconselhar a desligar a chamada e contactar o número nacional de emergência médica (112).
  - Dar instruções para manter utente quente.
- **Utente Consciente e sem dor localizada**
  - Instruir cuidador a sentar utente no chão, colocar uma cadeira por perto, ajudar o utente a levantar-se, colocando-se por trás e segurando com as duas mãos no cóis ou cinto das calças. Chamar ajuda de um familiar ou vizinho caso não consiga fazer este procedimento sozinho.

## Queixas do sistema génito-urinário

**Cuidador contacta porque o utente tem:**

- Febre, associada a urina espessa ou turva ou com cheiro intenso
- Inflamação da uretra
- Deixou de urinar ou o volume de urina diminuiu acentuadamente apesar da ingestão abundante de líquidos
- Apresenta dor na bexiga

**Para um utente algaliado:**

- Observa sangue dentro ou fora da sonda
- Perdeu urina em grande quantidade por fora da sonda
- Houve extração acidental da sonda vesical

- Em caso de resposta afirmativa a uma ou mais questões acima mencionadas, o utente deveser observado por um profissional de saúde.
- Programar visita domiciliária para o próprio dia, ou 24 horas seguintes de acordo com a avaliação da gravidade da situação (enfermeira de família ou na impossibilidade, enfermeira da UCC).
- Solicitar apoio do médico de família, médico da equipa ou aconselhar cuidador a contactar SNS24 (808 24 24 24).
- Registar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Recusa Alimentar

**O cuidador contacta porque o seu familiar se recusa a comer**

- Dialogar com o cuidador no sentido de tentar perceber o motivo que está a levar à recusa alimentar do utente.
- Orientar o cuidador no sentido de:
  - Fazer uma pausa alimentar, sem insistências nem pressões.
  - Caso o utente seja diabético, fazer um controlo mais regular da glicémia capilar, no sentido de prevenir hipoglicémias causadas por uma pausa alimentar mais prolongada. Em caso de hipoglicémia – Proceder de acordo com o descrito no campo “Hipoglicémia”.
  - Proporcionar ao utente algum tipo de distração que seja do seu agrado (ex. passeio no exterior, ver televisão, ouvir música, conversar...)
  - Falar de forma calma e clara para o utente.
- Programar contacto nas 48 horas seguintes para reavaliar a situação.
- No caso de o quadro de recusa não reverter, referenciar para o médico de família, médico da equipa ou aconselhar o cuidador a contactar o SNS24 (808 24 24 24).

## Vómitos

### O cuidador contacta porque o seu familiar se encontra com vómitos

- Dialogar com o cuidador no sentido de tentar perceber a causa dos vómitos;
- Orientar o cuidador no sentido de:
  - Evitar alimentos ricos em gorduras, lacticínios, e ricos em açúcar;
  - Proporcionar ao utente um ambiente sem odores fortes e um ambiente arejado e bem iluminado;
  - Proporcionar higiene oral e corporal adequadas de modo a evitar maus odores;
  - No caso de um utente acamado, manter a cabeceira elevada, ou utente em decúbito lateral, no sentido de prevenir a aspiração do vómito.
  - Fazer pausa alimentar.
  - No caso de haver medicação em SOS para náuseas e vómitos, administrar de acordo com a prescrição médica (15 min. Antes das refeições).

- No caso de a situação não reverter, referenciar para o médico de família, médico da equipa ou aconselhar o cuidador a contactar o SNS24 (808 24 24 24).
- Programar contacto telefónico nas 24 horas seguintes para reavaliar a situação.
- Registrar e referenciar para a Equipa de Saúde Familiar.

## Questões não relacionadas com o estado de Saúde do Utente

### Dúvidas relacionadas com prestações sociais

- Referenciar para Técnica Superior de Serviço Social

### Angústia/ansiedade, sinais de depressão do Cuidador

- Prestar apoio emocional/escuta ativa
- Programar visita domiciliária
- Aplicar a ESC (Escala da Sobrecarga do Cuidador) – Zarit (Sclingo)
- Estabelecer programa de acompanhamento do cuidador
- Referenciar para grupos de auto-ajuda existentes na comunidade
- Referenciar para acompanhamento de psicologia após avaliação.

**APÊNDICE V**

**[FORMULÁRIO DE REGISTO DAS CHAMADAS – “FICHA DO CUIDADOR”]**

## FICHA DO CUIDADOR

N. de Processo \_\_\_\_\_ Profissional que recebeu chamada \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome da pessoa cuidada:		
N.º de SNS:		
Contacto Telefónico:		
Morada:		
Motivo do contacto:		
Score da ESC (Escala da Sobrecarga do Cuidador)	1.º Contacto:	Último Contacto:

### Registo dos contactos

Data	Intervenções	Profissional

Data de Alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

## ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Escala de Sobrecarga do cuidador (ESC) (Sequeira, 2007, 2010a, 2010b, 2013)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor responder à sua opinião.

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

DATA \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE VI**

**[CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DE “LINHA DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL”]**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

# **Linha de Apoio ao Cuidador Informal**



## **912496340**

**Se é Cuidador Informal e tem uma dúvida, ligue.**

**A sua chamada será atendida por um Enfermeiro,  
que o ajudará a esclarecer a sua dúvida e lhe dará o  
encaminhamento adequado!**

**Horário: De segunda a sexta entre as 9h e as 17h**

**Unidade de Cuidados na Comunidade de Cantanhede**

## **APÊNDICE VII**

**[Plano de Saúde Individual menina AA]**

## Plano de Saúde Individual (PSI)

**Unidade:** Unidade de Saúde Pública ACeS Baixo Vouga

**Ano letivo:** 2022/2023

### 1. Identificação

<b>Criança/aluno/a:</b> <b>Data Nascimento:</b> Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> <b>N.º utente do SNS:</b> Unidade de Saúde: Médico Família: Dra. Enf.º Família: Enf.
<b>Encarregado/a de Educação / Titular das Responsabilidades Parentais</b>
<b>Agrupamento de Escolas/Estabelecimento de Educação e Ensino que frequenta:</b> Agrupamento de Escolas: Contacto da Escola: Contacto do Diretor de Turma: Mail:
Nível de Educação/Ensino: <input type="checkbox"/> Pré-escolar <input type="checkbox"/> 1ºCEB <input checked="" type="checkbox"/> 2ºCEB <input type="checkbox"/> 3ºCEB <input type="checkbox"/> E. Secundário <input type="checkbox"/> Outro. Qual?
Turma:
Educador Infância / Professor Titular / Diretor de Turma:
Elemento(s) de referência na Escola:
<b>Equipa de Saúde Escolar:</b> - Unidade de Saúde Pública do ACeS Baixo Vouga - Contacto da Unidade; Nome dos Enfermeiros de referência –
<b>OBS:</b> A ausência programada dos elementos de referência em simultâneo, deverá ser acautelada com antecedência, articulando-se com a Equipa de Saúde Escolar.

### 2. Contactos

2.1. EM CASO DE URGÊNCIA	Parentesco	Tel./t/m
	Tia	
	Pai	
	Mãe	
2.2. da Equipa de Saúde Escolar	Unidade de saúde	Tel./t/m
2.3. do Enfermeiro/ Médico Família	Unidade de saúde	Tel./T/m
2.4. da consulta da especialidade	Local / Hospital	Tel./T/m
Médico:		
OBS: Numa situação de urgência de transporte para o hospital, este Plano de Saúde Individual deverá acompanhar a/o aluna/o, devendo ser entregue à equipa de saúde que a assiste.		

### 3. Condição de Saúde

Condições de saúde que levaram à referenciação da criança para a Equipa de Saúde Escolar.

#### 3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

- Criança com epilepsia refratária, confirmada por vários eletroencefalogramas e com Ressonância Magnética a descartar outras problemáticas. Primeira convulsão aos 18 meses, com uma convulsão mais grave aos 2 anos que desencadeou um internamento. As primeiras convulsões foram febris, as seguintes sem qualquer aparente fator desencadeante.
- A aguardar novos exames complementares e eventual cirurgia.

#### Medicada com:

- Levetiracetam, de manhã e à noite - 8 ml/dia.

#### Fatores desencadeantes conhecidos de crise convulsiva na criança:

- Desencadeia convulsões de forma súbita, sem qualquer aparente fator desencadeante, e sem qualquer padrão de periodicidade (está períodos longos de vários anos sem convulsões, já tendo tido 2 no mesmo mês).
- A última convulsão foi no final de junho de 2022.

#### Sinais de Alerta:

- A AA tem manifestado estados de indisposição sem explicação aparente, tais como falta de ar, sensação estranha na garganta, sonolência excessiva, vômitos, entre outros.
- Por vezes estas queixas precedem uma convulsão, mas noutros casos não.

#### As crises convulsivas da AA caracterizam-se por:

- olhar fixo e hipotonia, havendo necessidade de amparar a AA para que não se magoe;
- perda de consciência, ausentando-se por completo do que a rodeia não respondendo a qualquer questão.

**Alergias:** Desconhece

**PNV:** Atualizado

A 2ª dose da vacina Covid-19, foi administrada a 23-08-2022.

Sinaliza-se esta situação como Necessidade de Saúde Especial, para acompanhamento e vigilância, com referência específica aos profissionais da escola que ficam responsáveis por este PSI, procedendo-se à capacitação de todos os profissionais que intervêm com a AA e que terão de atuar em caso de **convulsão** na escola.

### 4. Perfil de Funcionalidade

4.1. NÍVEL DE AUTONOMIA da criança	Dependente	Autónomo	Necessita supervisão
<b>Andar e deslocar-se</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ouvir</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ver</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Adquirir e aplicar o conhecimento</b> (aprender novos conhecimentos, aplicar conhecimentos adquiridos, pensar, raciocinar e resolver problemas)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Comunicar</b> (compreender e ser compreendido pelos outros)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Realizar tarefas diárias comuns para a sua faixa etária</b> (tarefas escolares, atividades lúdicas /recreativas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cuidar de si próprio de forma apropriada à sua faixa etária</b> (comer, vestir, beber, lavar-se, urinar, evacuar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interagir e estabelecer relacionamentos interpessoais</b> (de forma apropriada à sua faixa etária)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cuidar da própria saúde</b> (medicação, aspiração, terapia específica, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBS:			

## 5. Intervenção na Escola

Assinalar as medidas de saúde que terão de ser realizadas na escola tendo em conta o horário da criança

### 5.1. TERAPÉUTICA SOS

Diazepam 10mg retal

SOS – Em caso de crise convulsiva



OBS:

**O Diazepam retal deve ser administrado assim que entrar em convulsão (Fixa o olhar e deixa de responder).**

Estes medicamentos devem andar sempre na mochila da criança como medicação de SOS. Estão outras duas unidades na escola: 1 n posto médico e outra no ginásio.

A medicação SOS que fica na escola, deve estar identificada com nome da criança, posologia e prazo de validade. É da responsabilidade do Encarregado de Educação controlar o prazo de validade da medicação e entregar nova medicação findo este prazo.

Anexa-se a prescrição médica de SOS ao PSI/processo do aluno na escola.

### 5.2. MODO DE ATUAÇÃO EM CASO DE CRISE CONVULSIVA

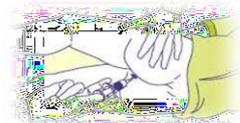
**Durante a Crise Convulsiva:**

1. Manter a calma;
2. Salvar a privacidade da criança;
3. Assegurar às outras crianças que tudo ficará bem rapidamente;
4. Pedir ajuda para tirar as outras crianças do local, ficando apenas o professor e assistente operacional para ajudar no que for necessário;
5. Desapertar a roupa à volta do pescoço;
6. Proteger a cabeça, se possível;
7. Deitar de lado, se possível;
8. Não impeça os movimentos;
9. Não introduza objetos na boca;
10. Não dê de beber ou comer durante e após a crise;
11. Administrar o medicamento prescrito (Diazepam 10mg);
12. Registar a hora de início da convulsão e o término.



**Procedimento de administração do Diazepam:**

1. Colocar luvas;
2. Colocar a criança de lado;
3. Expor o ânus da criança, para uma boa visualização do local de administração (sempre que possível respeitando o máximo de privacidade da mesma, pedindo ajuda a alguém para auxiliar com um casaco/camisola para tapar o campo de visão ao máximo);
4. Introduzir a cânula do medicamento no ânus;
5. Apertar a bisnaga e retirar mantendo a bisnaga apertada;
6. Vigiar a resposta da criança ao medicamento administrado (sonolência, cansaço, confusão, tonturas, fraqueza, diminuição da capacidade de reação, ...);
7. Após administração do Diazepam, deve ser contactado o n. Nacional de Emergência (112).



**Após convulsão:**

1. Vigiar até que a convulsão reverta (a convulsão termina quando a fecha os olhos);
3. Orientar a criança e explicar o que aconteceu;
4. Proporcionar à criança um curto período de repouso num sítio calmo;
6. Contactar os contactos de emergência (Tia; Pai; Mãe);
7. Manter a criança num ambiente calmo até chegar o Encarregado de Educação/INEM.

## 5.2. REFEIÇÕES ESCOLARES

Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>
Lanche do meio da manhã	<input checked="" type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>
Lanche da tarde	<input checked="" type="checkbox"/>

## 5.3. SAÍDAS ORGANIZADAS DA ESCOLA / VISITAS DE ESTUDO

### 1. SAÍDAS DE UM DIA E VIAGENS PROLONGADAS ORGANIZADAS PELA ESCOLA:

- É importante programar as atividades, identificar e prever as necessidades.
- Avisar previamente o encarregado de educação de:
  - Destino
  - Duração da viagem
  - Clima
- Material necessário para as viagens/saídas:  
Os tutoras deverão fazer-se acompanhar de:
  - Cópia do Plano de Saúde Individual
  - Água
  - Medicação de SOS (Diazepam Retal)

## 6. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL RATIFICADO POR:

Encarregado de Educação / Titular das Responsabilidades Parentais
Diretor de Turma:
Coordenadora do Estabelecimento
Profissionais de referência na escola
Equipa de Saúde Escolar

Data da avaliação inicial: 14-09-2022

Data de reavaliação: 13-10-2022

Data de reavaliação: 26-10-2022

Tomei Conhecimento e Concordo,

Mãe e Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

Enfermeiros de Saúde Escolar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diretor do Agrupamento \_\_\_\_\_

Coordenador do Estabelecimento \_\_\_\_\_

Diretor de Turma \_\_\_\_\_

Profissionais de referência na escola \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO / TITULAR DAS RESPONSABILIDADES PARENTAIS

Eu, (Encarregado de Educação) da criança/aluno/a, autorizo a realização das medidas de saúde a ser realizadas na escola, conforme descrito neste Plano de Saúde Individual e concordo com a transmissão da informação contida no respetivo Plano aos profissionais da Escola envolvidos.

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

Assinatura do Encarregado de Educação

---

## **APÊNDICE VIII**

**[PLANO DE SESSÃO PARA SESSÃO DE EPILEPSIA NA ESCOLA]**

Ação formativa na Escola XX– Agrupamento de Escolas de, no âmbito do Plano de Saúde Individual (PSI) da AA						
Tema da sessão: Epilepsia					Duração: 1h	
População-alvo: Professores e Funcionários Não docentes			Formadora: Vera Cruz		Data: 9/11/2022	
Local: Escola João Afonso		Horários:	15h - 1.ª sessão		17h – 2.ª sessão	
Objetivo Geral	Capacitar os professores e funcionários não docentes que têm contacto com a Margarida, para atuarem de forma correta numa situação de crise convulsiva.					
Objetivos específicos	1- Adquirir conhecimentos básicos acerca de epilepsia; 2- Saber como agir durante e após uma crise; 3- Compreender o método de administração da terapêutica de SOS (Diazepam Retal);					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e Técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios Didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema e enquadramento da sessão</li> <li>• Comunicação dos objetivos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> <li>• Interativo</li> </ul>	Computador Projetor Power Point	Formulação de perguntas iniciais	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir conhecimentos acerca da doença;</li> <li>• Perceber as diferenças nos tipos de crises;</li> <li>• Saber como agir durante e após uma crise;</li> <li>• Compreender o método de administração de terapêutica- Diazepam (Stesolid);</li> </ul>	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> <li>• Interativo</li> <li>• Demonstrativo</li> </ul>	Computador Projetor Power Point Boneco Bisnaga de stesolid (fora de prazo)	Observação direta e participação	45 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese</li> <li>• Formulação de questões</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participativo</li> </ul>	Computador Telemóveis dos participantes Kahoot	Questões de verdadeiro e Falso e Escolha múltipla no Kahoot	10 min.

## **APÊNDICE IX**

**[MATERIAL DE APOIO À SESSÃO DE EPILEPSIA NA ESCOLA]**



**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

**ARSC**  
ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P.



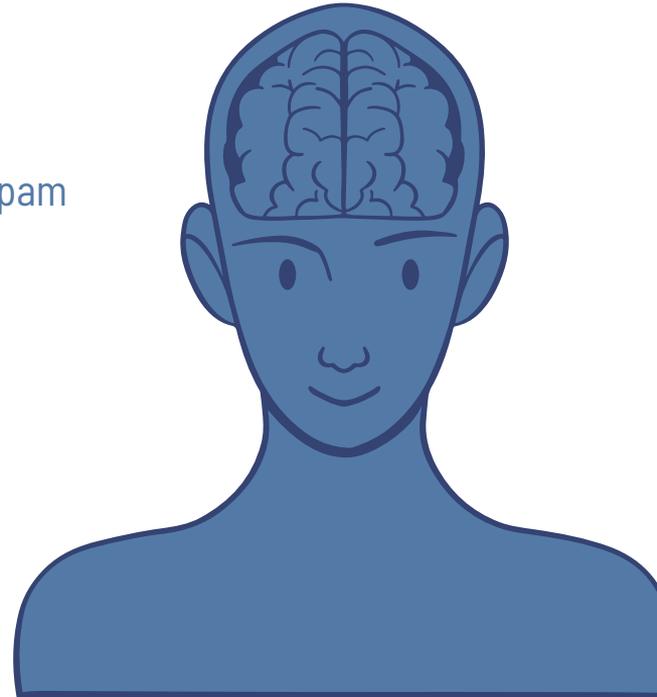
# EPILEPSIA



Equipa de Saúde Escolar  
Unidade de Saúde Pública ACeS Baixo Vouga

# OBJETIVOS

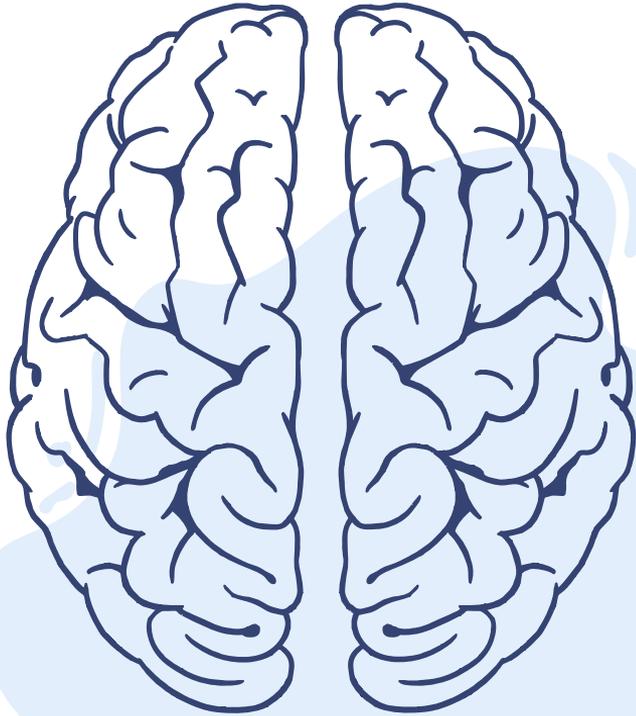
- Adquirir conhecimentos acerca da doença;
- Perceber as diferenças nos tipos de crises;
- Saber como agir durante e após uma crise;
- Compreender o método de administração de terapêutica- Diazepam (Stesolid);



# ÍNDICE

- O QUE É A EPILEPSIA?
- CAUSAS
- FATORES DESENCADEANTES
- TIPOS DE CRISES
- O QUE FAZER DURANTE UMA CRISE CONVULSIVA?
- ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA - DIAZEPAM
- O QUE FAZER DEPOIS DE UMA CRISE?
- REFERÊNCIAS

# O QUE É A EPILEPSIA?



- Doença neurológica que afeta o sistema nervoso central;
- Caracterizada por pelo menos dois episódios de convulsões;
- Ocorre uma alteração da atividade elétrica do cérebro, caracterizada por descargas elétricas descontroladas;
- Episódios de curta duração, temporária e reversível;
- Consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais;
- É essencial o controlo das crises no sentido de minimizar as consequências.

Ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas secundários a uma atividade neuronal excessiva ou síncrona.



## **Crise epilética ≠ Epilepsia**

Ocorrência de pelo menos duas crises epiléticas

# CAUSAS



**Genéticas;  
Metabólicas;  
Traumatismo;  
Desconhecidas (65%).**



# FATORES DESENCADEANTES

**01 STRESS**

**02 SUSPENSÃO DA TOMA DA  
MEDICAÇÃO**

**03 PRIVAÇÃO DE SONO**

**04 ALTERAÇÕES HORMONAIS**

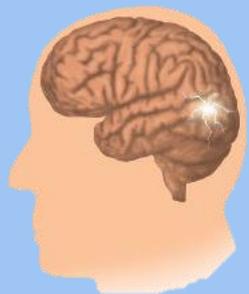
**05 TOMA DE OUTROS MEDICAMENTOS**

**06 FEBRE E INFEÇÕES**

**07 ANSIEDADE**

**08 ESTÍMULOS LUMINOSOS,  
(atenção especial a ecrãs  
telemóveis, computadores  
tabletes ...)**

# TIPOS DE CRISES



## Parciais ou Focais

Afetam apenas um local do cérebro. São as mais frequentes.



## Generalizadas

Afetam várias áreas do cérebro.

# TIPOS DE CRISES

Crise Parcial Simples



2



Crise Parcial Complexa

Crise de Ausência



4



Crise Generalizada  
(tônico-clônica) -  
Convulsão

# Crise Parcial Simples

- Não ocorre perda de consciência;
- Podem ocorrer contrações repetidas de um membro ou da face;
- Podem ocorrer alterações sensitivas (Formigueiro), visuais (olhar vago, desfocado), e/ou psíquicas (desorientação).



# Crise Parcial Complexa

- Início súbito;
- Ocorre perda de consciência;
- Alterações motoras - realizados movimentos involuntários coordenados - automatismos;
- Alterações sensoriais e/ou de linguagem.



# Crise de Ausência

- Ocorre perda de consciência;
- Não ocorre alteração motora;
- Breve e frequente (10 a 15 segundos);
- Têm início e fim súbito;
- Interrupção abrupta das atividades;
- Olhar vago;
- Geralmente regredem com a idade.



# Crise Generalizada (tônico-clônica) – Convulsão

- Ocorre perda de consciência;
- Contrações musculares involuntárias repetidas;
- Pode morder a língua;
- Pode apresentar incontinência urinária.



# O QUE FAZER DURANTE UMA CRISE CONVULSIVA?



- Manter a calma;
- Monitorizar a duração da crise;
- Remover objetos que estejam próximos;
- Proteger a cabeça da criança;
- Colocar em posição lateral de segurança;
- Administrar medicação - Diazepam;
- Acompanhar a criança até que tenha uma respiração normal e recupere os sentidos.

# ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA- STESOLID

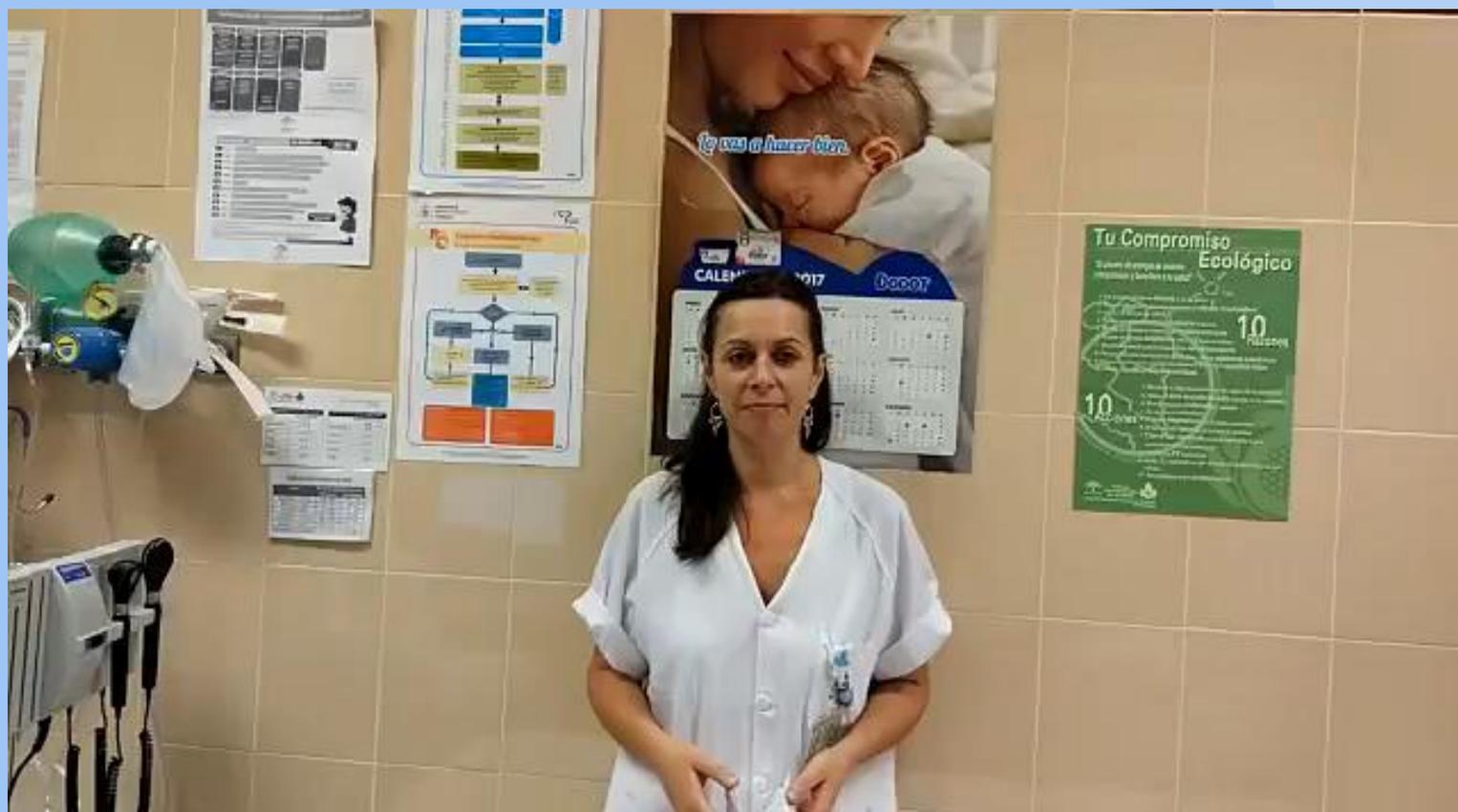
Administrar em caso de **CONVULSÃO**;

Segundo as indicações da prescrição médica - presentes no PSI da criança;

## INDICAÇÕES:

- Proporcionar privacidade à criança;
- Colocar luvas;
- Expor o ânus da criança, para uma boa visualização do local de administração;
- Introduzir a cânula do medicamento no ânus;
- Apertar a bisnaga;
- Retirar a cânula mantendo a bisnaga apertada, de modo a que a medicação não fique dentro da bisnaga;
- Avaliar a reação da criança à medicação.





# EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Cansaço;
- Confusão;
- Dor de cabeça;
- Não recordar o que se passou durante a crise.



# O QUE NUNCA FAZER DURANTE UMA CRISE CONVULSIVA?



- Introduzir objetos na boca da criança;
- Tentar puxar a língua da criança;
- Impedir os movimentos;
- Dar algo a beber/comer;
- Tentar “acordar” a criança.



# O QUE FAZER DEPOIS DE UMA CRISE?

- Posicionar criança;
- Vigiar a respiração da criança;
- Orientar e explicar o que aconteceu;
- Proporcionar privacidade e período calmo;
- Contactar os familiares, e encaminhar para o serviço de urgência de acordo com o regulamento da escola.



# POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

1



2



3



# PSI da Margarida



## **Durante a Crise Convulsiva:**

1. Manter a calma;
2. Salvaguardar a privacidade da criança;
3. Assegurar às outras crianças que tudo ficará bem rapidamente;
4. Pedir ajuda para tirar as outras crianças do local, ficando apenas o professor e assistente operacional para ajudar no que for necessário;
5. Desapertar a roupa à volta do pescoço;
6. Proteger a cabeça, se possível;
7. Deitar de lado, se possível;
8. Não impeça os movimentos;
9. Não introduza objetos na boca;
10. Não dê de beber ou comer durante e após a crise;
11. Administrar o medicamento prescrito (Diazepam 10mg);
12. Registar a hora de início da convulsão e o término.

# PSI da Margarida

## **Após convulsão:**

1. Vigiar até que a convulsão reverta (a convulsão termina quando a Margarida fecha os olhos);
2. Orientar a criança e explicar o que aconteceu;
3. Proporcionar à criança um curto período de repouso num sítio calmo;
4. Contactar os contactos de emergência (Tia; Pai; Mãe);
5. Manter a criança num ambiente calmo até chegar o Encarregado de Educação/INEM.

# O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO

- **Saber reconhecer e atuar durante uma crise epiléptica;**
- **Saber descrever;**
- **Ser colaborante com o tratamento;**
- **Saber controlar os fatores desencadeantes;**
- **Saber gerir e partilhar informação;**

# O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO

- Tornar a escola num local que proporciona uma experiência positiva e enriquecedora para as crianças com epilepsia;
- A atitude dos profissionais vai influenciar as reações das pessoas que estão ao seu redor permitindo resultados mais eficazes;
- A criança com epilepsia vai se sentir mais segura sabendo que os profissionais de educação têm conhecimento sobre epilepsia.

# PERGUNTAS FINAIS...



Classifique como verdadeiro ou falso

**Na administração do diazepam à Margarida eu devo..**

- Administrar só em caso de convulsão
- Fazer a administração em frente aos colegas
- Retirar a bisnaga do ânus sem a bisnaga estar apertada
- Chamar ajuda de outro adulto
- Vigiar sinais e sintomas após administrar o medicamento

# PERGUNTAS FINAIS...



Classifique como verdadeiro ou falso:

- As crises convulsivas da Margarida caracterizam-se por movimentos generalizados dos membros;
- Uma crise convulsiva na Margarida, caracteriza-se por, olhar fixo e sem resposta a questões e perda da força muscular, sendo necessário amparar a queda;

De acordo com a informação fornecida pelos familiares da Margarida, a crise terá terminado quando: (Selecione a opção correta)

- a) A Margarida se levanta;
- b) A Margarida fecha os olhos;
- c) A Margarida abre os olhos;
- d) A Margarida sorri.



**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

**ARSC**  
ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P

# EPILEPSIA



Enf.<sup>a</sup> Vera Cruz,  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, sob orientação da Enf.<sup>a</sup> Ana Lebreiro, Enf.<sup>o</sup> Carlos Vitor da USP de Aveiro e Professor Carlos Silva da ESEnfC.

# REFERÊNCIAS

- McPhee, S. & Ganong, W. (2007). Fisiopatologia da doença: Uma introdução à medicina clínica. 5ª edição;
- Robert S. Fisher et al. (2017). Classificação Operacional das Crises da ILAE: Artigo de Consenso da Comissão da ILAE para a Classificação e Terminologia. Pg.1-14. Disponível em: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/OperationalClassification-Fisher2017-Portugal.pdf>
- Ekman, L. (2008). Neurociência, fundamentos para a reabilitação



## **APÊNDICE X**

**[FOLHETO INFORMATIVO – “ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL”]**

## Sobre o acesso ao Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal deve ter em consideração que:

- ⇒ O rendimento de referência do agregado familiar do cuidador seja inferior a 1,3 IAS (576,16€);
- ⇒ Para determinar o rendimento de referência do agregado familiar são considerados todos os rendimentos dos elementos que constituem o agregado familiar do cuidador principal, incluindo a pessoa cuidada.
- ⇒ Para esclarecer as condições de acesso ao subsídio e o montante a receber consulte o Guia Prático do Estatuto do Cuidador Informal\*, ou a Assistente Social.

## Como pedir o estatuto:

- ♦ Junto dos serviços da segurança social, preferencialmente através da segurança social direta em [www.seg.social.pt](http://www.seg.social.pt). No menu “Família” escolha a opção “Estatuto do cuidador informal”. clique em “Pedir novo estatuto do cuidador informal” e siga os passos;

### Documentos a apresentar:

Para acesso detalhado a esta informação consulte o Guia Prático do Estatuto do Cuidador Informal\* (páginas 23 a 25).



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**ENFERMEIRA VERA CRUZ  
ESTUDANTE DE Mestrado em  
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E  
SAÚDE PÚBLICA**

**Email:** [veramoniacruz@gmail.com](mailto:veramoniacruz@gmail.com)

### **Contactos UCC de Cantanhede:**

Avenida 25 de Abril, 24 3060-123, no  
módulo IV

**Telefone:** 231419240

**Telemóvel:** 912496340

**Correio Eletrónico:**

[ucc.cantanhede@arscentro.min-saude.pt](mailto:ucc.cantanhede@arscentro.min-saude.pt)

### **Fonte:**

Instituto da Segurança Social, I.P. (2022) Guia Prático, Estatuto do Cuidador Informal.

Documento completo disponível em:

\*<https://www.segsocial.pt/documents/10152/17083135/8004Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efce047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>



## **Estatuto do Cuidador Informal**



**Conheça os seus direitos!**



Janeiro de 2023

## Quem é o Cuidador Informal?

O cuidador Informal é sempre o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos).

## Cuidador Informal Principal:

É o cuidador que acompanha e cuida da pessoa de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

## Cuidador Informal Não Principal:

É o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

## Pessoa Cuidada:

É a pessoa titular de complemento por dependência de 2.º grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoa, ou titular de complemento por dependência de 1.º grau, desde que se encontre, transitoriamente acamada, ou a necessitar de cuidados permanentes, mediante avaliação específica do sistema de verificação de incapacidades permanentes, da segurança social, não estando integrada em resposta social ou de saúde, em regime residencial.

## Requisitos para obter o estatuto de:

### Cuidador Informal

- ▶ Possuir residência legal em território nacional;
- ▶ Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ▶ Apresentar condições de saúde adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada e ter disponibilidade para a sua prestação;
- ▶ Ser cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada.
- ▶ Não ser titular de pensão de invalidez absoluta, de pensão de invalidez do regime especial de proteção na invalidez e de prestações por dependência.

### Cuidador Informal Principal

- ▶ Viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada;
- ▶ Prestar cuidados de forma permanente, mesmo que a pessoa cuidada frequente estabelecimento de ensino, de ensino especial ou respostas sociais de natureza não residencial;
- ▶ Não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada;
- ▶ Não se encontrar a receber prestações de desemprego;
- ▶ Não auferir remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

## Medidas de Apoio ao Cuidador Informal:

- \* Profissionais de referência, da saúde e da segurança social;
- \* Plano de Intervenção Específico ao Cuidador;
- \* Grupos de autoajuda;
- \* Formação e informação;
- \* Apoio Psicossocial;
- \* Descanso do Cuidador Informal;
- \* Estatuto de trabalhador-estudante;
- \* Reconhecimento, validação e certificação de competências;

## Medidas de Apoio Específicas ao Cuidador Informal Principal:

- \* Subsídio de apoio (mediante condições específicas);
- \* Inscrição do Regime de Seguro Social Voluntário;
- \* Promoção da integração no mercado de trabalho;

## Medidas de Apoio Específicas ao Cuidador Informal Não Principal:

- \* Conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados, podendo beneficiar do regime de parentalidade e de teletrabalho, nos termos previstos no código do trabalho;

**APÊNDICE XI**

**[PLANO DE SESSÃO DO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL]**

Ação formativa no Centro de Saúde de Cantanhede – ACES Baixo Mondego						
Tema da sessão: Estatuto do Cuidador Informal					Duração: 1h	
População-alvo: Profissionais do Centro de Saúde de Cantanhede e de Instituições parceiras (IPSS, Município de Cantanhede – projeto CuidIN)			Formadora: Vera Cruz		Data: 13/02/2023	
Local: Sala de reuniões do CS Cantanhede		Horários:	Início: 15h30		Fim: 17h	
Finalidade	Que, no âmbito da sua atividade profissional, os profissionais sejam capazes de elucidar os Cuidadores Informais acerca do Estatuto do Cuidador Informal.					
Objetivos específicos	1- Demonstrar conhecimentos sobre o Estatuto do Cuidador Informal; 2- Saber informar os Cuidadores Informais sobre os seus direitos e forma de os requerer; 3- Compreender o papel dos profissionais de referência da área da saúde e social no acompanhamento do Cuidador Informal.					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e Técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios Didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema e enquadramento da sessão</li> <li>• Comunicação do sumário</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> <li>• Interativo</li> </ul>	Computador Projetor Power Point	Formulação de perguntas iniciais	10 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceitos no âmbito do ECI</li> <li>• Requisitos e medidas de apoio</li> <li>• Intervenção e papel dos profissionais</li> </ul>	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> <li>• Interativo</li> <li>• Demonstrativo</li> </ul>	Computador Projetor Power Point	Observação direta e participação	60 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Síntese</li> <li>• Avaliação da sessão</li> <li>• Entrega de folhetos destinado aos CI</li> </ul>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participativo</li> </ul>	Computador Telemóveis dos participantes Folheto sobre estatuto	Questionário de avaliação da sessão (forms)	20 min.

## **APÊNDICE XII**

**[MATERIAL DE APOIO À SESSÃO DO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL]**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**



# ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS

Enfermeira Vera Cruz  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde  
Comunitária e Saúde Pública

# Sumário

- O que é o Estatuto do Cuidador Informal (ECI)
- A quem pode ser concedido
- Conceitos no âmbito do Estatuto
- Requisitos para obter o estatuto de Cuidador Informal
- Medidas de apoio aos cuidadores
- A intervenção da saúde no âmbito do estatuto do cuidador informal
- Condições de acesso ao subsídio do cuidador informal
- Como pedir o estatuto
- Documentos a apresentar

# Estatuto do Cuidador Informal

- É atribuído ao CI que cumpra os critérios definidos na legislação
- Regula os direitos e deveres do CI e da pessoa cuidada
- Formaliza o acesso a medidas de apoio
- Lei n.100/2019, de 6 de setembro – Aprova o estatuto do cuidador informal
- Decreto Regulamentar n.º1/2022, de 10 de janeiro – Regulamenta os termos do reconhecimento do estatuto e medidas de apoio ao cuidador informal
- Circular Normativa Conjunta n.12/ACSS/ISS de 29/07/2022 – Modelo de articulação entre Segurança Social e Saúde, no âmbito do ECI
- Circular Normativa Conjunta n.º 13/ACSS/ISS de 29/07/2022 – Modelo do Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE) e procedimentos para a sua elaboração

# Conceitos: Quem é o Cuidador Informal?

- ❖ Cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinnetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos).

# Conceitos: Cuidador Informal principal

- ❖ É o cuidador que acompanha e cuida da pessoa de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

# Conceitos: Cuidador Informal Não Principal

- ❖ É o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

# Conceito/ Requisitos da Pessoa Cuidada

- ❑ Encontrar-se numa situação de dependência de terceiros e a necessitar de cuidados permanentes;
- ❑ Não se encontrar acolhida em resposta social ou de saúde, pública ou privada, em regime residencial.
- ❑ Ser titular de uma das seguintes prestações:
  - Subsídio por assistência de terceira pessoa;
  - Complemento por dependência de 2.º grau;
  - Complemento por dependência de 1.º grau, desde que, transitoriamente acamada, ou a necessitar de cuidados permanentes (deverão ser alvo de uma avaliação específica de verificação da incapacidade para o comprovar);
  - Complemento por dependência 1.º e 2.º graus e subsídio por assistência de terceira pessoa atribuídos pela Caixa Geral de Aposentações.

# Requisitos Gerais para Obter o ECI

- ❑ Possuir residência legal em território nacional;
- ❑ Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ❑ Apresentar condições de saúde adequadas aos cuidados a prestar à pessoa cuidada e ter disponibilidade para a sua prestação;
- ❑ Ser cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada.
- ❑ Não ser titular de pensão de invalidez absoluta, de pensão de invalidez do regime especial de proteção na invalidez e de prestações por dependência.

# Requisitos Específicos do Cuidador Informal Principal

- Viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada;
- Prestar cuidados de forma permanente, mesmo que a pessoa cuidada frequente estabelecimento de ensino, de ensino especial ou respostas sociais de natureza não residencial;
- Não exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanentes à pessoa cuidada;
- Não se encontrar a receber prestações de desemprego;
- Não auferir remuneração pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

# Consentimento da Pessoa Cuidada

- A pessoa cuidada deverá manifestar de forma clara que compreende e pretende que o requerente seja reconhecido como seu cuidador informal.
- Como?
  1. Assinatura da pessoa cuidada, no próprio requerimento, acompanhada de declaração médica que ateste que se encontra em pleno uso das suas faculdades intelectuais;
  2. Assinatura do representante legal, apresentando o documento comprovativo da sua condição de representante (ex. procuração).
  3. No caso da pessoa cuidada maior não se encontrar no pleno uso das suas faculdades, o cuidador que lhe presta cuidados, tem legitimidade para **manifestar consentimento provisório**, desde que junte ao requerimento do estatuto, o comprovativo do pedido de ação de maior acompanhado, feito junto do tribunal.

# Medidas de Apoio aos Cuidadores

1. Profissionais de referência, da saúde e da segurança social;
2. Plano de Intervenção Específico ao Cuidador;
3. Grupos de autoajuda;
4. Formação e informação;
5. Apoio Psicossocial;
6. Descanso do Cuidador Informal;
7. Estatuto de trabalhador-estudante;
8. Reconhecimento, validação e certificação de competências;

# 1. Profissionais de Referência

- São designados pelos serviços competentes de saúde e da segurança social da área de residência da pessoa cuidada;
- Compete-lhes o acompanhamento de proximidade e a mobilização dos recursos disponíveis para assegurar os apoios e serviços que respondam às necessidades de cuidados de saúde e de apoio social;
  - **Profissional da área da Saúde** – aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados à pessoa cuidada.
  - **Profissional da segurança social** – Informação sobre direitos e benefícios; sinalização e encaminhamento para redes sociais de suporte, promovendo o cuidado no domicílio.

# O profissional de Referência da área da saúde:

- Avalia no prazo de 15 dias úteis após a designação como profissional de referência, os cuidados a prestar à pessoa cuidada, a condição de saúde e as necessidades do CI:
  - Identifica as tarefas do CI na prestação de cuidados à pessoa cuidada;
  - Avalia as condições para o exercício dessas tarefas;
  - Avalia o impacto na saúde física e psicológica (Aplicação Escala de ZARIT);
  - Identifica as necessidades de saúde e para o desempenho do papel de CI;
  - Identifica as áreas de intervenção, tarefas associadas e responsabilidade pela sua execução.

# O profissional de Referência da Segurança Social:

- Elabora o diagnóstico social da família, identificando:
  - As dinâmicas e características das relações familiares;
  - Os recursos locais pertinentes para apoiar o CI;
  - A perceção do CI sobre a sua vivência atual, o seu percurso e projeto de vida



**Após este diagnóstico, ambas as equipas, em conjunto com o cuidador, e sempre que possível a pessoa cuidada, elaboram o Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE)**

## 2. Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE)

- Diagnóstico e planeamento centrado na continuidade e proximidade dos cuidados (necessidades de saúde e sociais);
- Elaborado no prazo de 30 dias após o reconhecimento do estatuto de cuidador informal
- Contém:
  - Identificação dos intervenientes;
  - Avaliação das necessidades do CI;
  - Estratégias de acompanhamento, aconselhamento, capacitação e formação para o cuidador;
  - Meios a mobilizar para apoio e alívio na prestação de cuidados;
  - Avaliação da Sobrecarga do CI.

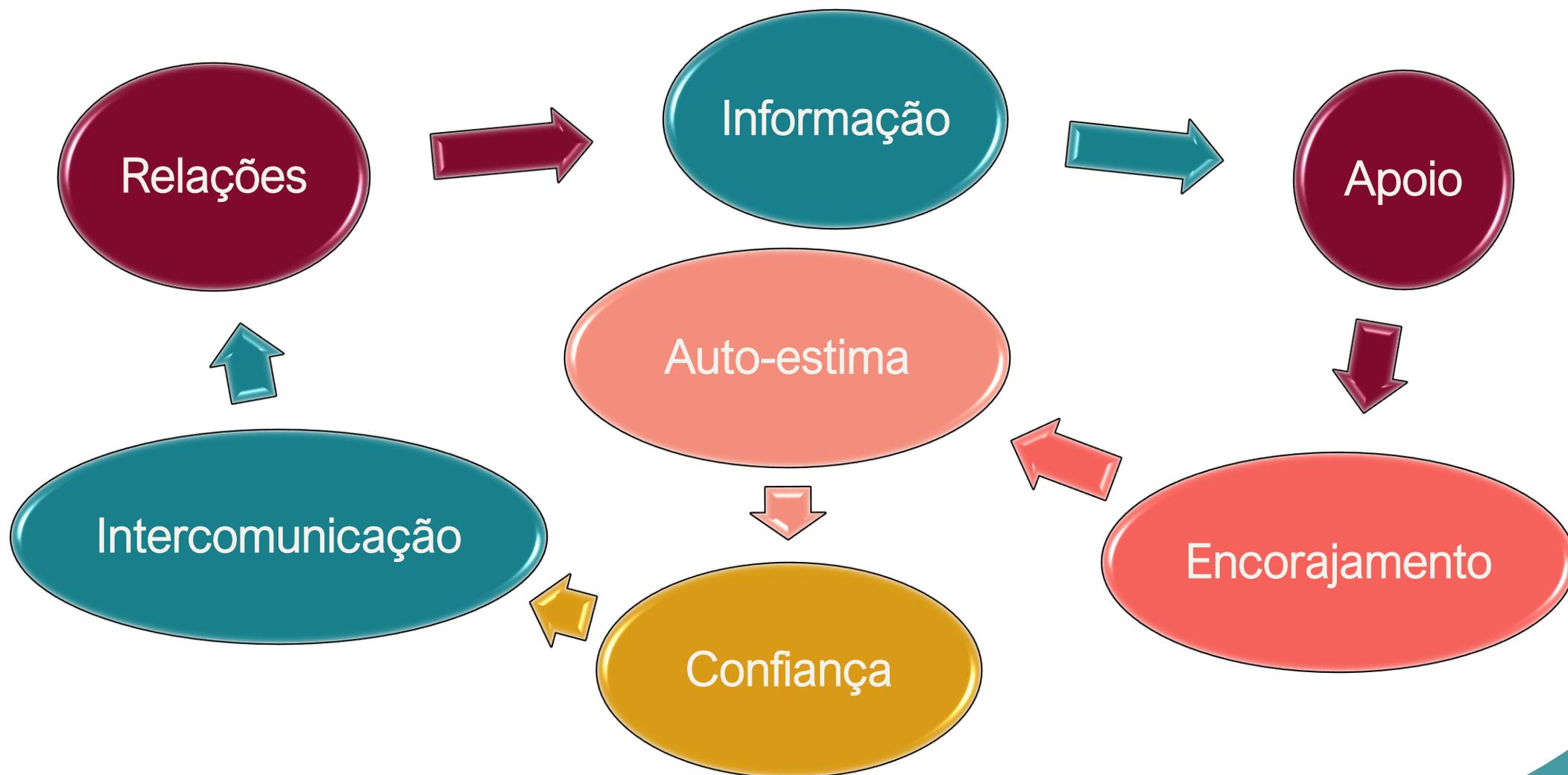
## 2. Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE)

- Avaliação do impacto na saúde física e psicológica do CI – através da Escala da Sobrecarga do Cuidador (ZARIT)
  - Deve ser realizada nos primeiros contactos e periodicamente para perceber o efeito da intervenção;
  - Permite avaliar o impacto da prestação de cuidados, a qualidade das relações interpessoais, as expectativas face ao cuidar e a perceção da autoeficácia.
- Identificar alguns problemas ativos e de risco para a saúde do CI (físicos, depressão, ansiedade, perturbações do sono, agressividade, problemas sociais, isolamento, perda de rendimentos, rutura de relações...)

## 2. Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE)

- Identificar as áreas de Intervenção, as tarefas associadas e quem fica responsável pela sua execução:
  - Informação/ capacitação;
  - Aconselhamento/apoio psicológico;
  - Apoio psicossocial/referenciação para recursos da comunidade;
  - Referenciação para recursos de saúde/sociais/inter pares.

# 3. Grupos de autoajuda



# 3. Grupos de autoajuda

- Identificação dos grupos de autoajuda (ex. Grupos de Ajuda Mútua) disponíveis na área de residência do cuidador;
- Criar e dinamizar grupos de autoajuda – só podem ser criados quando exista um número mínimo de cuidadores com disponibilidade para os frequentar;
- A disponibilidade dos CI pode determinar intervenções prévias (ex. grupos de voluntários, acesso a equipamento e conhecimentos de tecnologias de informação)

# 4. Formação e Informação

- **Informação** – esclarecimento simples, não estruturado sem plano de capacitação;
- **Capacitação** – formação estruturada sobre tarefas inerentes ao cuidar, que deverá incluir estratégias motivacionais, pedagógicas e cognitivo-comportamentais.

# 5. Apoio Psicossocial

- Os recursos da área da segurança social e da saúde, articulando com outros recursos de ação social da comunidade, asseguram o apoio psicossocial com o objetivo de:
  - ❑ Promove o desenvolvimento de competências pessoais e sociais;
  - ❑ Promover as condições necessárias para a prestação de cuidados adequados ao bem-estar da pessoa cuidada;
  - ❑ Assegurar encaminhamento para respostas e serviços que permitam atenuar ou resolver situações complexas (saúde mental, descanso do cuidador...)
  - ❑ Promover a ativação de recursos e apoios sociais, de acordo com as necessidades expressas no diagnóstico de necessidades do cuidador informal.

# 6. Descanso do Cuidador Informal

- Referenciação para outros recursos de saúde e de apoio social (ex.: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Lar Residencial, Serviço de Apoio Domiciliário, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).
  - Tempo para descanso ou para tratar da própria saúde;
  - Oportunidade do profissional de referência da saúde intervir junto do Cuidador Informal.
- Condições ainda por definir em Portaria Conjunta MF, MS, MTSSS
  - 30 dias por ano
  - De acordo com o PIE e necessidades do cuidador informal
  - Diferenciação positiva na comparticipação do utente e na atribuição da vaga

# 7. Estatuto de trabalhador estudante

- O cuidador que não exerça atividade profissional e que frequente oferta de educação ou de formação profissional beneficia do reconhecimento do estatuto de trabalhador estudante.

# 8. Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências

- Após a cessação da prestação de cuidados, o CI que pretenda desenvolver atividade profissional, pode ser encaminhado para um Centro Qualifica para Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências, vendo reconhecidas as competências que desenvolveu enquanto cuidador.

# Medidas de Apoio Específicas ao Cuidador Informal Principal

1. Subsídio de apoio (mediante condições específicas)
2. Inscrição do Regime de Seguro Social Voluntário
3. Promoção da integração no mercado de trabalho

# 1. Subsídio de Apoio

- Requisitos para atribuição do subsídio:
  - ❖ Ser reconhecido com o estatuto de cuidador informal principal;
  - ❖ Cumprir a condição de recursos (rendimentos) para acesso ao subsídio – Rendimento de referência do agregado familiar do cuidador deve ser inferior a 1,3 IAS (624,55 €).
  - ❖ Não ser beneficiário de prestações não acumuláveis com o subsídio (prestação por desemprego; prestação por dependência; pensão de invalidez absoluta, pensões por doenças profissionais associadas à incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, pensão de velhice, com exceção das pensões antecipadas que preenchem determinados requisitos).

# Exemplo

- Família com 3 adultos e 2 menores com um rendimento mensal global de 1.000,00€

Requerente	1
2.º adulto	0,7
3.º adulto	0,7
1.º menor	0,5
2.º menor	0,5
<b>Total</b>	<b>3,4</b>

- Divide o rendimento mensal do agregado familiar por 3,4.

- Neste exemplo, o rendimento de referência para esta família, ponderado de acordo com a escala de equivalência é de 294,12€ (1.000,00€: 3,4)
- Como este rendimento é inferior 1,3 IAS (624,55€), o cuidador informal principal pode requerer o subsídio de apoio.

# Subsídio de apoio

- Pode acumular com:
  - Pensão de velhice antecipada (mediante determinadas condições);
  - Pensão de sobrevivência;
  - Pensão de viuvez;
  - Pensão de invalidez relativa, se tiver idade igual ou inferior à idade legal da pensão de velhice.
- O valor de referência do subsídio corresponde a 1 IAS (480,43 €). Cumprindo todas as condições, o cuidador receberá a diferença entre o valor de referência e os seus rendimentos.

# Exemplo:

- Agregado familiar – 3 pessoas
- Leonor (cuidadora) - renda de uma loja – 150,00€
- Rafael (pessoa cuidada - filho menor) – complemento por dependência grau 1 – 106,96€
- Alberto (marido) – rendimentos de trabalho - 1.100,00€
- ① Verificação da condição de recursos do agregado familiar (rendimento calculado é maior ou menor do 576,16€) Cálculo da condição de recursos =  $(1.100,00€ + 150,00€) / (1 + 0,5 + 0,7) = 568,18€$  Como 568,18€ é menor do que 624,55€ - tem direito ao subsídio.
- ② Cálculo do subsídio a pagar  $480,43€ - (150,00€ + 106,96€) = 186,24€$

## 2. Inscrição no regime de Segurança Social Voluntário

- Regime contributivo de caráter facultativo com o objetivo de garantir o direito à segurança social;
- O cuidador informal principal tem direito a inscrever-se neste regime, mediante o pagamento de uma taxa contributiva de 21,4% sobre o valor de remuneração de um IAS (ou seja o cuidador deverá contribuir para a segurança social com 102,81€).
- Nestas situações o subsídio de apoio é majorado em 50% do valor desta contribuição (ou seja o cuidador receberá mais 51,40€).

# 3. Promoção da Integração no mercado de trabalho

- O CI, após a cessação das condições que determinaram o reconhecimento do estatuto, tem que estar inscrito no centro de emprego por forma a poder beneficiar de:
  - Ofertas de emprego disponíveis de acordo com o seu perfil;
  - Orientação profissional de apoio à gestão da sua carreira profissional;
  - Apoios à mobilidade geográfica, quando o local de trabalho implique a sua deslocação;
  - Apoios à integração no âmbito de estágios profissionais;
  - Apoios à contratação;
  - Apoios ao empreendedorismo;
  - Apoios à integração (atividades socialmente úteis, melhoria das competências socioprofissionais ...)

# Medidas de Apoio Específicas ao Cuidador Informal Não Principal

- Conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados, podendo beneficiar do regime de parentalidade e de teletrabalho, nos termos previstos no código do trabalho;

# Como e onde requerer o Estatuto

- Junto dos serviços da Segurança Social, preferencialmente através da segurança social direta.
- Formulários:
  - Requerimento do Estatuto do Cuidador Informal;
  - Requerimento do Subsídio de Apoio ao Cuidador Principal (quando aplicável);
  - Declaração Consentimento de Reconhecimento do Cuidador Informal;
  - Declaração de Composição e rendimento do agregado familiar;

# Documentos a apresentar:

- Documentos necessários (requerente e pessoa cuidada):
  - Documentos de identificação válidos;
  - Documento comprovativo de residência em Portugal;
  - Modelo RV 1017- DGSS, no caso de não estar inscrito na segurança social.
- Documentos necessários (Requerente, no caso de subsídio de apoio):
  - Documento de identificação fiscal;
  - Comprovativo do IBAN
- Documentos necessários (Pessoa Cuidada):
  - Declaração médica que ateste que a mesma se encontra no pleno uso das suas faculdades intelectuais.
  - Documento comprovativo de que recebe prestações por dependência por outra entidade;
  - Modelos para solicitar complemento por dependência, caso não seja titular de nenhuma dessas prestações.
  - Declaração de consentimento de reconhecimento do Cuidador Informal ou documento substituto.

# Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP – O Estatuto do Cuidador Informal e a Intervenção da Saúde
- Circular Normativa Conjunta n.12/ACSS/ISS de 29/07/2022
- Circular Normativa Conjunta n.º 13/ACSS/ISS de 29/07/2022
- Decreto Regulamentar n.º1/2022, de 10 de janeiro
- <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>
- Lei n.100/2019, de 6 de setembro

# 10 Frases que todos os Cuidadores deveriam ouvir:

- Podes pedir ajuda quando necessitares.
- Não estás sozinho.
- A situação pode não melhorar, mas estaremos ao teu lado, para te ajudar.
- Decidas o que decidires, certamente fa-lo-ás com a melhor das intenções.
- Delegar é possível, debes fazê-lo quando não és capaz de fazer tudo sozinho.
- Estás a fazer o melhor que sabes.
- Tens direito a ficar cansado e frustrado com a situação que estás a viver.
- Podes confiar nos profissionais, pois eles sabem bem como cuidar de um doente.
- Cuidar de uma pessoa dependente é muito complicado, ninguém nasce ensinado
- As pessoas que te julgam, deveriam estar no teu lugar.

Merche Cardona

(Docente Universidade de Salamanca)



## **APÊNDICE XIII**

**[CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL]**



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

# ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

Sessão Informativa e de Esclarecimento para  
Profissionais



**13 de fevereiro às 15h30 na Sala de Reuniões  
do Centro de Saúde de Cantanhede**

Inscrição online em <https://forms.office.com/r/MfZyTRPspK> gratuita mas  
obrigatória, limitada à capacidade da sala.

**ENFERMEIRA VERA CRUZ,  
ESTUDANTE DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA, SOB ORIENTAÇÃO DA  
ENFERMEIRA NÉLIA BATISTA E PROFESSOR CARLOS SILVA**

**APÊNDICE XIV**

**[FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO]**

## UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CANTANHEDE

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

A sua opinião sobre a ação de formação que acaba de frequentar é extremamente importante. O preenchimento deste questionário permite-nos avaliar em que medida satisfizemos as suas expectativas e como podemos melhorar o nosso desempenho em futuras ações de formação. Pedimos-lhe, por favor, que responda às seguintes questões:

**Data:** 13/02/2023

**Tema da Ação de formação:** Estatuto do Cuidador Informal

**Nome do Formador:** Enfermeira Vera Cruz, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

#### A. DESENVOLVIMENTO DO MÓDULO

##### 1. A ação de formação respondeu às suas expectativas iniciais?

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

##### 2. Foram alcançados os objetivos da formação?

Demonstrar conhecimentos sobre o Estatuto do Cuidador Informal.	Saber informar os Cuidadores Informais sobre os seus direitos e forma de os requerer.	Compreender o papel dos profissionais de referência da área da saúde e social no acompanhamento do CI.
<input type="checkbox"/> Muito fraco <input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Muito fraco <input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Muito Bom	<input type="checkbox"/> Muito fraco <input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Muito Bom

##### 3. Enriqueceu os seus conhecimentos?

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

##### 4. Contribuiu para o desempenho do seu papel profissional?

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

#### B. ORGANIZAÇÃO

##### 1. Duração da ação

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

## UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CANTANHEDE

**2. Qualidade técnico-pedagógica**

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**3. Qualidade dos meios audiovisuais**

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**4. Qualidade das instalações**

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**C. FORMADOR(ES)****1. Domínio dos conteúdos expostos**

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**2. Clareza na exposição dos conteúdos**

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**D. AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO****1. Atribuo a avaliação global de:**

- Muito fraco
- Fraco
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**2. Opiniões e sugestões**

---

---

---

**APÊNDICE XV**

**[RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO]**

## Relatório de Avaliação da Sessão subordinada ao tema “Estatuto do Cuidador Informal”

O conjunto de 2 sessões destinadas aos profissionais sobre o Estatuto do Cuidador Informal, teve a participação de 21 profissionais, que responderam ao questionário de avaliação da sessão.

As suas respostas encontram-se resumidas nos quadros abaixo.

### A. DESENVOLVIMENTO DO MÓDULO

#### Questão 1: A ação de formação respondeu às suas expectativas iniciais?

Muito Bom	13
Bom	7
Suficiente	1

#### Questão 2: Foram alcançados os objetivos da formação?

**Objetivo 1** - Demonstrar conhecimentos sobre o Estatuto do Cuidador Informal.

Muito Bom	14
Bom	5
Suficiente	2

**Objetivo 2** - Saber informar os Cuidadores Informais sobre os seus direitos e forma de os requerer.

Muito Bom	15
Bom	4
Suficiente	1
Fraco	1

**Objetivo 3** - Compreender o papel dos profissionais de referência da área da saúde e social no acompanhamento do CI.

Muito Bom	13
Bom	8

#### Questão 3: Enriqueceu os seus conhecimentos?

Muito Bom	16
Bom	5

#### Questão 4: Contribuiu para o desempenho do seu papel profissional?

Muito Bom	14
Bom	5

Suficiente	2
------------	---

## **B. ORGANIZAÇÃO**

### **1. Duração da ação**

Muito Bom	11
Bom	10

### **2. Qualidade técnico-pedagógica**

Muito Bom	18
Bom	3

### **3. Qualidade dos meios audiovisuais**

Muito Bom	15
Bom	6

### **4. Qualidade das instalações**

Muito Bom	13
Bom	8

## **C. FORMADOR(ES)**

### **1. Domínio dos conteúdos expostos**

Muito Bom	19
Bom	2

### **2. Clareza na exposição dos conteúdos**

Muito Bom	19
Bom	2

## **D. AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

### **1. Atribuo a avaliação global de:**

Muito Bom	18
Bom	3

### **2. Opiniões e sugestões**

“Parabéns à preletora”

“Parabéns”