



escola superior de
enfermagem
de coimbra

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

**DIAGNÓSTICO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL PARA
PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR**

Carla Sofia Correia Costa Areias

Coimbra, novembro de 2023



escola superior de
enfermagem
de coimbra

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

**DIAGNÓSTICO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL PARA
PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR**

Carla Sofia Correia Costa Areias

Orientador: Professor Mestre José Hermínio Gomes, Professor Adjunto, Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

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

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 de Saúde Pública

Coimbra, novembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por toda a ajuda, desde os jantares que nos fizeram, a todo o tempo que dedicaram aos meus filhos no regresso da escola ou nas idas ao futebol.

Ao meu marido, pelo incentivo e confiança que sempre me transmitiu.

Aos meus filhos Duarte e Gustavo, pela compreensão das minhas ausências e pelo respeito dos meus tempos a estudar ou a descansar.

Ao meu filho Artur, que me inspirou e acompanhou em toda esta jornada.

Às minhas colegas de curso, por tudo; desde a interajuda e escuta de silêncios, à partilha de lágrimas e gargalhadas.

Ao meu orientador, Professor Herminio Gomes, e coorientadora Professora Marília Neves pela disponibilidade, tranquilidade e orientação, que em muito contribuiu para o sucesso deste percurso.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária Fernanda Vitória e Manuela Branco, da Unidade de Saúde Pública Baixo Mondego – Polo da Figueira da Foz, pelos seus contributos neste percurso e no planeamento deste trabalho.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Fátima Claro, da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego, pela partilha de conhecimentos, pela força, coragem e por ter sido o meu farol para que chegasse a bom porto. Agradeço ainda à restante equipa de enfermagem desta unidade, pela disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e carinho que sempre me transmitiram.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio refere-se ao Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado na Unidade de Saúde Pública do Baixo Mondego – Polo da Figueira da Foz, e na Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego, na Figueira da Foz.

Com o crescente envelhecimento da população portuguesa, e conseqüente aumento das doenças crónicas e incapacitantes, aumenta também o número de pessoas dependentes de cuidados diários, e o número de cuidadores informais. Os cuidadores informais, podem ser considerados como um grupo vulnerável, com diferentes necessidades de intervenção, pelo que emergiu a necessidade de delinear um projeto de intervenção que promovesse o seu bem-estar. Neste processo realizou-se um estudo exploratório descritivo, para diagnóstico das dificuldades do cuidador informal, numa amostra desta população, na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego. Identificaram-se como dificuldades mais sentidas pelos cuidadores as relacionadas com as exigências de ordem física na prestação de cuidados. Em segundo lugar identificaram-se as dificuldades relacionadas com as restrições na vida social e o deficiente apoio profissional. Foi também avaliado o índice de bem-estar psicológico dos cuidadores informais inseridos no estudo, onde metade destes apresentou um valor inferior a 13 pontos, o qual indica um fraco nível de bem-estar.

Considera-se que estes resultados apoiam o propósito do estudo e sublinham a necessidade de os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, desenvolverem e implementarem projetos de intervenção nesta área, conseguindo assim apoiar e capacitar os cuidadores para o seu papel, promovendo o seu bem-estar.

Neste sentido, considerando como referencial a Teoria das Transições de Meleis desenvolveram-se durante o estágio atividades de apoio junto dos cuidadores visando a melhoria do bem-estar e maximização da capacidade de reproduzir atividades de autocuidado, e sugerem-se para desenvolvimento futuro algumas estratégias de intervenção dirigidas a este grupo populacional.

Palavras chave: Cuidador Informal; Dificuldades; Bem-Estar; Sentimentos; Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

This Internship Report refers to the Community and Public Health Nursing Internship, carried out at the Baixo Mondego Public Health Unit – Figueira da Foz Center, and at the Care Unit at the Farol do Mondego Community, in Figueira da Foz.

With the growing aging of the Portuguese population, and the consequent increase in chronic and disabling diseases, the number of people dependent on daily care and the number of informal caregivers also increases. Informal caregivers can be considered a vulnerable group, with different intervention needs, which is why the need to design an intervention project that would promote their well-being emerged. In this process, an exploratory descriptive study was carried out to diagnose the difficulties of informal caregivers, in a sample of this population in the area covered by the Care Unit in the Farol do Mondego Community. The difficulties most experienced by caregivers were identified as those related to the physical demands of providing care. Secondly, difficulties related to restrictions on social life and deficient professional support were identified. The psychological well-being index of the informal caregivers included in the study was also evaluated, where half of them presented a value below 13 points, which indicates a low level of well-being.

It is considered that these results support the purpose of the study and highlight the need for Nurses Specialist in Community Nursing to develop and implement intervention projects in this area, thus being able to support and train caregivers for their role, promoting their well-being.

In this sense, considering Meleis's Transitions Theory as a reference, support activities were developed during the internship with caregivers aimed at improving well-being and maximizing the ability to reproduce self-care activities, and some strategies are suggested for future development of intervention aimed at this population group.

Keywords: Informal Caregiver; Difficulties; Well-being; Feelings; Community Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CADI - Carer's Assessment of Difficulties Index

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CI – Cuidador Informal

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVC – Centro de Vacinação Covid-19

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

APECSP – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

FF – Figueira da Foz

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

RNU – Registo Nacional de Utentes

SE – Saúde Escolar

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCFM – Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de freguesias do concelho da Figueira da Foz	23
Figura 2 – Utentes abrangidos por freguesia da USP – Polo da Figueira da Foz	24
Figura 3 – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela USP – Polo da Figueira da Foz	24
Figura 4 – Logotipo da UCCFM	31
Figura 5 – Distribuição percentual dos elementos da amostra por grupo etário (N=10).	50
Figura 6 – Distribuição dos elementos da amostra quanto ao género.	51
Figura 7 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao estado civil.	53
Figura 8 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao grau de parentesco.	53
Figura 9 – Distribuição dos elementos da amostra quanto há existência de doença crónica.	56
Figura 10 – Média das dificuldades mais sentidas pelos elementos da amostra, por subescala.	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissionais existentes na USP Baixo Mondego.....	25
Tabela 2 – Programação das atividades do Projeto de Intervenção.....	40
Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente à idade.....	50
Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente às habilitações literárias.....	51
Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente à profissão.....	52
Tabela 6 – Distribuição dos elementos da amostra quanto à sua atividade laboral. ...	52
Tabela 7 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao tempo (em anos) que estão a cuidar.	54
Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra quanto à partilha de tarefas relacionadas com o cuidar.	54
Tabela 9 – Distribuição dos elementos da amostra quanto à habitação.	55
Tabela 10 – Resposta dos elementos da amostra de como classificam o seu nível de bem-estar.	55
Tabela 11 – Resposta dos elementos da amostra sobre se se consideram pessoas saudáveis.	55
Tabela 12 – Resposta dos elementos da amostra quanto à subescala “Problemas relacionais com a pessoa dependente”.....	57
Tabela 13 – Resposta dos elementos da amostra quanto à subescala “Reações à prestação de cuidados”.....	59
Tabela 14 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Exigências de ordem física na prestação de cuidados”.....	60
Tabela 15 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Restrições na vida social”.....	61
Tabela 16 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Deficiente apoio familiar”.....	61

Tabela 17 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Deficiente apoio profissional”.....	62
Tabela 18 – Resposta dos elementos da amostra quanto à subescala “Problemas financeiros”.....	63
Tabela 19 – Resultados estatísticos do Índice de Bem-Estar WHO-5, aplicado aos elementos da amostra.....	64
Tabela 20 – Resultados do Índice de Bem-Estar WHO-5, aplicado aos elementos da amostra.....	65
Tabela 21 – Valores médios dos itens do Índice de Bem-Estar WHO-5, aplicado aos elementos da amostra.....	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I – DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	21
1- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA BAIXO MONDEGO – POLO FIGUEIRA DA FOZ	21
1.1 ÁREA GEOGRÁFICA	22
1.2 POPULAÇÃO ABRANGIDA.....	23
1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS	24
1.4 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA.....	25
1.5 INTERVENÇÃO NA POPULAÇÃO E PROJETOS DE INTERVENÇÃO	26
2. A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE FAROL DO MONDEGO – FIGUEIRA DA FOZ	28
2.1 ÁREA GEOGRÁFICA	29
2.2 POPULAÇÃO ABRANGIDA.....	29
2.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS	30
2.4 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA.....	30
2.5 INTERVENÇÃO NA POPULAÇÃO E PROJETOS DE INTERVENÇÃO	33
CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA	35
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO – DIAGNÓSTICO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR	35
3.1 PROBLEMA DE SAÚDE IDENTIFICADO	36
3.2 PLANEAMENTO.....	39
3.3 ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	41
CAPÍTULO III – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – DIAGNÓSTICO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL PARA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR	45

4. METODOLOGIA	46
4.1 COLHEITA DE DADOS	47
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	50
5.2 DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL	56
5.2.1 Problemas relacionais com a pessoa dependente	57
5.2.2 Reações à prestação de cuidados	58
5.2.3 Exigências de ordem física na prestação de cuidados	59
5.2.4 Restrições na vida social	60
5.2.5 Deficiente apoio familiar	61
5.2.6 Deficiente apoio profissional	62
5.2.7 Problemas financeiros	63
5.2.8 Dificuldades mais sentidas	63
5.3 NÍVEL DE BEM-ESTAR.....	64
6. SÍNTESE FINAL	66
CAPÍTULO IV - ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA	69
7. ATIVIDADES REALIZADAS	69
7.1 ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE USP.....	69
7.2 ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE UCC	73
8. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	75
8.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	75
8.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	78
CONCLUSÃO	81
BIBLIOGRAFIA	85

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de parecer à Comissão de Ética da UICISA: E

ANEXO II – CADI

ANEXO III – Autorização da autora para utilização da CADI

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento informado do cuidador informal

APÊNDICE II – Questionário Sociodemográfico

APÊNDICE III – Comunicação realizada no Encontro Nacional da APECSP

APÊNDICE IV – Folheto Bem-Estar

APÊNDICE V – Caderno de Receitas

APÊNDICE VI – Jogo das emoções

INTRODUÇÃO

A componente “prática clínica” é fundamental para o desenvolvimento de competências na área da especialidade, na sua reflexão e para aquisição de novas responsabilidades.

O presente relatório surge no decorrer do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com relatório, do I Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Este realiza-se num total de vinte semanas, divididas em dez semanas na Unidade de Saúde Pública do Baixo Mondego – Polo da Figueira da Foz; e dez semanas na Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego na cidade da Figueira da Foz, no período compreendido entre 26 de setembro de 2022 e 24 de fevereiro de 2023, sob a orientação pedagógica do Professor José Hermínio Gomes, e coorientação da Professora Marília Neves.

Para este estágio foram delineados os seguintes objetivos:

“1- Participar na avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou na avaliação de programas de âmbito populacional nos domínios da prevenção, promoção e proteção da saúde;

2- Participar na conceção e implementação de Programas e Projetos de Saúde de âmbito comunitário;

3- Promover e dinamizar processos de capacitação de pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis da comunidade;

4- Elaborar relatório referente a um problema de saúde diagnosticado no contexto da prática da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.” (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2022).

Estamos a vivenciar uma sociedade cada vez mais envelhecida, e conseqüentemente, com mais morbilidades e dependências associadas, não existindo respostas formais capazes de colmatar todas as necessidades das famílias que enfrentam esta realidade. Emerge assim a necessidade de existirem cuidadores informais, que são muitas vezes também idosos, e que vivem ansiosamente este papel. Surge aqui um grupo vulnerável na comunidade que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária devem acompanhar e intervir. Esta problemática foi

anteriormente identificada como problema de saúde, durante a Unidade Curricular Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que antecedeu este Estágio.

Com o presente relatório pretendemos descrever os contextos da prática clínica; apresentar a componente de investigação desenvolvida e respetivo tratamento de dados; realizar a descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio; e apresentar uma reflexão crítica sobre as aprendizagens, relacionando-as com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Este encontra-se estruturado em quatro capítulos: o primeiro contempla a descrição dos contextos onde se realizaram os estágios; o segundo apresenta o projeto de intervenção comunitária; o terceiro expõe todo o contexto de investigação; no quarto, apresenta-se uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas durante o estágio, e qual o seu impacto no desenvolvimento pessoal e profissional da autora, baseado nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; e por último, a conclusão.

Como bibliografia para este relatório foram analisados os vários documentos orientadores da Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) disponíveis on-line no BI dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e Administração Regional de Saúde (ARS); dados recolhidos no portal do Instituto Nacional de Estatística (INE) e PORDATA; documentos das unidades como “O Perfil de Saúde da Figueira da Foz de 2019” e o “Diagnóstico da Situação de saúde da Comunidade da Figueira da Foz de 2019”, consultados na Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego. Foram ainda consultados vários artigos científicos relacionados com a temática nas plataformas SciELO.org e EBSCOHost.

A estrutura do trabalho rege-se pelo Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016) e pelo Guia Orientador do Estágio de Enfermagem Comunitária e de saúde Pública com Relatório (2022).

CAPÍTULO I – DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

1- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA BAIXO MONDEGO – POLO FIGUEIRA DA FOZ

O Ministério da Saúde é o departamento do Governo de Portugal que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis de recursos e a avaliação dos seus resultados (Decreto-Lei n.º 124/2011).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) divide-se em cinco Administrações Regionais de Saúde: Alentejo, Algarve, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, e Norte; e cada uma destas, encontra-se dividida em vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), existem ainda Unidades Locais de Saúde (ULS) em algumas regiões, como Matosinhos e Guarda. A Administração regional de Saúde (ARS) do Centro tem como objetivo a prestação de cuidados de excelência com enfoque no cidadão, baseada em valores como a transparência, equidade e qualidade (BI-CSP, 2022).

O ACeS do Baixo Mondego, pertence à ARS Centro, e tem como visão “Garantir a prestação de cuidados de saúde primários, com qualidade, eficiência e responsabilidade, procurando a satisfação dos utentes e dos profissionais” (BI-CSP, 2022). Dentro de cada ACeS existem várias Unidades Funcionais (UF) nomeadamente: Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados na Comunidade; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); porém, existe apenas uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e uma Unidade de Saúde Pública. Assim no ACeS do Baixo Mondego, existe a USP Baixo Mondego que tem a sua sede em Santa Clara, na cidade de Coimbra, com nove Polos distribuídos pelo mesmo: Cantanhede, Mira, Montemor-o-Velho, Soure, Figueira da Foz (FF), Condeixa a Nova, Penacova, Mortágua e Mealhada.

A saúde pública é uma resposta da sociedade à necessidade de salvaguardar a saúde e bem-estar das pessoas e das comunidades, integrando diversas áreas como a medicina, a epidemiologia, a demografia, a sociologia, entre outras (ARS Centro, 2022). Com base no Plano Regional da Saúde, põe em prática programas que concorrem para a obtenção de ganhos em saúde na população da área de abrangência da ARS Centro.

A USP Baixo Mondego tem como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde”. Apresenta como visão, em articulação com outras UF do ACeS, outras

instituições de saúde e instituições comunitárias, assim como em articulação com os cidadãos, a indiscutível transparência e disponibilidade que contribui para o bem público em saúde. O trabalho em equipa e multidisciplinariedade participativa, a equidade e garantia de acessibilidade à população; a cooperação e a partilha entre profissionais e instituições são alguns dos valores defendidos pela USP Baixo Mondego (BI-CSP, 2022).

A Unidade de Saúde Pública Baixo Mondego nasceu a 30 de novembro de 2012, sendo que a totalidade de centros de saúde abrangidos pela USP Baixo Mondego contemplava 395.872 utentes inscritos, e 50 Unidades Funcionais (BI-CSP 04/2023).

Fazendo parte do ACeS do Baixo Mondego, os cuidados de saúde primários (CSP) do município da Figueira da Foz (FF) abrangem todas as freguesias deste, logo o polo da USP da FF abrange a mesma área geográfica. A USP partilha a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, que realiza serviço de consultoria e assistencial às unidades; faz a ligação aos serviços hospitalares, ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da Figueira da Foz e de Coimbra; ao polo da USP de Coimbra; e à Unidade de Cuidados na Comunidade Farol Mondego (UCCFM) com a qual partilha alguns projetos, como por exemplo a Saúde Escolar.

1.1 ÁREA GEOGRÁFICA

O Concelho da Figueira da Foz apresenta uma área de 379.4 Km² e o município distribui-se por 14 freguesias agregadas por três zonas geográficas: Norte, Sul e Urbana. A Zona Norte integra o Bom Sucesso e Quiaios (norte litoral), Ferreira-a-Nova, Moinhos da Gândara, Maiorca e Alhadadas (norte interior). A Zona Sul engloba Lavos e Marinha das Ondas (sul litoral), Alqueidão e Paião (sul interior). Por fim, a Zona Urbana que integra Buarcos e São Julião (a grande freguesia urbana onde se localiza a cidade da Figueira da Foz e sede do Município), Tavadrede e Vila Verde (urbana norte interior) e ainda São Pedro (Ferreira et al., 2019).

Segundo os Censos de 2021, a população residente no município da FF era de 58.962 residentes, destes 52.7% são mulheres e 43.7% homens. A população ativa era de 60.5% e a de idosos de 28.3%, apresentando uma densidade populacional de 155.6 habitantes/Km² (PORDATA, 2022).

O Município tem como principais vias rodoviárias a Estrada Nacional nº 111 e a Autoestrada A14; tem também comunicação ferroviária pela linha do Norte com

extensão à Figueira da Foz, via Alfarelos, sendo servida pelos Comboios Regionais, Inter-regionais e Urbanos.

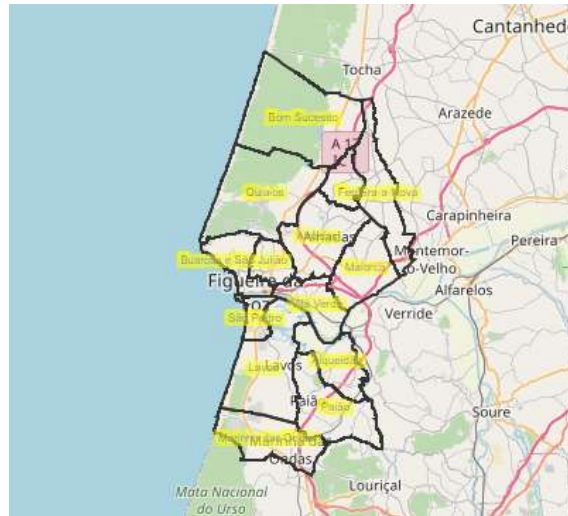


Figura 1 – Mapa de freguesias do concelho da Figueira da Foz

Fonte: <https://sig.cm-figfoz.pt/web/mapawebfreguesias/>

A cidade da FF é conhecida pela sua praia, sendo o turismo balnear muito conhecido e importante, porém a cidade também nunca perdeu o seu cariz portuário. O porto tem um conjunto de condições que lhe permite receber navios com diferentes características. Apresenta 900 m de cais, 3 terminais de movimentação de mercadorias, capacidade de armazém coberta e descoberta (Porto da Figueira da Foz, 2021). Segundo a mesma fonte, até maio de 2022, o Porto da FF cresceu 19% (face ao período homólogo), movimentando um total de 860 mil toneladas (Porto da Figueira da Foz, 2022). Sendo também esta temática, uma das áreas importantes para a saúde pública.

1.2 POPULAÇÃO ABRANGIDA

No Polo da FF, segundo o Registo Nacional de Utentes (RNU), em julho de 2023, a população abrangida pela USP – Polo da Figueira da Foz, era de 63.800 utentes, distribuídos por 14 freguesias com diferentes e variadas densidades populacionais. Na população abrangida, 33.304 são mulheres e 30.496 são homens, apresentando um índice de dependência total de 63.6%, correspondendo 17.75% a jovens e 45.85% a idosos (BI-CSP, 2023).

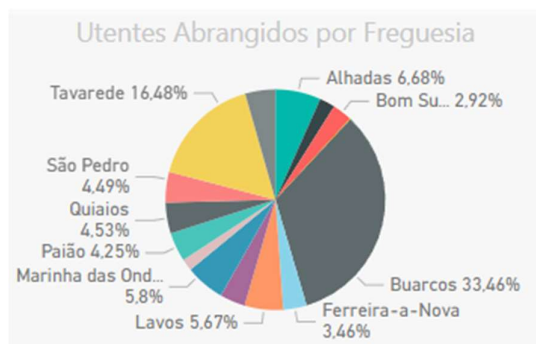


Figura 2 – Utentes abrangidos por freguesia da USP – Polo da Figueira da Foz

Fonte: BI-CSP (07/2023)

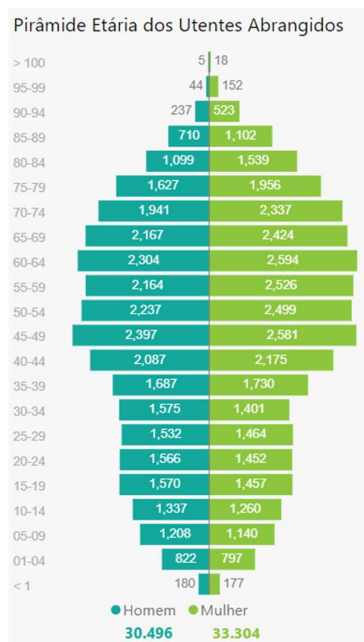


Figura 3 – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela USP – Polo da Figueira da Foz

Fonte: BI-CSP (07/2023)

1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28 de 2008, “Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS” (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2008, p. 1183).

Quanto a recursos da comunidade existem no município da FF: creches, jardins de infância, atividades de tempos livres, instituições para acolhimento de crianças e jovens em risco/perigo, e instituições de solidariedade social como centros de dia, lares e serviços de apoio domiciliário (Ferreira et al., 2019). Existe ainda um Hospital – o Hospital Distrital da FF; o Corpo de Bombeiros Sapadores da FF; a Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários da FF; o corpo da Guarda Nacional Republicana e a Polícia de Segurança Pública.

A USP funciona no primeiro piso da USF S. Julião da Figueira, que fica localizado na Rua de Moçambique nº10, 3080-184 Figueira-da-Foz. Tem como contacto telefónico o número 233401377, e como endereço eletrónico usp.ffoz@arscentro.min-saude.pt. É fisicamente constituída por seis gabinetes atribuídos aos diferentes profissionais que trabalham na unidade, uma sala de arquivo, uma sala de reuniões, e uma sala para armazenamento de materiais.

A USP não dispõe de viatura própria, ficando à responsabilidade da Câmara Municipal da FF, disponibilizar viatura e motorista para as deslocações dos profissionais.

1.4 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

A equipa da USP é composta por uma equipa multidisciplinar, com um total de sete profissionais, nomeadamente: duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, dois Médicos de Saúde Pública (delegado de saúde e subdelegado), duas Técnicas de Saúde Ambiental e uma Secretária Clínica; todos em tempo completo (35 horas semanais).

A equipa multidisciplinar, desenvolve as suas atividades de acordo com as competências definidas em regulamento das suas carreiras específicas.

Tabela 1 – Profissionais existentes na USP Baixo Mondego

<i>Profissionais</i>	<i>Nº Profissionais USP Baixo Mondego</i>	<i>Nº Profissionais USP-Polo Figueira da Foz</i>
<i>Médicos</i>	19	2
<i>Enfermeiros</i>	9	2
<i>Secretários Clínicos</i>	9	1
<i>Assistentes Operacionais</i>	1	
<i>Internos</i>	9	
<i>Técnicos de Saúde Ambiental</i>	13	2

Fonte: BI-CSP (04/2023)

1.5 INTERVENÇÃO NA POPULAÇÃO E PROJETOS DE INTERVENÇÃO

A USP realiza as suas atividades baseadas nos Planos Regional e Local de Saúde da ARS Centro, privilegiando as necessidades prioritárias da população, tendo em conta os seus recursos e disponibilidade, nomeadamente:

- Monitorização do estado vacinal da população, com uma periodicidade semestral, através do indicador percentagem de população vacinada por coorte/vacina dose/vacinação atempada. Após a aferição dos resultados são alertadas as respetivas UF para esse facto, atendendo ao objetivo de obtenção de imunidade de grupo, para taxas de vacinação de 95%. São utilizadas como fontes os sistemas informáticos SClínico e o EVacinas;
- Divulgação entre todos os colegas das diferentes UF, de novas normas e orientações emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS);
- Vacinação da gripe sazonal em estruturas residenciais para idosos em colaboração com os enfermeiros destas instituições;
- Vacinação de reforço antitetânica em algumas empresas industriais, em colaboração com o serviço de saúde ocupacional destas;
- Avaliação do estado de saúde das populações migrantes e respetiva referenciação para cuidados de saúde, ou outras valências identificadas como necessárias;
- No âmbito da Saúde Oral, realizam a emissão de cheque dentista e respetiva monitorização, através do programa SISO (Sistema Informático de Saúde Oral).

Todas as atividades têm por base os Programas Nacionais da DGS, como o Plano Nacional de Saúde, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Saúde Escolar e de Saúde Oral.

Em colaboração com os técnicos de saúde ambiental:

- O projeto REVIVE: onde realizam a pesquisa de mosquitos (adultos ou larvas) no porto marítimo da Figueira da Foz ou noutra local, realizada uma vez por mês entre maio e outubro. As espécies capturadas são enviadas vivas ao Instituto Ricardo Jorge para análise. Esta pesquisa tem como objetivos a deteção e caracterização precoce de vetores que possam transmitir doenças às populações, podendo originar problemas de saúde pública;

- Vigilância alimentar: através da amostragem de alimentos nas empresas que fornecem refeições a escolas, Instituições Públicas de Solidariedade Social (IPSS) e infantários, para análise microbiológica;
- Higiene das mãos: realização de zaragatoas às mãos dos manipuladores de alimentos, nas zonas de preparação e embalamento de alimentos em cantinas;
- Vigilância das águas de abastecimento público e fontenários: escolhido aleatoriamente um estabelecimento (local público), águas de utilização recreativa (piscinas, parques aquáticos, águas balneares), são recolhidas amostras e enviadas para o laboratório de Saúde Pública em Aveiro. Em caso de incumprimento são obrigados a notificar as Águas da FF. Realizam também análises da água do mar;
- Pesquisa da bactéria *Legionella* na água: nas unidades de saúde é feita de 6/6 meses; em jacuzzis e piscinas públicas é de 3/3 meses; no verão, em todos os tanques públicos do município, é feita mensalmente;
- Pesquisa de carraças portadoras de *Rickettsia conori*: encontram-se na vegetação ou em animais, e faz-se com a colaboração de associações de animais ou veterinários (quando são portadoras desta bactéria provocam doença no homem - febre escaro nodular);
- Controlo de navios no porto da FF: dão a autorização para entrada e saída de navios e fazem o controlo da Declaração Marítima de Saúde. De 6/6 meses os médicos de Saúde Pública fazem auditorias de saúde aos navios;
- Realizam auditorias relacionadas com insalubridade, e auditorias nas escolas relativamente à segurança e higiene;
- Projeto Pão.Come: com o objetivo de diminuir a quantidade de sal no pão. Realizadas colheitas de amostras de pão de 6/6 meses nas padarias que aderiram ao projeto, e durante 2 anos era analisada se a quantidade de sal no pão se mantinha no limite estipulado.

A USP tem ainda projetos em colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego, nomeadamente:

- Vacinação Covid e Gripe sazonal: a USP faz toda a gestão do Centro de Vacinação Covid, desde os espaços físicos, à gestão dos stocks de vacinas, e os recursos humanos necessários;

- Saúde Escolar: a Saúde Escolar (SE) das crianças do jardim de infância e 1º ciclo é assegurado pela USP. Habitualmente, no início do ano letivo as escolas reúnem com os representantes destas unidades, do agrupamento de escolas, da Polícia de Segurança Pública, da Camara Municipal da FF (e outras parcerias consideradas pertinentes) e decidem quais as temáticas identificadas como prioritárias. A USP e UCC planeiam as temáticas sinalizadas e realizam o plano de sessões de SE para o próximo ano letivo, articulando essas necessidades com base no Plano Nacional de Saúde Escolar. As escolas enviam também à USP, dados referentes ao nº de docentes e não docentes, nº de alunos com necessidades educativas especiais, designação da empresa responsável pelas refeições, número e tipologia de acidentes ocorridos na escola, tendo em vista intervenções futuras que se julguem necessárias e preventivas;
- Projeto “Quero crescer forte”: em colaboração com a URAP, para crianças, pais e educadores, nas vertentes da Saúde Mental, Saúde Pública, com nutricionista e fisioterapeuta;
- Projeto 3C (Comunicar/Cuidar/Capacitar): elaborado para apoiar as comunidades de migrantes refugiados da Guerra da Ucrânia, fazendo a sua vigilância de saúde, verificando o seu estado vacinal e agindo conforme o mesmo.

2. A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE FAROL DO MONDEGO – FIGUEIRA DA FOZ

Os Cuidados de Saúde Primários deverão ser a primeira linha de atendimento ao utente, durante toda a sua vida, e durante todo o seu processo de saúde/doença. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os CSP realizam uma abordagem de saúde e bem-estar, centrada nas preferências das pessoas, famílias e comunidades. “Os cuidados de saúde primários podem cobrir a maioria das necessidades de saúde de uma pessoa durante toda a sua vida, incluindo a prevenção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos” (OMS, 2021).

O que se pretende é que as pessoas obtenham cuidados de saúde, que vão desde a promoção, tratamento, e reabilitação o mais próximo possível do seu ambiente habitual. A OMS refere ainda que uma das componentes dos CSP deve ser a capacitação das pessoas, famílias e comunidades para que estas otimizem a sua saúde, agindo como defensores de políticas que promovam a saúde e o bem-estar. “Tratar as pessoas e as comunidades como atores-chave na produção da sua própria saúde e bem-estar é crucial para compreender e dar resposta às complexidades de um mundo em mudança”

(OMS, 2021). Está comprovado que os CSP são uma forma altamente eficiente de abordar as principais causas de falta de saúde e bem-estar atuais, assim como um investimento de mais valia pois “os cuidados de saúde primários de qualidade reduzem os encargos totais com a saúde e melhoram a eficiência, reduzindo os internamentos hospitalares” (OMS, 2021).

Fazendo parte do ACES do Baixo Mondego, os CSP do município da Figueira da Foz abrangem todas as freguesias deste. Assim o Centro de Saúde da Figueira da Foz é constituído por: três Unidades de Saúde Familiar (USF) (USF Buarcos, USF Nautilus e USF São Julião da Figueira); três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP Figueira da Foz Norte, UCSP Figueira da Foz Sul e UCSP Figueira da Foz Urbana); uma UCC (UCC Farol do Mondego); um Polo de Saúde Pública e um Polo da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, que realiza serviço de consultoria e assistencial às unidades, e faz a ligação aos serviços hospitalares; e engloba também o Centro de Diagnóstico Pneumológico da Figueira da Foz.

As UCC são UF que propiciam cuidados de saúde, apoio psicológico e apoio social em contexto domiciliário e comunitário, em especial a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de risco, de dependência física e funcional ou em situação de doença que necessite de acompanhamento próximo. A Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego nasceu em fevereiro de 2012, e tem como área de abrangência todo o concelho da FF. Segundo o RNU, em julho de 2023, a população abrangida pela UCC era de 63.800 utentes, distribuídos por 14 freguesias com diferentes e variadas densidades populacionais.

2.1 ÁREA GEOGRÁFICA

A UCC Farol do Mondego apresenta a mesma área de abrangência da USP – Polo da Figueira da Foz, assim a descrição da área geográfica encontra-se feita anteriormente, não sendo aqui feita a sua repetição.

2.2 POPULAÇÃO ABRANGIDA

A UCC Farol do Mondego apresenta a mesma área de abrangência da USP – Polo da Figueira da Foz, assim a descrição da população abrangida encontra-se feita anteriormente, não sendo aqui feita a sua repetição.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS

Quanto a recursos da comunidade que podem colaborar com a UCCFM, existem no município: creches, jardins de infância, instituições para acolhimento de crianças/ jovens em risco/perigo, instituições de solidariedade social, lares e serviços de apoio domiciliário (Ferreira et al., 2019). Também as corporações de Bombeiros, a Polícia de Segurança Pública e a Guarda Nacional Republicana podem participar em atividades organizadas pela unidade.

A UCCFM situa-se fisicamente no Centro de Saúde da Figueira da Foz - Buarcos, funcionando também no mesmo edifício duas USF (Nautilus e Buracos) e uma UCSP (Figueira da Foz Urbana). Nas suas instalações existe uma sala de conferências comum às outras UF; um ginásio (onde decorrem alguns projetos desenvolvidos pelos enfermeiros de reabilitação da UCC); uma sala para armazenar materiais diversos; uma sala denominada sala do SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) onde decorrem as suas reuniões; e outras três salas onde trabalham os enfermeiros da UCC, existindo nestas material de escritório/informático, e numa delas, um stock de material clínico usado pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A reposição destes materiais é da responsabilidade da Unidade de Apoio à Gestão (reposto mensalmente, sendo feito um pedido extraordinário pelo responsável da equipa, em caso de alguma situação de ausência de stock).

Todas as deslocações que a equipa necessite são asseguradas por viatura e motorista da Câmara Municipal da Figueira da Foz, ou por serviço de Táxi, pois a unidade não possui viatura própria.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

O logotipo e nome da UCC tem a sua origem e analogia com um dos símbolos da FF, o seu farol, que guia e orienta os navegadores para fora de perigo, assim pretende ser esta UCC, um guia para os seus utentes, para que estes se desviem de “portos inseguros”, ou seja, evitem a doença. Farol do Mondego, por ser o rio que desagua na cidade (Regulamento Interno da UCCFM, 2019).



Figura 4 – Logotipo da UCCFM

Fonte: BI-CSP (2022)

A UCCFM é composta por uma equipa multidisciplinar, com um total de 15 profissionais, nomeadamente: enfermeiros, médicos, nutricionista, psicólogo e assistente social. A tempo completo (35 horas semanais) estão cinco enfermeiros (dois enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação). Descrevendo melhor a constituição da equipa da UCC: o Enfermeiro Carlos Gomes (Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e enfermeiro coordenador da unidade); o Enfermeiro Luís Seixo (Especialista em Enfermagem Comunitária, responsável pelo Conselho Técnico); a Enfermeira Maria de Fátima Claro (Especialista em Enfermagem Comunitária); Enfermeira Sónia Moreira e Enfermeira Sofia Domingues (Especialistas em Enfermagem de Reabilitação), (Manual de Articulação da UCCFM, 2019).

Os restantes elementos encontram-se em tempo parcial e pertencem a outras UF do Centro de Saúde (URAP e USF Nautilus): duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, um Psicólogo, uma Nutricionista, uma Médica, e duas Técnicas de Serviço Social.

A Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego “tem como missão a prestação de Cuidados em Comunidade, para a Comunidade que garantam a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade” (Carta de Qualidade da UCCFM, 2019). Foca a sua atuação na educação para a saúde e em redes de apoio à família, garantindo cuidados de saúde, apoio psicológico e social em ambiente domiciliário e comunitário, em grupos de risco ou em situação de vulnerabilidade, com origem em doença crónica/aguda, ou ainda por situação de dependência física/funcional.

As suas intervenções estão relacionadas com as áreas da educação para a saúde, da integração em redes de apoio à família, e da implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2008).

A UCCFM orienta a sua atividade assentando em valores como a parceria, o trabalho em equipa, o respeito, a autonomia, a responsabilização e a alegria, pretendendo a implementação de projetos inovadores na comunidade que se transformem em ganhos para a saúde do utente/ família/ comunidade (Carta de Compromisso da UCCFM, 2019).

A equipa da UCCFM pretende desenvolver uma metodologia de trabalho e uma abordagem holística a todos os utentes/família e comunidade em que estão inseridos, atuando ao longo de todo o ciclo vital, e nos três níveis de atuação: manutenção e proteção da saúde, deteção e tratamento precoce, e tratamento e reabilitação (Regulamento Interno da UCCFM, 2019).

A equipa da UCCFM, face à escassez de recursos e atendendo às prioridades, divide-se em duas subequipas: a Equipa de Saúde Escolar, que realiza sessões de Educação para a Saúde tendo por base os princípios do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), nas escolas da FF, abrangendo os alunos entre o 5º e o 12º ano; e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que presta cuidados de enfermagem preventiva, curativa ou de reabilitação a utentes dependentes no seu domicílio. Sendo que a intervenção comunitária é feita por toda a equipa nuclear da UCCFM. Esta equipa presta cuidados centrados no utente, mas também no cuidador informal (havendo grande necessidade de intervir junto deste grupo na comunidade). O serviço de enfermagem domiciliário realizado pela equipa de ECCI, é muito solicitado, sujeito às vagas disponíveis, e segundo os recursos da mesma. A UCCFM trabalha apenas com dez vagas (utentes) pois não tem recursos humanos para mais, ficando muitas vezes os utentes em situação de lista de espera. Esta gestão de vagas e sinalização é realizada no Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, podendo ser realizada pelo médico de família ou no hospital (caso o utente tenha estado internado) com o intuito de garantir a continuidade de cuidados no domicílio do utente.

O Polo de Saúde Pública da FF colabora com a UCC e realiza SE às crianças do jardim de infância e 1º ciclo. No início do ano letivo, faz-se uma avaliação do ano letivo anterior e apresentam-se propostas a desenvolver no presente ano. As escolas reúnem com os representantes desta, do agrupamento de escolas, da Polícia de Segurança Pública, da Câmara Municipal da FF (e outras parcerias consideradas pertinentes) e fazem chegar à UCC as temáticas identificadas como prioritárias. A UCC desenvolve as temáticas sinalizadas e realiza o plano de sessões de SE para o próximo ano letivo, articulando essas necessidades com o Plano Nacional de Saúde Escolar.

A referenciação para as equipas do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), da

Violência Doméstica e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), são feitos através de formulários próprios via email ou por correio.

O SNIP apoia crianças e famílias, dos 0 aos 6 anos, sendo realizado uma vez por semana, à sexta-feira, um debate multidisciplinar dos casos clínicos que estão a acompanhar. O SNIP nasce em outubro de 2009, publicado pelo Decreto Lei 281/2009, sistema desenvolvido através de uma ação coordenada entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, e com o envolvimento das famílias e da comunidade. Pretende garantir a intervenção precoce na infância através de um conjunto de medidas (preventivas, educativas, de saúde e de cariz social) aplicadas à criança/ família.

O NACJR pretende sensibilizar os profissionais de saúde para o seu papel preponderante na prevenção e intervenção nos maus-tratos a crianças e jovens (dos 6 aos 18 anos), promovendo a articulação entre as diferentes entidades com responsabilidade nesta área.

A CPCJ é uma instituição oficial que visa promover os direitos da criança/jovem pondo termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (atuam quando existe prova de que a criança/jovem está efetivamente em perigo).

Todos estes projetos existem na UCCFM, estando representados por uma equipa multidisciplinar e agendados dias específicos para o debate dos casos acompanhados.

2.5 INTERVENÇÃO NA POPULAÇÃO E PROJETOS DE INTERVENÇÃO

A situação pandémica que temos vindo a atravessar nestes últimos anos obrigaram as UCC a alterarem, e mesmo a cancelarem os seus projetos, para que os recursos fossem canalizados para outras prioridades, como a resposta à Covid-19. A atuação dos enfermeiros da UCCFM nessa fase, passou pelo acompanhamento a doentes do foro respiratório, testes a covid-19 em sistema “drive-thru”, e essencialmente pela vacinação para a SARS-Cov2. Nos anos de 2022 e 2023, aos poucos, foram retomando as suas atividades e intervenções junto das pessoas e das comunidades.

Projetos planeados para o ano de 2022:

- **Projeto “Figueira Respira +”**, (programa iniciado em 2018) baseado no Programa Nacional das Doenças Respiratórias, pretende reabilitar e promover o acesso aos utentes com patologia respiratória crónica (principalmente doença pulmonar obstrutiva crónica e asma) a um programa de reabilitação respiratória na comunidade. Após o aparecimento da Covid, aparecem também doentes neste projeto, que apresentaram uma forma grave da doença e que precisam de continuar na comunidade um programa de reabilitação respiratória. Além desta, é realizado também um programa de fortalecimento muscular. Decorre habitualmente em 12 sessões, três vezes por semana, no ginásio da UCCFM.

- **Projeto “REABILIT’ARTE”** (reabilitar na comunidade), pretende a promoção da reabilitação funcional de utentes maiores de 18 anos que apresentem alterações músculo-esqueléticas (como por exemplo: patologias osteoarticulares e neuromusculares, acidente vascular cerebral, deficiência física), e que possam deslocar-se às instalações da UCC.

- **Projeto “Com’Unidade”**, que pretende apoiar e responder às necessidades da comunidade abrangida pela UCCFM, utentes/famílias em situação de fragilidade, realizando sessões de educação para a saúde.

- **Projeto “Moch-Lev”**, pretende detetar precocemente e prevenir alterações posturais associadas ao peso excessivo das mochilas das crianças (aplicado aos alunos do 5º ano de escolaridade); através da promoção da literacia em saúde sobre o tema e as suas consequências para a estrutura musculoesquelética das crianças.

- **Projeto “Cuid’Art”**, é um projeto de apoio ao cuidador informal que pretende capacitar o mesmo para a prestação de cuidados e contribuir para a diminuição da sobrecarga do cuidador; através de visitas domiciliárias, promoção de sessões individuais/grupo e a promoção de grupos de autoajuda.

- **Projeto do Estatuto do Cuidador Informal**, que consiste na realização de visitas domiciliárias por Enfermeiro e Técnico da Segurança Social, com o objetivo de dar a conhecer o estatuto do cuidador informal (CI), e a identificação de necessidades específicas de cada uma das valências (quando existem são acionados mecanismos de resolução junto da equipa de saúde e/ou da segurança social).

CAPÍTULO II – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA

A intervenção em contexto comunitário e de saúde pública destina-se a definir um conjunto de intervenções direcionadas a um grupo ou comunidade. Esta destina-se a trabalhar em parceria com as comunidades com o objetivo de prevenir/reduzir a desorganização social e promover o bem-estar da mesma (Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010). Ainda segundo as mesmas autoras, a intervenção comunitária tem como objetivo provocar mudanças na comunidade, criando recursos comunitários através de ações realizadas pela própria comunidade, baseando-se no princípio de que estas possuem potenciais recursos para gerarem o seu próprio desenvolvimento.

Neste capítulo pretende-se descrever o projeto de intervenção comunitária, definido com base num problema de saúde identificado, e com o objetivo de obter melhorias para o mesmo.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO – DIAGNÓSTICO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Um projeto de intervenção pretende provocar uma qualquer mudança num grupo ou comunidade, através de um feixe de intervenções direcionadas aos mesmos, e por isso, torna-se fundamental conhecer a comunidade onde vamos intervir. Fairweather, Sanders, Cresslar e Maynard (1974) citado por Carvalhosa, Domingos & Sequeira, (2010), apresentam um conjunto de seis etapas para este processo em que a primeira visa caracterizar a comunidade onde se vai intervir, assim como caracterizar o grupo que irá participar na intervenção.

O diagnóstico de situação, ao caracterizar o nível de saúde da população, deseja medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim, um instrumento para colocar em prática a política de saúde, definir prioridades, organizar atividades, acompanhar e avaliar os resultados (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1 PROBLEMA DE SAÚDE IDENTIFICADO

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 et al. 2014). Segundo a PORDATA, em 2020 Portugal era o segundo país da União Europeia (UE) com maior índice de envelhecimento, 165.1%, ficando acima da média da UE (137,2%) (PORDATA, 2021). Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública presentes no Regulamento n.º 348/2015 da Ordem dos Enfermeiros (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”, devendo estas ser focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco e nos cuidados de (re)adaptação e de suporte (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A longevidade que a maioria da população hoje consegue, tem origem num conjunto de fatores como os avanços da medicina, a acessibilidade aos cuidados de saúde, e a melhoria das condições de vida, assim como a adoção de estilos de vida saudáveis e de higiene. Porém, traduz-se também no aumento de doenças crónicas, resultando na perda de autonomia e a consequente dependência de outros para a satisfação das atividades de vida diária, provocando um conjunto de constrangimentos familiares, sociais, económicos e políticos, que merecem a atenção de toda a sociedade em geral, e dos enfermeiros em particular (Ulloa et al. 2021). Neste contexto, a família desempenha um papel fundamental em cuidar dos seus elementos em situação de dependência aguda ou crónica, devido à idade avançada, ou a doença. Todas as situações de doença, condicionam a realização das tarefas mais básicas e fundamentais do utente, alterando toda a dinâmica do quotidiano familiar, surgindo assim a necessidade da presença constante de um cuidador (Ferreira, 2021).

Surge com esta realidade, e com a falta de respostas sociais, a necessidade de cuidar em casa e o aparecimento dos Cuidadores Informais. Na maioria dos casos, os prestadores de cuidados são mulheres, mães, esposas ou filhas, que coabitam com a pessoa dependente, que por vezes deixam de trabalhar para poderem cuidar dos seus familiares. Cuidar do outro pode ser gratificante, mas é sobretudo exigente, tanto a nível físico como emocional. O processo de cuidar é associado também à dificuldade na gestão de papéis, entre o ser cuidador e manter o seu papel anterior; o CI sente-se

muitas vezes sozinho originando ansiedade, elevados níveis de stress, e outros problemas de saúde, que poderão influenciar a forma como cuida do seu familiar. São vários os autores que concluem que o CI tem maior risco de desenvolver problemas de saúde, como a depressão, a obesidade e fragilidade do sistema imunitário (Rodrigues et al., 2019). Um CI que esteja fragilizado, com dificuldades no cuidar não poderá fazer um bom trabalho, levando a défices de autocuidado e de bem-estar tanto para o próprio, como para a pessoa cuidada.

O papel do prestador de cuidados define-se como “interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde; membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente” (International Council of Nurses, 2019).

O artigo 72º da Constituição da República Portuguesa refere que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade” (Assembleia da República Portuguesa, 1976).

A Assembleia da República aprovou o Estatuto do Cuidador Informal, através da Lei n.º 100/2019 a 6 de setembro, que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, e quais as respetivas medidas de apoio. O CI tem direito a: ver reconhecido o seu papel; a receber formação para o desenvolvimento de competências relacionadas com o cuidar; a receber informação dos profissionais de saúde e da segurança social relativamente a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento; a usufruir do subsídio; a receber apoio psicológico e de períodos de descanso para o seu bem-estar emocional. O estatuto prevê ainda a criação de medidas de apoio ao cuidador, entre elas: a nomeação de um profissional de saúde de referência, aconselhamento, acompanhamento e capacitação de competências específicas para o cuidar através de um plano de intervenção específico; participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, minimizando o isolamento social dos cuidadores (Assembleia da República, Lei n.º 100/2019).

O Relatório Mundial de Saúde da OMS & Alto Comissariado da Saúde (2008) frisa a importância do empoderamento dos cidadãos para a sua saúde, nomeadamente “reforçar laços para garantir o apoio social nas comunidades e com o sistema de saúde, como por exemplo, o apoio e aconselhamento aos cuidadores familiares sobre os cuidados a ter com a demência”.

A Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego abrange 63.800 utentes, distribuídos por 14 freguesias. No município da Figueira da Foz 28.3% da população tem mais de 65 ou mais anos (PORDATA, 2021), apresentando um Índice de Dependência a Idosos de 45.85% (BI-CSP, 2023).

Após uma reflexão e análise das atividades e projetos desenvolvidos pela UCCFM, verifica-se que apesar de existirem utentes a serem cuidados no domicílio por familiares, e a receberem apoio da UCC através da ECCL, existe ainda a necessidade de os conhecer melhor, acompanhar e diagnosticar possíveis problemas ou dificuldades. Assim, decidimos realizar um projeto nesta área, visto que nestas visitas foram detetadas algumas necessidades e dificuldades nos cuidadores informais, e também pela inexistência de dados epidemiológicos sobre os CI na área de abrangência da UCCFM.

Em 2019, dados do INE referem existir em Portugal 1 059 012 pessoas com 15 ou mais anos, que prestavam cuidados informais a familiares ou não familiares. Destes, 366 707 eram homens e 692 305 eram mulheres (INE, 2022).

Em 2020, um inquérito realizado pelo “Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais”, dita existirem em Portugal cerca de 1.4 milhões de CI; na maioria mulheres (64%), com idades entre os 25 e os 54 anos (69,5%). A mesma fonte refere ainda que estes cuidadores apresentam grandes dificuldades, quer económicas, sociais e mesmo emocionais, e que apesar de existir em Portugal o Estatuto do Cuidador, este não veio dar resposta às necessidades destas pessoas. Para Nélida Aguiar, responsável pelo referido inquérito, é imperioso que “sejam identificadas todas as dificuldades, desde o acesso à saúde, o acompanhamento de doentes que dependem de terceiros, a falta de resposta por parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados ou a falta de cuidados ao domicílio” (Aguiar, 2020).

Um outro estudo realizado em 2021 pela mesma associação “Cuidar dos Cuidadores Informais” revelou que 69,7% dos inquiridos tem um dependente a seu cargo; 13,7% tem dois dependentes; e cerca de 14,4% referiu já ter sido cuidador. Foram também inquiridos sobre as dificuldades associadas ao papel de CI, revelando que: 64,6% referiu dificuldades de ordem psicológica e emocional; 59,1% de ordem social; 51,8% relativos

à formação e capacitação; 59,1% de ordem laboral; e 64,6% referiu défice de recursos humanos formais de apoio.

Analisando e refletindo sobre estes dados decidimos realizar um projeto de intervenção identificando como problema as dificuldades dos CI, e como estas podem interferir no seu bem-estar. Ciente da pertinência e importância que a temática tem para a sociedade, o conhecimento daqui resultante contribuirá para a projeção e melhoria de medidas (e outros projetos) que irão de encontro aos resultados aqui obtidos. Situação que fará com que estes cuidadores/famílias sejam acompanhados e dotados de melhores respostas às suas dificuldades, e ao seu bem-estar, tendo aqui o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, uma área vulnerável e prioritária para intervir.

3.2 PLANEAMENTO

Quando estamos perante um utente/comunidade, observamos, pesquisamos, fazemos diagnósticos, tomamos decisões, ou seja, planeamos. Segundo Imperatori e Giraldes (1983) citado por Melo (2020), este sublinha a importância do planeamento em saúde, realçando fatores como a escassez de recursos, a importância das intervenções nas causas dos problemas e os custos associados, com a finalidade de otimizar recursos. Os mesmos autores veem este processo em três grandes etapas: elaboração do plano, execução e avaliação (Melo, 2020).

É fundamental identificar e priorizar problemáticas com vista ao não desperdício de recursos e à obtenção de ganhos em saúde. Estes serão resultantes de projetos bem planeados, executados e que após a avaliação se conseguiram resultados que produzam conhecimento, traduzindo-se em ganhos em saúde das comunidades, ou em sugestões que originem novo planeamento e execução.

O presente trabalho teve uma componente de diagnóstico, com o objetivo de obter dados relativos às dificuldades e ao índice de bem-estar psicológico dos cuidadores informais dos utentes da área de abrangência da UCC Farol do Mondego. Foi também planeada uma componente de intervenção direcionada para a problemática em estudo.

População Alvo

Cuidadores informais dos utentes da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego, na Figueira da Foz.

Finalidade e Objetivos

A finalidade do projeto é a promoção do bem-estar dos CI da área de abrangência da UCC Farol do Mondego.

Foram elaborados um objetivo geral e três objetivos específicos.

Objetivo geral:

Potencializar o bem-estar dos cuidadores informais.

Objetivos específicos:

Identificar as dificuldades mais sentidas pelos cuidadores informais;

Avaliar o nível de bem-estar dos cuidadores informais;

Capacitar os cuidadores informais para o autocuidado e bem-estar.

Horizonte Temporal

Este projeto decorreu entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023.

Atividades Programadas

Foram programadas atividades e intervenções de acordo com os objetivos específicos estipulados, e com base nos dados apresentados pela literatura pesquisada sobre o tema. Encontram-se abaixo, na Tabela 2, a programação das atividades.

Tabela 2 – Programação das atividades do Projeto de Intervenção.

Componente de Investigação	
Objetivo Operacional 1: Identificar as dificuldades mais sentidas pelos CI	
Destinatários	Cuidadores Informais
Atividades	Planeamento de estudo, pedido de parecer à Comissão de Ética UICISA:E, pedido de autorização ao Coordenador da UCCFM, pedido de autorização aos autores dos instrumentos de colheita de dados
	Entrevista para caracterização socio demográfica e avaliação das dificuldades dos CI, através da aplicação de um questionário e do CADI
Local:	A designar pelo CI
Avaliação	Adesão dos cuidadores = Nº cuidadores que aderiram à avaliação

Objetivo Operacional 2: Avaliar o nível de bem-estar dos CI	
Destinatários	Cuidadores Informais
Atividade	Entrevista para avaliação do índice de bem-estar através da aplicação da Escala WHO5 da OMS Conscientizar os CI da importância das suas emoções, para o seu bem-estar, através de um jogo (jogo das emoções)
Local:	A designar pelo CI
Avaliação	Adesão dos cuidadores = N° cuidadores que aderiram à avaliação
Componente de Intervenção	
Objetivo Operacional 3: Capacitar os cuidadores sobre práticas promotoras de bem-estar	
Destinatários	Cuidadores Informais
Atividade	Sessão individual de esclarecimento sobre a importância do autocuidado para o bem-estar dos cuidadores e família Entrega de folhetos informativos sobre bem-estar, alimentação saudável e gestão de emoções Propor a criação de rede/grupo de voluntários cuidadores, para apoiar os CI
Local:	Domicílio ou outro local escolhido pelo CI
Avaliação	Adesão dos cuidadores = N° cuidadores que aderiram à atividade/ N° total de cuidadores X 100

3.3 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

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 competência para “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).

Identifica-se como grupo vulnerável, os cuidadores informais, sendo estes o foco de intervenção e atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sabendo que as intervenções nestes, terão também repercussão nos familiares que têm ao seu cuidado. Ao ser feita uma avaliação diagnóstica da situação do cuidador, identificando precocemente as suas dificuldades, concorrendo para que

estas sejam minimizadas ou mesmo eliminadas, e contribuindo simultaneamente para o bem-estar do cuidador e dos seus familiares.

Cada vez mais a capacitação em saúde se torna fundamental, dotando todos e cada um de ferramentas para que possam ser elos dominantes no seu percurso de vida e nos seus diferentes papéis. Para que os CI integrem este processo são necessárias algumas mudanças ou transições, que deverão ser acompanhadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública para que ocorram de uma forma saudável, visto que o CI apresenta maior risco de desenvolver problemas de saúde.

O processo de transição envolve uma interação complexa de atividades adaptativas para lidar com alterações contextuais, bem como uma incorporação psicológica e espiritual mais profunda das mudanças que permitem a reorientação do Eu. Segundo Meleis (2012) e a Teoria das Transições, ao longo da vida as pessoas experimentam transições quando ocorrem mudanças no estado de saúde do indivíduo. Estas podem realçar o bem-estar, assim como expor os indivíduos a riscos acrescidos de doença. A transição refere-se ao modo como as pessoas respondem às mudanças ao longo do tempo, estas passam por transições quando necessitam de adaptar-se a novas situações ou circunstâncias, de modo a incorporarem o evento da mudança, nas suas vidas (Schumacher e Meleis, 1994).

O enfermeiro é o elemento privilegiado para esta interação, pois desenvolve uma relação com o ser humano numa situação saúde/doença, que se insere num determinado ambiente e que está a vivenciar qualquer espécie de transição. Esta, está organizada com o propósito da resolução de problemas, e os enfermeiros podem ajudar através de intervenções terapêuticas que originem ou facilitem o bem-estar (Meleis, 2012). Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias que vivem processos de transição, assistindo às mudanças e transições que estas provocam nas suas vidas, auxiliando-os e facilitando o processo de desenvolvimento de competências, com o intuito que esta transição de papéis ocorra de uma forma saudável e sustentada.

Schumacher e Meleis (1994) identificaram quatro tipos de transições importantes para a enfermagem: saúde/doença (alteração do estado de bem-estar para o estado de doença); situacionais (compreendem a adição ou subtração de pessoas ao meio, requerendo a definição/redefinição de papéis dos envolvidos); organizacionais (implicam alterações relacionadas com o ambiente institucional e podem ser provocadas por alterações no ambiente social, político e económico); e de desenvolvimento (vivência de um período significativo do ciclo vital como a mudança da imagem corporal

na adolescência, menopausa, relacionamentos de parentalidade). As transições vividas pelo CI podem ser simultaneamente situacionais, porque há mudança na situação familiar; e de saúde/doença, pois além de se adaptarem ao processo saúde /doença do indivíduo, o próprio cuidador pode sentir-se doente em consequência de cuidar do outro. Podem ainda ser uma transição de desenvolvimento, quando o ato de cuidar faz com que o cuidador cresça enquanto pessoa e se transforme num ser diferente, podendo haver perda e aquisição de papéis.

As transições são também dotadas de propriedades, sendo a consciencialização e o empenhamento fundamentais para a transição de papéis no CI. Este tem que ter consciência e reconhecer que está a viver uma transição na sua vida para que esta ocorra; sendo que o empenhamento, ou grau de envolvimento que o indivíduo oferece a esta situação é fundamental. O CI tem que ter consciência do seu novo papel, das suas dificuldades e também do empenho que tem que demonstrar para conseguir mudar e desempenhar o papel de cuidador.

As transições compreendem ainda condicionantes que podem ser facilitadores ou inibidores, e englobam as condições pessoais, da comunidade e da sociedade (Costa, 2016).

Os padrões de resposta às transições, determinam se esta é saudável ou insalubre, ou se há insuficiência do papel, e avaliam-se através dos indicadores de processo e de resultado, de forma contínua (Costa, 2016). Os indicadores de processo são: sentir-se ligado/ conectado à família, amigos, ou profissionais de saúde; interagir com pessoas na mesma situação de forma eficaz e harmoniosa; o estar situado no tempo, espaço e relações; e o desenvolver confiança e coping (Costa, 2016). Os indicadores de resultado referem-se à mestria, isto é, ao domínio e habilidade para gerir novas competências e comportamentos necessários para a transição.

As estratégias usadas pelos enfermeiros para cuidar e apoiar as pessoas a alcançar transições saudáveis incluem prevenir o risco potencial, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado (Schumacher e Meleis, 1994). Meleis (2012) refere ainda que os enfermeiros verificam os resultados positivos de uma transição através de três indicadores de resultado, comuns a qualquer tipo de transição: bem-estar subjetivo, o bem-estar nas relações interpessoais, e a mestria (quando existe domínio bem-sucedido do novo papel). Em suma, cuidar é apoiar/facilitar os processos de transição, sendo estes assumidos, hoje em dia, como conceitos básicos na disciplina de enfermagem (Queirós, Figueiredo, 2015, p.9).

As intervenções de enfermagem são ações contínuas durante todo o processo de transição e podem ser preventivas (na área da promoção), protetoras (na preparação para a transição) e interativas (na suplementação do papel), visando a restauração das dimensões de saúde individual, familiar e organizacional. Segundo Rodriguez (2019) o apoio social e a resiliência dos cuidadores funcionam como fatores protetores para o desenrolar de situações saudáveis e prevenção de situações de desgaste físico e psicológico. O enfermeiro deve encorajar o envolvimento da família e o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções; informá-lo sobre os serviços de saúde que podem apoiar na tomada de decisão; no estabelecimento de objetivos na prestação de cuidados; e facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de suporte (Ferreira, 2020).

CAPÍTULO III – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – DIAGNÓSTICO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL PARA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

A investigação pode fazer-se com o objetivo de encontrar respostas a determinada questão, ou mesmo para o diagnóstico de uma situação que é desconhecida. A investigação científica é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas às questões que necessitam de uma investigação, permitindo descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos (Fortin, 1999).

O diagnóstico de situação é a fase primordial do processo de planeamento em saúde, já que consiste num processo de estudo de uma comunidade, do qual se obtém uma análise das necessidades de saúde e dos fatores que a determinam. É, portanto, um instrumento fundamental de avaliação, permitindo determinar e comparar o nível de saúde encontrado, identificando os principais problemas da comunidade, as suas causas, evolução e consequências, de forma profunda e clara, e também os recursos e as potencialidades existentes na comunidade (Giraldes & Imperatori, 1993).

É de extrema importância determinar quais os problemas ou necessidades de uma comunidade, de modo a poder-se planear e priorizar intervenções adequadas aos mesmos. Maguire et al. (2019) defendem que a investigação deve dedicar-se mais aos fatores que podem melhorar o bem-estar no grupo dos cuidadores informais, em detrimento dos fatores que o diminuem. Neste contexto, surge a necessidade de desenvolver programas ou intervenções de enfermagem de âmbito comunitário que promovam o bem-estar dos cuidadores informais. Neste sentido realizou-se o estudo “Diagnóstico das dificuldades do cuidador informal para promoção do bem-estar”.

Como finalidade pretendemos promover o bem-estar dos cuidadores informais dos utentes da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego.

Estipularam-se três objetivos específicos:

- Caracterizar socio demograficamente os CI;
- Identificar as dificuldades mais sentidas pelos CI;
- Avaliar o nível de bem-estar psicológico dos CI.

4. METODOLOGIA

No presente capítulo encontram-se as questões metodológicas da investigação, nomeadamente: tipo de estudo, população alvo e amostra, princípios éticos, colheita de dados e tipos de instrumentos utilizados na recolha de dados.

Tipo de Estudo

É um estudo exploratório descritivo, realizando-se uma abordagem quantitativa, pretendendo descrever a população em causa, e entender quais os suas dificuldades e sentimentos face ao papel de CI.

População Alvo e Amostra do Estudo

A população alvo do estudo foram os cuidadores informais da área de abrangência da UCC Farol do Mondego, na Figueira da Foz.

O acesso aos participantes foi concretizado através do conhecimento da investigadora, através de uma amostra intencional obtida por bola de neve; através de um CI conhecido que referenciou outros do seu conhecimento. Aos cuidadores que aceitaram participar, foi agendada entrevista com a investigadora, em local escolhido pelos mesmos. Conseguiu-se uma amostra de 10 cuidadores informais.

Como critérios de inclusão para o estudo considerámos que o cuidador deve ter 18 ou mais anos, ser o principal cuidador, e conviver diariamente com a pessoa cuidada.

Como critérios de exclusão, que o CI apresente alguma doença mental, que seja impeditiva de entender as questões realizadas.

Considerações Éticas

Antes da realização da investigação foi pedido parecer à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo I) que deu parecer positivo para a realização do estudo.

Os aspetos éticos no presente estudo, passaram pelo respeito, confidencialidade e a garantia de anonimato dos participantes. A investigadora aquando do primeiro contacto com os participantes explicou todo o estudo e quais os seus objetivos; foram esclarecidas todas as suas dúvidas; e explicitado que a sua participação era totalmente

voluntária, que não existia qualquer risco de dano físico ou moral, e que poderiam desistir do estudo em qualquer momento. Após concordarem, foi então pedido que assinassem o consentimento informado (Apêndice I).

As respostas foram colhidas em formato papel e codificadas, garantindo não ser possível a identificação dos participantes, garantindo assim o anonimato e confidencialidade. Posteriormente foram introduzidos em suporte informático, apenas acessíveis com chave digital à investigadora, que garantiu o seu tratamento e proteção.

4.1 COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi feita com recurso a entrevista semiestruturada, realizada presencialmente, em local combinado com os participantes, e de acordo com as suas preferências.

Os dados foram colhidos entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023.

Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados são os meios que o investigador utiliza para atingir a informação que necessita, para superar os objetivos específicos do estudo.

Considerando as características da população em estudo foi utilizado um questionário de caracterização socio demográfica do cuidador informal; o Carers' Assessment of Difficulties Index - CADI, validado para a população portuguesa por Brito e Barreto (2000); e a Escala do Índice de Bem-Estar da OMS (WHO-5).

Questionário de caracterização sociodemográfica

O questionário de caracterização sociodemográfica (Apêndice II) é constituído por duas partes; a primeira é composta por questões gerais que caracterizam a amostra, nomeadamente a idade, género, escolaridade e estado civil; a segunda apresenta questões relacionadas com o contexto de cuidar, como a gestão do tempo para cuidar de si próprio, do seu familiar, alteração do seu estado de saúde, e sentimentos de stresse derivados do cuidar. Os dados aqui obtidos são apresentados em tabelas compostas com distribuição de frequências absolutas, medidas de tendência central e de dispersão.

CADI

O CADI (Carer's Assessment of Difficulties Index) (Anexo II) foi desenvolvido por Nolan e outros colaboradores em 1998 no Reino Unido, e validada para a população portuguesa em 2000 por Luísa Brito e João Barreto. Foi realizado um pedido de autorização formal à Professora Luísa Brito, para utilizar o CADI, que veio afirmativo (Anexo III). Este índice tem como objetivo facilitar a identificação das dificuldades mais frequentes manifestadas pelos prestadores de cuidados, e como estes percecionam e vivem com essas mesmas dificuldades. Trata-se de um conjunto de 30 questões, correspondendo a 30 potenciais dificuldades apresentadas pelos cuidadores, relacionadas com as implicações do cuidar: na sua vida social, na sua saúde, repercussões económicas, problemas de relacionamento com a pessoa cuidada e outros membros da família, e ainda como encaram o apoio profissional e da família nesta situação (Brito, 2002). Em cada item o cuidador irá assinalar, numa escala tipo Likert com 4 opções, se a afirmação em causa se aplica ou não à sua realidade, e se sim, como esta influência a sua perceção da situação vivida. As opções de resposta são: "Não acontece no meu caso"; "Acontece no meu caso, mas não me perturba"; "Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação"; "Acontece no meu caso e perturba-me muito". No final do questionário existe um espaço de resposta livre para que o CI possa de forma livre e facultativa, descrever situações não contempladas no questionário.

O CADI facultará ao investigador um conjunto de informação, específico de cada família, que irá direcionar e orientar qual o tipo de intervenções necessárias e significativas para cada situação.

Os dados foram apresentados em tabelas segundo as subescalas propostas por Nolan et al 1998 (citado por Brito, 2002): "problemas relacionais com a pessoa dependente" que integra as questões 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26; "reações à prestação de cuidados" com as questões 1, 2, 3, 9, 17, 19, 29 e 30; "exigências de ordem física na prestação de cuidados" que integra as questões 6, 10, 13, 15, 23 e 24; "restrições na vida social" com as questões 8, 18 e 20; "deficiente apoio familiar" com as questões 16 e 28; "deficiente apoio profissional" com as questões 7 e 27; e por último "problemas financeiros" com as questões 4 e 21.

Índice de Bem-Estar

A Escala do Índice de Bem-Estar (WHO-5) da OMS (Psychiatric Research Unit, 1998) representa um questionário para a avaliação do bem-estar psicológico do cuidador. É

constituída por cinco itens que pretendem que o entrevistado se identifique com cada um deles, relativamente aos seus sentimentos nas duas últimas semanas, são eles: “Senti-me alegre e bem-disposto/a”; “Senti-me calmo/a e tranquilo/a”; “Senti-me ativo/a e enérgico/a”; “Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a”; “O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam”. Estes itens correspondem a uma escala tipo Likert pontuados de 5 (todo o tempo) a 0 (nunca). A pontuação bruta é calculada pela soma de valores das cinco respostas; pode ter valores de 0 (ausência de bem-estar) a 25 (bem-estar máximo).

É recomendado a aplicação do Inventário para a Depressão Major – CID-10, se a pontuação bruta for inferior a ‘13’, ou se o inquirido respondeu ‘0’ ou ‘1’ a qualquer um dos 5 itens. Valores inferiores a 13 sugerem um nível fraco de bem-estar (Dias et al., 200). Dado que as escalas medem a qualidade de vida relacionada à saúde, são por norma traduzidas numa escala percentual de 0 (ausente) a 100 (máximo), sendo recomendado multiplicar a pontuação bruta por 4.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos a análise e discussão dos resultados do estudo, confrontados com outros estudos sobre a mesma temática. Após a transferência dos dados para suporte informático, estes foram analisados através do programa *Microsoft Excel*. Realizou-se uma análise descritiva dos resultados, o cálculo de frequências absolutas e percentagens, medidas de tendência central (médias aritméticas) e de dispersão (desvio-padrão).

A maior limitação do estudo foi o tempo disponível para a colheita de dados, e isso condicionou significativamente o tamanho da amostra. Assim, a reduzida dimensão implica desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generalizações (Brito, 2002), o que “parece ter acontecido, na maioria dos estudos até agora realizados a prestadores de cuidados a familiares idosos” (Nolan et al. (1996) citado por Brito (2002)). Outra limitação encontrada foi o preenchimento dos questionários, estes baseiam-se na autoavaliação e autorrelato das diversas situações por parte dos participantes, porém neste estudo isso não foi possível, a idade avançada e as dificuldades de compreensão face às questões expostas no CADI, fez com que estes fossem preenchidos pelo investigador à medida que o participante ia respondendo. A autora foi lendo as questões e explicitando-as aos participantes, registando fielmente as suas respostas, acreditando que poderá ter havido algum constrangimento nas respostas dadas, devido à presença do investigador.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Idade

No que se refere à idade, podemos observar na Tabela 3, que a média de idades é de 68,8 anos com um desvio padrão de 13,76.

Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente à idade.

	<i>Média</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>Idade</i>	68,80	35	80	72,5	13,76

Apresenta-se na Figura 5, a distribuição dos elementos da amostra por quatro grupos etários, tendo assim uma perceção da sua distribuição em percentagem. Assim verificamos que 70% dos cuidadores tem mais de 70 anos.

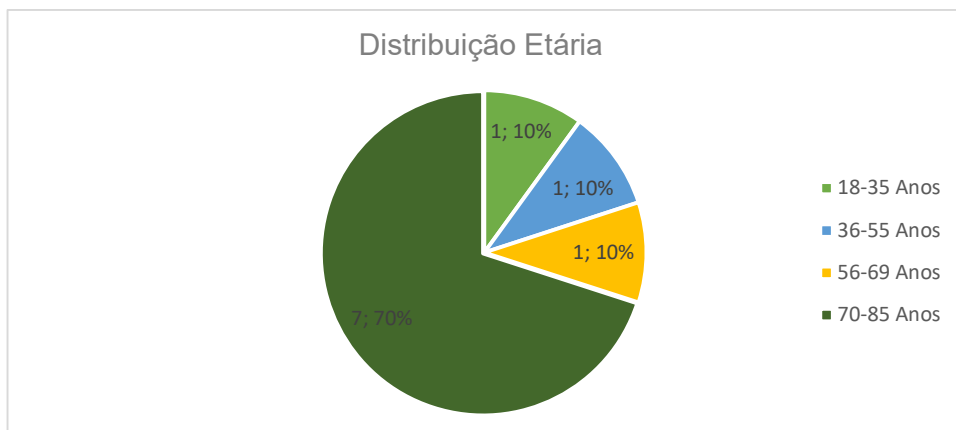


Figura 5 – Distribuição percentual dos elementos da amostra por grupo etário (N=10).

Estes dados são semelhantes aos encontrados por Rocha e Pacheco (2013) num estudo sobre o idoso em situação de dependência, em que 50% dos CI tinham mais de 50 anos, apresentando uma média de idades de 64,29 anos e um desvio padrão de 11,18 anos.

Género

Como se pode observar na Figura 6, 60% dos elementos da amostra são do género feminino e 40% do género masculino.

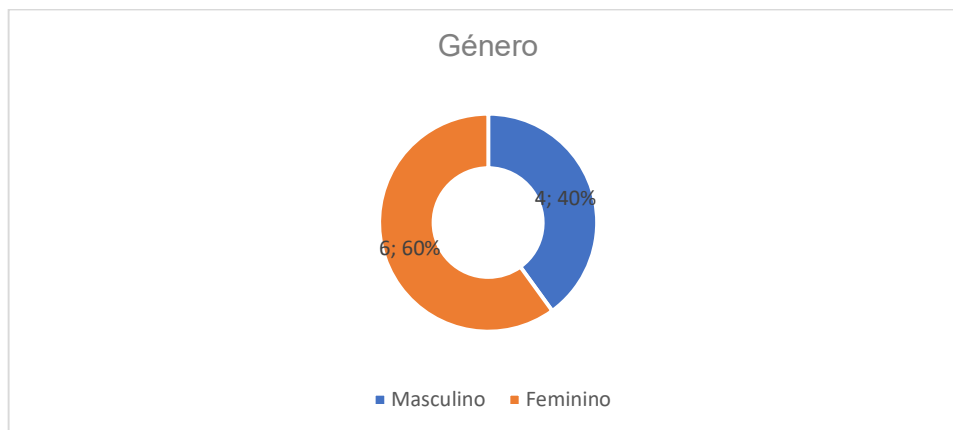


Figura 6 – Distribuição dos elementos da amostra quanto ao género.

Esta situação, relativamente homogénea quanto ao género, é pouco comum, pois a maioria dos cuidadores são mulheres, como verificamos neste caso e como acontece noutros estudos. Brito (2002) refere que é evidente a predominância de mulheres na prestação de cuidados, “o que está de acordo com a divisão de papéis tradicionalmente observada na sociedade ocidental”. Num estudo de Cachada (2014), 46,7% dos elementos da amostra são do sexo masculino, argumentando que os homens estão mais participativos nos cuidados, situação que pode estar ligada ao desemprego, ou às baixas possibilidades económicas, situação que leva os homens a cuidar dos idosos que coabitam com eles.

Habilitações Literárias

Quanto às habilitações literárias, verifica-se que 60% dos elementos da amostra apenas fez o ensino primário. Os dados aqui encontrados coincidem com o estudo de Cachada (2014), em que 50% da amostra apresenta entre 1 e 4 anos de escolaridade.

Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente às habilitações literárias.

<i>Ensino</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1º Ciclo	6	60%
2º e 3º Ciclo	4	40%

Profissão e atividade laboral

Relativamente à profissão, como se vê na Tabela 5, existe grande diversidade das mesmas.

Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente à profissão.

<i>Profissão</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Construção civil</i>	2	20%
<i>Operária fabril</i>	2	20%
<i>Operária lota</i>	1	10%
<i>Cuidadora C. dia</i>	2	20%
<i>Carpinteiro</i>	1	10%
<i>Ferroviário</i>	1	10%
<i>Doméstica</i>	1	10%

Quanto à atividade laboral, 80% dos elementos da amostra não estão a trabalhar, situação espectável devido à idade dos cuidadores, a maioria destes encontra-se aposentado, corroborando assim com o estudo de Cachada (2014), em que 65% dos participantes não exerce nenhuma atividade profissional. Apenas um dos elementos da amostra, uma mãe, teve que deixar de trabalhar para poder cuidar da filha.

Tabela 6 – Distribuição dos elementos da amostra quanto à sua atividade laboral.

<i>Cuidadores que:</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Estão a trabalhar</i>	2	(20%)
<i>Não estão a trabalhar</i>	8	(80%)
<i>Deixaram de trabalhar para cuidar?</i>	1	(10%)

Estado Civil

Quanto ao estado civil dos elementos da amostra, 90% eram casados, situação semelhante também encontrada no estudo de Cachada (2014), em que 75% dos participantes estavam casados/ união de facto.

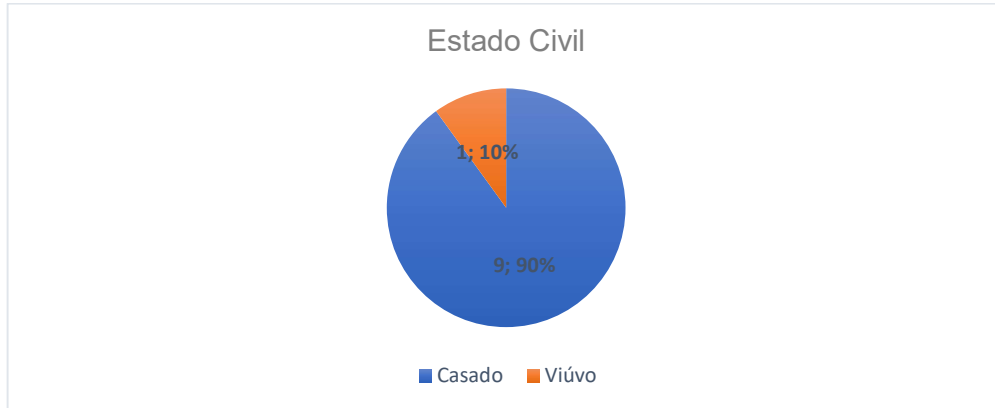


Figura 7 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao estado civil.

Grau de parentesco

Quanto ao grau de parentesco, 40% são maridos, 30% são esposas, 20% são mães e 10% (1) não apresenta qualquer relação de parentesco com a pessoa cuidada. Dados análogos aos encontrados por Brito (2002) em que 48,8% dos inquiridos se encontravam a prestar cuidados ao seu pai/mãe.

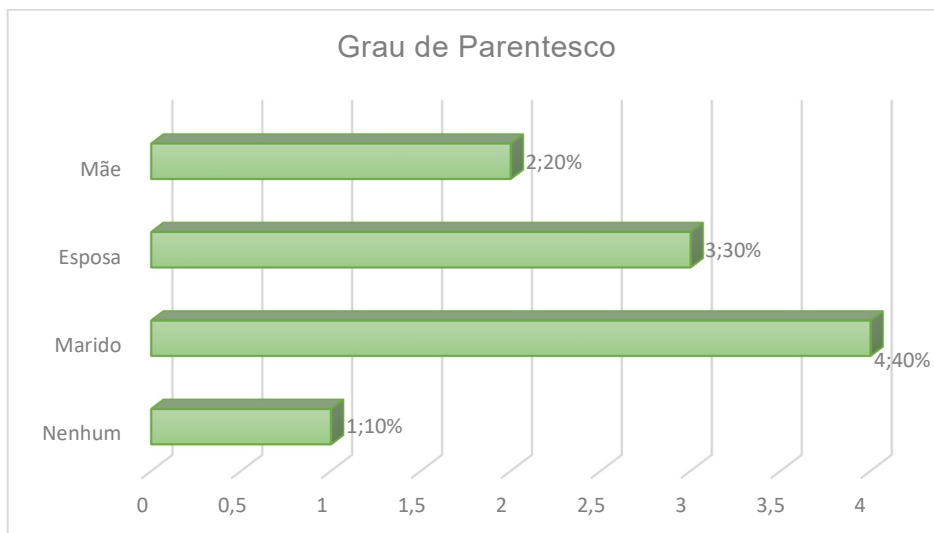


Figura 8 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao grau de parentesco.

Tempo a cuidar

Relativamente ao tempo que estão a cuidar, 40% dos elementos da amostra é cuidador há menos de 1 ano; 30% entre 1 e 4 anos; e apenas 20% dos inquiridos é cuidador há mais de 8 anos (estes elementos são mães da pessoa cuidada). Em Cachada (2014), a autora refere que a decisão de assumir o papel de cuidador informal foi do próprio cuidador (65,0%), e que estes cuidam em média há 4 anos.

Tabela 7 – Distribuição dos elementos da amostra relativamente ao tempo (em anos) que estão a cuidar.

<i>Tempo a cuidar</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Menos de 1 ano</i>	4	40%
<i>Entre 1 a 4 anos</i>	3	30%
<i>Entre 4 a 8 anos</i>	1	10%
<i>Mais de 8 anos</i>	2	20%

Partilha de tarefas

Quanto às tarefas relacionadas com o cuidar, 60% dos elementos da amostra têm com quem partilhar as tarefas, e têm também ajuda externa para auxílio das mesmas, tal como em Brito (2002), em que a maioria dos inquiridos (61%) afirmou ter a colaboração de outras pessoas.

Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra quanto à partilha de tarefas relacionadas com o cuidar.

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>Partilha as tarefas do cuidar com alguém?</i>	6 (60%)	4 (40%)
<i>Tem ajuda externa?</i>	6 (60%)	4 (40%)

Habitação

Todos os elementos da amostra (100%) coabitam com a pessoa cuidada. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Brito (2002) em que “a maioria (78%) dos prestadores de cuidados se encontra a viver no mesmo domicílio.

Tabela 9 – Distribuição dos elementos da amostra quanto à habitação.

	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Coabita com a pessoa cuidada</i>	10	100%

Perceção de saúde

Quanto ao nível do bem-estar percecionado pelos elementos da amostra, 70% classifica-o como razoável, como se pode verificar na Tabela 10.

Tabela 10 – Resposta dos elementos da amostra de como classificam o seu nível de bem-estar.

<i>Nível de bem-estar</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Bom</i>	1	10%
<i>Razoável</i>	7	70%
<i>Fraco</i>	2	20%

Os elementos da amostra questionados sobre se se consideravam pessoas saudáveis, 80% destes responde que não, como se verifica na Tabela 11.

Tabela 11 – Resposta dos elementos da amostra sobre se se consideram pessoas saudáveis.

<i>Considera-se uma pessoa saudável?</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
<i>Sim</i>	2	20%
<i>Não</i>	8	80%

Em baixo, na Figura 9, pode observar-se que apenas um dos elementos da amostra não apresentava qualquer doença crónica. Os restantes elementos apresentam pelo menos uma doença crónica, como a diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca ou oncológica.

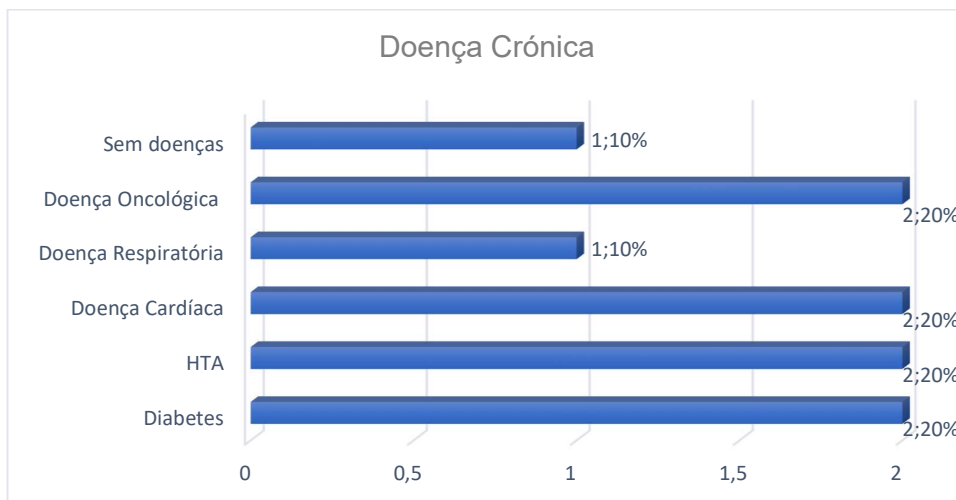


Figura 9 – Distribuição dos elementos da amostra quanto há existência de doença crónica.

Quanto à sua perceção de saúde, a grande maioria dos elementos da amostra (70%) considera o seu estado de saúde como “razoável”; havendo mesmo 20% que o considera “fraco”. Esta situação corrobora o estudo de Brito (2002) em que 43,9% dos inquiridos classificou o seu estado de saúde como razoável, e 39% classificou-o como fraco. Em ambos os estudos não houve nenhum inquirido que tenha classificado o seu estado de saúde como “muito bom”.

Quando questionados quanto há existência de doenças crónicas, apenas um participante declarou não ter qualquer doença, e 90% dos inquiridos responde afirmativamente; situação verificada também no estudo de Brito (2002) “os prestadores de cuidados apresentam indicadores de uma morbilidade mais elevada do que a da população em geral”.

5.2 DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL

Apresentamos de seguida os resultados do CADI (Carer’s Assessment of Difficulties Index), dispostos em tabelas segundo as subescalas propostas por Nolan et al 1998 (citado por Brito, 2002). São apresentadas as frequências absolutas e percentuais em todas as respostas.

5.2.1 Problemas relacionais com a pessoa dependente

Nas respostas às questões relacionadas com esta subescala, aquando da soma das respostas “perturba-me muito” e “causa-me alguma perturbação”, a questão 5 (“A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim”), é considerada difícil para a maioria dos elementos da amostra (60%). Em seguida encontram-se as questões 11 (“Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”); 14 (“A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia”) e 22 (“A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço”); em que 40% refere que estas questões os perturbam. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Brito (2002) em que as mesmas expressões foram assinaladas por 55% dos inquiridos. Porém, apenas 30 % dos participantes assinalaram as seguintes expressões “Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido” e a questão 26 (“Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação”) em que 70% dos cuidadores respondeu que não acontece no seu caso.

Tabela 12 – Resposta dos elementos da amostra quanto à subescala “Problemas relacionais com a pessoa dependente”.

Questões (Q)	<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Acontece no meu caso, mas não me perturba</i>	<i>Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação</i>	<i>Acontece no meu caso e perturba-me muito</i>
<i>Q5 – A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim</i>	4 40%	0	4 40%	2 20%
<i>Q11 – Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim</i>	6 60%	0	1 10%	3 30%
<i>Q12 – Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido</i>	7 70%	0	3 30%	0
<i>Q14 – A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia</i>	5 50%	1 10%	2 20%	2 20%
<i>Q22 – A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço</i>	6 60%	0	2 20%	2 20%

Q25 – O comportamento da pessoa de quem cuida causa problemas	10 100%	0	0	0
Q26 – Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	7 70%	0	3 30%	0

5.2.2 Reações à prestação de cuidados

Relativamente à subescala “Reações à prestação de cuidados” pode verificar-se pela análise da Tabela 13, e somando as respostas “perturba-me muito” e “causa-me alguma perturbação”, que a questão 29 (“Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”) é difícil para 90% dos elementos da amostra. Para 80% dos elementos da amostra, a questão 17 (“Esta situação faz-me sentir irritado(a)”) é considerada perturbadora. Também as questões 1 (“Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)”) e 2 (“Por vezes sinto-me “de mãos atadas”, sem poder fazer nada para dominar a situação”), foram consideradas difíceis para 70% dos elementos da amostra. E ainda 60% destes consideraram perturbadora a questão 19 (“Esta situação está a transtornar-me os nervos”). A questão 3 (“Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família”) foi assinalada por 40% dos elementos da amostra como fonte de dificuldade. Estes dados são muito semelhantes aos encontrados por Brito (2002) em que mais de 70% dos inquiridos assinalou as expressões anteriores como fonte de perturbação. Os cuidadores referem ficar tristes com eles próprios quando sentem dificuldades na realização dos cuidados diários “fico irritada quando não a consigo ajudar”; “agora já não consigo dar-lhe banho sozinha” (citado por CI 7).

As questões 9 (“Chega a transtornar as minhas relações familiares”), e 30 (“Esta situação faz-me sentir culpado(a)”) foram consideradas as menos perturbadoras, no estudo de Brito (2002) 82,9% dos cuidadores também as consideraram as menos perturbadoras. “Não me posso queixar que ela não tem culpa de estar assim!” (citado por CI 8).

Tabela 13 – Resposta dos elementos da amostra quanto à subescala “Reações à prestação de cuidados”.

Questões (Q)	<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Acontece no meu caso, mas não me perturba</i>	<i>Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação</i>	<i>Acontece no meu caso e perturba-me muito</i>
Q1 – Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)	3 30%	0	5 50%	2 20%
Q2 – Por vezes sinto-me “de mãos atadas”, sem poder fazer nada para dominar a situação	2 20%	1 10%	2 20%	5 50%
*Q3 – Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	6 60%	0	3 30%	1 10%
Q9 – Chega a transtornar as minhas relações familiares	8 80%	0	1 10%	1 10%
Q17 – Esta situação faz-me sentir irritado(a)	2 20%	0	6 60%	2 20%
Q19 – Esta situação está a transtornar-me os nervos	3 30%	1 10%	3 30%	3 30%
Q29 – Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar	1 10%	0	4 40%	5 50%
Q30 – Esta situação faz-me sentir culpado(a)	9 90%	0	0	1 10%

*Esta questão não foi incluída por Nolan, et al (1998), porém em Brito (2000) esse problema foi referido pela maioria dos prestadores de cuidados, pelo que aqui a investigadora optou também por a incluir.

5.2.3 Exigências de ordem física na prestação de cuidados

Nesta subescala, no mínimo 50% dos elementos da amostra assumiu ter dificuldades, em todas as questões, somando as respostas “perturba-me muito” e “causa-me alguma perturbação”. Nas questões 6 (“A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar”), 15 (“Ando a dormir pior por causa desta situação”) e 23 (“A minha saúde ficou abalada”), 70% dos participantes vê aqui uma fonte de dificuldades. E ainda 60% dos elementos da amostra refere sentir-se muito cansado fisicamente com o cuidar (questão 10). Estes dados são equivalentes aos encontrados por Brito (2002) em que mais de 60% dos inquiridos deram as mesmas respostas. Segundo a mesma autora,

estes dados vão de encontro ao preconceito formulado pela maioria dos prestadores de cuidados acerca do seu próprio estado de saúde (Brito, 2002). Alguns cuidadores apresentavam preocupações relacionadas com as suas capacidades físicas, “estou preocupada porque vou ser operada, e depois quem é que fica a cuidar dele?” (citado por CI 2).

Tabela 14 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Exigências de ordem física na prestação de cuidados”.

Questões (Q)	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
Q6 – A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	0	3 30%	1 10%	6 60%
Q10 – Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	2 20%	2 20%	2 20%	4 40%
Q13 – A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	3 30%	2 20%	1 10%	4 40%
Q15 – Ando a dormir pior por causa desta situação	2 20%	1 10%	4 40%	3 30%
Q23 – A minha saúde ficou abalada	2 20%	1 10%	3 30%	4 40%
Q24 – A pessoa de quem cuido sofre de incontinência	3 30%	1 10%	3 30%	3 30%

5.2.4 Restrições na vida social

Nesta subescala, relacionada com as restrições sociais derivadas do cuidar, estas são sentidas como fonte de dificuldades por 50% dos participantes. Esta situação é semelhante em Brito (2002), onde mais de 65% dos participantes considera fonte de perturbação estes itens: “Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias”, “Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas que gosto”, e “Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria”. Os cuidadores apresentavam muita dificuldade em poder sair para realizar pequenas tarefas, “sinto-me numa prisão, isto é o pior para mim” (citado por CI 1).

Tabela 15 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Restrições na vida social”.

Questões (Q)	<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Acontece no meu caso, mas não me perturba</i>	<i>Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação</i>	<i>Acontece no meu caso e perturba-me muito</i>
Q8 – <i>Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto</i>	4 40%	1 10%	3 30%	2 20%
Q18 – <i>Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria</i>	3 30%	2 20%	3 30%	2 20%
Q20 – <i>Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias</i>	3 30%	2 20%	2 20%	3 30%

5.2.5 Deficiente apoio familiar

Nesta subescala, como se pode verificar na Tabela 16, 50% dos elementos da amostra sente como dificuldade a questão 16 “As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria”; na questão 28 “Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam”, 30% sente como perturbadora esta situação. O mesmo acontece no estudo de Brito (2002), em que mais de 56% dos participantes assinalaram estas questões como perturbadoras. Em algumas situações, os cuidadores sentem-se esquecidos pela família, “sinto-me magoada com pessoas da minha família” (citado por CI 5).

Tabela 16 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Deficiente apoio familiar”.

Questões (Q)	<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Acontece no meu caso, mas não me perturba</i>	<i>Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação</i>	<i>Acontece no meu caso e perturba-me muito</i>
Q16 – <i>As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria</i>	4 40%	1 10%	4 40%	1 10%
Q28 – <i>Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam</i>	6 60%	1 10%	2 20%	1 10%

5.2.6 Deficiente apoio profissional

Nas questões 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” e 27 “Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais”, 60% dos elementos da amostra sente como dificuldade esta temática. Também em Brito (2002) estes mesmos itens foram assinalados como perturbadores por mais de 53% dos participantes. No estudo de Nolan e Grant (1989) e Nola et al. (1990) citado por Brito (2002), indicam este item como sendo o que mais prestadores de cuidados consideram como fonte de dificuldades. Segundo os mesmos autores, esta percepção negativa que os cuidadores informais têm acerca das intervenções dos profissionais, deverá ser encarada como um motivo para que os profissionais façam uma avaliação individual e multidimensional das situações familiares, a fim de poderem ir ao encontro das reais necessidades das famílias (cuidadores e dependentes). Alguns cuidadores referem a dificuldade que têm em conseguir apoio profissional, nomeadamente de enfermagem, pois existe um grande período de espera, devido aos baixos recursos existentes na comunidade “era bom que a enfermeira viesse sempre, que não tivesse que parar” (citado por CI 6).

Tabela 17 – Resposta dos elementos da amostra relativamente à subescala “Deficiente apoio profissional”.

Questões (Q)	<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Acontece no meu caso, mas não me perturba</i>	<i>Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação</i>	<i>Acontece no meu caso e perturba-me muito</i>
<i>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</i>	3 30%	1 10%	5 50%	1 10%
<i>Q27 – Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais</i>	4 40%	0 0	4 40%	2 20%

5.2.7 Problemas financeiros

Nesta subescala, como se verifica na Tabela 18, apenas 10% dos participantes sente como dificuldade a questão 4 “Traz-me problemas de dinheiro”, havendo um cuidador que refere “a reforma dele vai toda para o apoio domiciliário” (citado por C110).

Porém, quanto à questão 21 “A qualidade da minha vida piorou”, 70% sente esta questão como causadora de dificuldade. No estudo de Brito (2002) mais de 63% dos participantes refere estes itens como fonte de dificuldades.

Tabela 18 – Resposta dos elementos da amostra quanto à subescala “Problemas financeiros”.

Questões (Q)	<i>Não acontece no meu caso</i>	<i>Acontece no meu caso, mas não me perturba</i>	<i>Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação</i>	<i>Acontece no meu caso e perturba-me muito</i>
<i>Q4 – Traz-me problemas de dinheiro</i>	9 90%	0	0	1 10%
<i>Q21 – A qualidade da minha vida piorou</i>	3 30%	0	3 30%	4 40%

5.2.8 Dificuldades mais sentidas

As dificuldades mais sentidas pelos elementos da amostra foram agrupadas nas subescalas propostas e realizou-se a média de cada uma destas, obtendo-se assim uma média das dificuldades mais sentidas pelos participantes do estudo.

Como se pode ver na Figura 10, a subescala em que os cuidadores sentiram mais dificuldades foi nas exigências de ordem física relacionadas com o cuidar, seguida das restrições sociais e o deficiente apoio profissional.

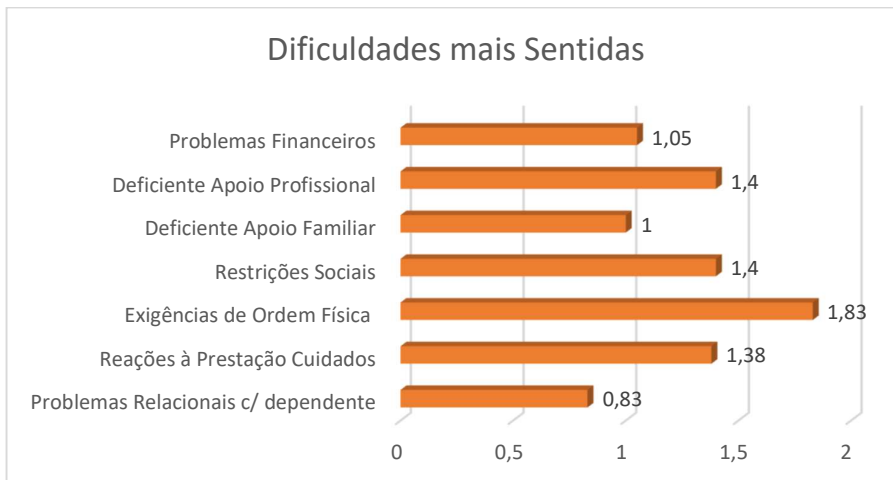


Figura 10 – Média das dificuldades mais sentidas pelos elementos da amostra, por subescala.

Analisando as médias de todas as subescalas, foram as questões relacionadas com as exigências de ordem física da prestação de cuidados (1,83) as mais representativas, sendo esta a maior fonte de dificuldades sentida pelos elementos da amostra em estudo. Em segundo lugar encontram-se os itens relacionados com as restrições na vida social e o deficiente apoio profissional (1,4), ambas com o mesmo valor. Também em Cachada (2014), as exigências de ordem física da prestação de cuidados são as dificuldades mais sentidas pelos inquiridos, seguidas das restrições na vida social. Segundo Brito (2002), quanto maior a dependência do idoso, maiores são as exigências de ordem física na prestação de cuidados.

5.3 NÍVEL DE BEM-ESTAR

Através da aplicação do Índice de Bem-Estar WHO-5 da OMS avaliou-se o nível de bem-estar dos participantes do estudo, na Tabela 19 apresentam-se os resultados estatísticos relativos ao mesmo. A pontuação obtida pela aplicação da escala varia entre 0 e 25. O valor médio do Índice de Bem-Estar apresentado pelos participantes foi de 10,10.

Tabela 19 – Resultados estatísticos do índice de bem-estar WHO-5, aplicado aos elementos da amostra.

	<i>Média</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>Índice de bem-estar</i>	10,10	1	16	11,50	4,89

Apresenta-se na Tabela 20 os dados obtidos da aplicação do Índice de Bem-Estar aos participantes do estudo. Como se pode verificar, 50% dos inquiridos apresenta um nível de bem-estar inferior a 13, o que revela um fraco nível de bem-estar.

Tabela 20 – Resultados do índice de bem-estar WHO-5, aplicado aos elementos da amostra.

<i>Cuidador</i>	<i>Índice de bem-estar</i>
C 1	4
C 2	14
C 3	14
C 4	16
C 5	6
C 6	8
C 7	13
C 8	10
C 9	1
C 10	15

Analisando e realizando os valores médios de cada um dos itens da escala, concluímos que o item 5 “O meu dia tem sido preenchido com coisas que me interessam” é o que apresenta um valor médio maior (2,60).

Tabela 21 – Valores médios dos itens do índice de bem-estar WHO-5, aplicado aos elementos da amostra.

<i>Item</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
1 – Senti-me alegre e bem-disposto(a)	1,80	1,48
2 – Senti-me calmo(a) e tranquilo(a)	1,60	1,43
3 – Senti-me ativo(a) e enérgico(a)	1,60	0,97
4 – Acordei a sentir-me fresco(a) e repousado(a)	2,50	1,78
5 – O meu dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	2,60	1,65

A OMS define “bem-estar” como fazendo parte do conceito de saúde, sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Ao analisar os resultados do Índice de Bem-Estar WHO-5, observa-se que todos os participantes obtiveram pontuação inferior a 20, o que segundo Souza e Hidalgo (2012) citado por Dias et al. (2020), sugere a presença de transtorno depressivo. Verifica-se que 50% dos elementos da amostra apresentam um índice de bem-estar inferior a 13, o que corresponde a um fraco nível de bem-estar, podendo mesmo haver comprometimento do bem-estar. Com esta pontuação é sugerida uma análise complementar através da aplicação do Inventário para a Depressão Major, segundo a Unidade de Pesquisa Psiquiátrica (Centro de Saúde Mental) da Zelândia do Norte. Dias et al. (2020) refere que a “intensa jornada de cuidados sem conhecimento e sem preparo é condição de risco vivenciada por esses cuidadores” contribuindo esta situação para o aparecimento de transtornos depressivos. Analisando as médias de cada um dos itens, o que obteve maior pontuação (2,60) foi “O meu dia tem sido preenchido com coisas que me interessam”, seguido de “Acordei a sentir-me fresco(a) e repousado(a)” (2,50). O valor médio foi de 10,10 com desvio padrão de 4,89; tendo sido 1 a pontuação mínima obtida e 16 a pontuação máxima obtida.

6. SÍNTESE FINAL

No diagnóstico das dificuldades dos cuidadores informais para a promoção do seu bem-estar, entrevistámos uma amostra de 10 cuidadores, para colheita de dados e preenchimento dos questionários selecionados.

Apesar de a amostra ser extremamente reduzida, não permitindo generalizações, descrevem-se algumas conclusões importantes:

- A maioria dos elementos da amostra é do sexo feminino, tem mais de 70 anos, é cônjuge e coabita com a pessoa cuidada, cuidando desta há menos de um ano, e considera o seu estado de saúde razoável;
- Foram encontradas dificuldades em todas as sete subescalas avaliadas pelo CADI, sendo as “Exigências de ordem física na prestação de cuidados” a que obteve maior média, sendo a maior dificuldade e perturbação sentida pelos cuidadores;
- Em segundo lugar, surgem como dificuldades mais sentidas pelos elementos da amostra os itens relacionados com as restrições na vida social e o deficiente apoio profissional;

- Todos os cuidadores apresentam uma pontuação inferior a 20 na avaliação do Índice de Bem-Estar da OMS, e 50% destes apresenta um fraco nível de bem-estar (pontuação inferior a 13);
- Apesar do fraco nível de bem-estar, o item que mais se destacou (com maior média) foi “O meu dia tem sido preenchido com coisas que me interessam”.

Pode dizer-se que os cuidadores informais apresentam muitas dificuldades e necessidades, mas os cuidados que prestam aos seus familiares são realizados com empenho e dedicação, mantendo com estes uma relação sincera e afetiva. Segundo Cachada (2014) só quando as necessidades dos CI forem identificadas e clarificadas, é que os profissionais estarão aptos a focar a sua atenção e a conceber intervenções que contribuam para o êxito dos cuidados domiciliários. “Identificar as necessidades dos cuidadores informais é um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase do processo de cuidados e contexto em que ocorre (Cachada, 2014), pois em algumas situações, os próprios CI não conseguem expressar as suas dificuldades.

Para colmatar esta situação, e baseando-se nos resultados encontrados, em que existe deficiente apoio profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública deve pensar em programas que acompanhem estas famílias, estabelecendo com elas uma relação de confiança que as leve a conhecerem-se melhor, a identificarem quais as suas dificuldades e necessidades, para prestarem melhores cuidados, não esquecendo que elas também têm de cuidar de si e do seu bem-estar.

CAPÍTULO IV - ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Encontramo-nos numa atualidade em saúde cada vez mais exigente e desafiante, seja pela necessidade especializada de cuidados de saúde, ou pela maior procura dos mesmos. “Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista). Segundo o mesmo regulamento o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” nas várias áreas da especialidade em enfermagem.

Em qualquer ciclo de estudos, a prática clínica é de extrema importância no trajeto do aluno, pois permite o seu crescimento e desenvolvimento em diversas áreas, desde a aquisição de conhecimento científico à sua aplicação, sempre com um pensamento crítico e reflexivo.

7. ATIVIDADES REALIZADAS

Neste capítulo faz-se a descrição das atividades realizadas nos dois contextos de estágio: na Unidade de Saúde Pública Baixo Mondego – Polo Figueira da Foz, e na Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego. Este decorreu entre 27 de setembro de 2022 e 24 de fevereiro de 2023, com iguais períodos nos dois contextos, perfazendo uma totalidade de 468 horas.

As atividades realizadas foram planeadas tendo em vista os objetivos da prática clínica, e o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

7.1 ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE USP

- Participação no XX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, juntamente com outras colegas

do mestrado, com uma comunicação livre com o título " Identificar para bem acompanhar" (Apêndice III). Trata-se de um projeto direcionado para a identificação das crianças com necessidades especiais através da aplicação do Children With Special Health Care Needs (CSHCN) Screener®. Durante o encontro foram abordados temas como: descentralização de competências de saúde para os municípios; conquistas e desafios da saúde pública e comunitária; continuidade em contexto de pandemia; cuidar de comunidades vulneráveis, entre outros. Foi gratificante e inspirador ouvir e comunicar com colegas dos cuidados de saúde primários, que partilharam conhecimentos e dificuldades, servindo como crescimento individual, visto que esta não é a realidade profissional da autora.

- Participou nas atividades que decorreram no Centro de Vacinação Covid-19 (CVC). Toda a gestão do CVC era da responsabilidade das Enfermeiras Especialistas da USP, sendo necessário organizar variados aspetos, que teve a oportunidade de assistir e colaborar, nomeadamente:
 - Convocatória dos utentes, feita por sistema de mensagem gerada pelo programa informático, onde eram selecionados os utentes elegíveis nos timings predefinidos;
 - Seleção dos recursos humanos necessários, solicitados às várias unidades da cidade;
 - Gestão dos stocks de vacinas Covid-19 e Gripe, e de material clínico necessário à sua preparação e administração;
 - Monitorização de todo o circuito das vacinas (desde o controlo da cadeia de frio e seu armazenamento, à sua preparação e administração);
 - Preparação e administração de vacinas da Gripe e Covid-19;
 - Definição de um circuito seguro, dentro do CVC, para profissionais, utentes e acompanhantes;
 - Confirmação e registo dos utentes para vacinação na plataforma EVacinas, realizando um pequeno questionário epidemiológico confirmando a elegibilidade do utente;
 - Gestão, triagem, acondicionamento e armazenamento temporário de resíduos, até a sua remoção definitiva através de empresa contratada;

- Relatório diário realizado no final do dia contabilizando as doses de vacinas administradas e o número total de utentes vacinados, sendo esta informação enviada ao ACeS do Baixo Mondego e à ARS centro.

- Participação na reunião de acolhimento aos médicos internos de saúde pública, onde as Enfermeiras Especialistas explanam todas as atividades que coordenam e executam na USP.
- Visita à Comunidade Terapêutica da Cáritas na Figueira da Foz, para administração de vacinas Covid-19 a utentes e profissionais.
- Participação na reunião com as Enfermeiras Especialistas da USP para planeamento das atividades relativas ao Programa Nacional de Saúde Escolar e Programa Nacional de Saúde Oral. Através da análise das listagens de alunos de todo o parque escolar, são identificados os elegíveis para a emissão de cheques dentista, através do Sistema Informático de Saúde Oral (SISO); e as turmas a implementar os bochechos de fluor, incentivando e fornecendo todo o material necessário às escolas.
- Colaboração na análise da referenciação de um caso de Monkeypox para vacinação. Esta sinalização chega à USP por email, com a prescrição médica da vacina, as Enfermeiras Especialistas analisam a situação (com base na norma 6/2022 da DGS - Vacinação contra infeção humana por vírus Monkeypox) verificando que tipo de vacinação se trata, e quando se realizam as mesmas. Visto que esta vacina se apresentava com disponibilidade limitada, a gestão era feita para que se desperdiçasse o menor número possível de doses. Foi contactada a USP em Coimbra que também tinha utentes a vacinar e assim, agendou-se a vacinação para todos os utentes no mesmo local.
- Reunião com às Técnicas de Saúde Ambiental, percebendo o trabalho realizado em equipa multidisciplinar; quais os projetos em execução e medidas implementadas, como o programa REVIVE (controlo de mosquitos), vigilância

de água e controlo da bactéria *Legionella*; e como estas podem influenciar a qualidade de vida e a saúde das comunidades.

- Colaboração com a Enfermeira Especialista Manuela Branco na consulta de enfermagem de utentes a realizar tratamento com antituberculosstáticos, no Centro de Diagnóstico Pneumológico da Figueira da Foz. Esta consulta é de extrema importância, realiza-se uma vez por mês, onde se faz uma avaliação ao utente/família, procurando saber como se sente, se tem cumprido o esquema terapêutico, e se tem sintomas de hepatotoxicidade. É facultada aos utentes medicação para o mês, questionando as suas dúvidas, realizando ensinamentos e capacitando-os sobre a importância da adesão terapêutica e quais os cuidados a ter durante o tratamento para que se evitem novas infeções.
- Participação nas atividades no Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra. Foram momentos muito enriquecedores e com diferentes experiências:
 - Colaboração na consulta de enfermagem aos doentes com tuberculose, ou em tratamento profilático para poderem realizar outros tratamentos (como exemplo: tratamento para a psoríase ou para doença inflamatória intestinal) ou porque existe outra doença de base que pode levar ao despoletar da tuberculose quando esta está latente;
 - Observação da realização de Prova Cutânea da Tuberculina (Teste de Mantoux);
 - Observação e interpretação do resultado da Prova Cutânea da Tuberculina, 72 horas depois de realizada;
 - Visualização de imagens radiológicas de casos de tuberculose pulmonar e sua evolução nos vários meses necessários para o tratamento;
 - Dispensa de terapêutica mensal aos utentes em tratamento;
 - Observação no laboratório do CDP de várias culturas de microrganismos responsáveis pela tuberculose;
 - Colaboração com a Enfermeira Especialista em Saúde Pública numa consulta do Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/SIDA de Coimbra, que funciona no CDP. Esta consulta é gratuita, anónima e

confidencial; é realizado um pequeno questionário para estatística (se os utentes aceitarem responder) e permite um teste de diagnóstico rápido (15 minutos) ao VIH.

- Colaboração na consulta do viajante e vacinação internacional na sede da USP Baixo Mondego em Santa Clara (Coimbra). Esta consulta pretende assegurar a profilaxia de doenças endémicas, através da administração de medicamentos e vacinas aos utentes que vão viajar para zonas com estes problemas, reduzindo a morbimortalidade associada às doenças transmissíveis em contexto de viagem, e ainda cumprir o Regulamento Sanitário Internacional.

Aqui foi possível:

- Promoção de educação para a saúde individualizada, direcionada ao tipo de risco existente na zona em que o utente vai viajar;
- Incentivo ao cumprimento de algumas regras de segurança e de saúde pública que o utente deve adotar, nomeadamente apenas a ingestão de água engarrafada (mesmo para a higiene da boca); não ingerir bebidas com gelo; ter uma cópia da sua documentação e contactos, no caso de extravio dos originais;
- Emissão do Boletim de saúde Internacional.

7.2 ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE UCC

- Reunião com a equipa de enfermagem da UCCFM para apresentação do Projeto “Diagnóstico das dificuldades do cuidador informal para promoção do bem-estar”.
- Participação nos projetos agendados pela UCC no âmbito da Saúde Escolar:
 - Sessão “Orientação sexual”, realizada em colaboração com a rede Ex-aequo, aos alunos das turmas do 12º Ano da escola Bernardino Machado;
 - Sessão “Álcool e Tabaco” aos alunos do 7º Ano da Escola Infante D. Pedro;

- Sessão no âmbito do Projeto “+ contigo” aos alunos do 7º Ano da Escola Infante D. Pedro.

- Colaboração na primeira consulta de uma utente do Projeto “Figueira respira +”. Este tem como objetivos a reabilitação respiratória e o fortalecimento muscular nos utentes com patologia respiratória crónica, oferecendo um programa de reabilitação respiratória na comunidade. Baseia-se no Programa Nacional das Doenças Respiratórias, e é desenvolvido pelas Enfermeiras Especialistas em Reabilitação da UCC.

- Realização de visitas domiciliárias agendadas no âmbito da ECCL.

- Elaboração da componente de investigação do Projeto “Diagnóstico das dificuldades do cuidador informal para promoção do bem-estar”:
 - Realização de visitas domiciliárias como primeiro contacto com os cuidadores informais, solicitando o seu consentimento para participar no estudo;
 - Realização de entrevistas, aos CI que aceitaram participar no estudo, para colheita de dados;
 - Realização da análise e tratamento estatístico dos dados colhidos;
 - Realização de pesquisa bibliográfica baseada nos resultados obtidos, para a sua discussão e compreensão.

- Intervenções individualizadas junto dos cuidadores informais do estudo, com base nas suas dificuldades, com o intuito da promoção do seu bem-estar:
 - Consciencialização do cuidador sobre possíveis redes de apoio (como os vizinhos/ amigos da comunidade, que podem cooperar com o cuidador por pequenos períodos, são recursos possíveis e acessíveis que nem sempre valorizam);
 - Escuta ativa das dificuldades e sentimentos manifestados pelos CI, transmitindo-lhe calma e segurança para que continuem a desempenhar o seu papel;

- Elaboração de folheto informativo sobre bem-estar nos CI com estratégias para melhorar a autogestão emocional, e com sinais e sintomas alerta a ter em atenção para procurar ajuda. Este foi entregue durante as sessões nas visitas domiciliárias (Apêndice IV);
- Realização de caderno de receitas, com base em sugestões saudáveis e acessíveis para o CI e família, promovendo a sua autoconfiança e ajudando a relaxar durante o momento da preparação de refeições (Apêndice V);
- Realização de visitas domiciliárias para sessões com os CI capacitando-os sobre estratégias que facilitam a sua prestação de cuidados diários; sensibilizando-os da importância do autocuidado e da gestão das emoções para o seu bem-estar. Os CI foram ainda incentivados a realizarem atividades promotoras de bem-estar baseadas nos seus interesses (como exemplo as caminhadas, a partilha de experiências com outros cuidadores e a realização de hobbies como a leitura ou a cozinha);
- Organização e apresentação de um jogo aos CI, “Jogo das Emoções” (Apêndice VI), na qual este era confrontado com as diferentes emoções e incentivado a referir quais as que estava a sentir ou tinha sentido durante a semana. Este jogo era entregue em suporte de papel, podendo o CI ir realizando o mesmo sozinho durante a sua semana. Esta atividade apenas foi executada com um cuidador, pois era necessário tempo e disponibilidade por parte destes, que nem sempre se mostravam disponíveis para o realizar. Talvez também o fator idade e algum preconceito face a demonstrar as suas emoções tenha sido também causa de não adesão.

8. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A autora considera todo o período de estágio extremamente enriquecedor, ao nível pessoal e profissional pelos contactos e atividades realizados com as diferentes utentes e comunidades. O acompanhamento das Enfermeiras Especialistas tutoras foi também fundamental na orientação de um pensamento consciente e crítico sobre as atividades planeadas e desenvolvidas.

8.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - define o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da

qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade.

Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é transversal a todas as ações, assim a autora desenvolveu todas as suas atividades de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Neste campo vê como exemplos, durante o período de investigação, o cumprimento das formalidades relativas ao projeto de investigação (pedidos de autorização e parecer às entidades competentes), as estratégias desenvolvidas com os CI para a salvaguarda dos seus direitos durante a colheita de dados assente na confidencialidade, e assegurando o respeito e o direito do utente à privacidade. Salaria também o sentido de responsabilidade e rigor ético no tratamento e proteção dos dados, partilhando os mesmos apenas com os orientadores do estágio, e quando divulgados no seio da equipa da UCCFM, garantiu o devido anonimato dos cuidadores informais. As competências neste domínio foram reforçadas e permitiram a compreensão da sua importância enquanto futura enfermeira especialista na garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade, a autora colaborou em todo o processo de gestão do CVC, mobilizando conhecimentos em várias áreas que oferecessem aos utentes uma utilização segura ao Centro desde a acessibilidade, à adequação das estruturas, à monitorização do circuito das vacinas, desde o seu armazenamento à administração. Todo este processo pode ser considerado no âmbito de melhoria contínua da qualidade porque o CVC esteve cerca de dois anos a funcionar, desenvolvendo práticas e avaliando as mesmas em função dos resultados, para uma eventual revisão e implementação de outras que garantiam um ambiente capaz de proteger a sua comunidade.

Ainda no domínio da melhoria contínua destaca-se o projeto de intervenção realizado com os CI, decorrente da componente de investigação com conceção de material e implementação de estratégias promotoras de bem-estar para o CI.

Considera, assim, que desenvolveu competências inerentes ao papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

Quanto às competências do domínio da gestão dos cuidados a autora acompanhou as Enfermeiras Especialistas tutoras na coordenação do CVC, na gestão de stocks e de recursos humanos (que eram solicitados a diferentes unidades), na seleção e convocatória aos utentes elegíveis à vacinação, desenvolvendo assim competências de gestão na garantia de uma resposta eficaz, segura e com qualidade, adequando os recursos às necessidades de cuidados, e compreendendo a importância de fomentar o trabalho em equipa.

Na UCCFM concebeu e implementou o projeto de intervenção “Diagnóstico das dificuldades do cuidador informal para a promoção do bem-estar”, o qual muito contribuiu, também, para o desenvolvimento das suas competências de gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde mais alargada, utilizando os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Foi um período muito rico no desenvolvimento de conhecimento e aprendizagens especializadas, pois era uma realidade desconhecida até então, que mostrou o imenso potencial do Enfermeiro Especialista para desenvolver na sua comunidade projetos que melhorem e promovam a saúde da mesma. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a autora tem consciência do seu eu e dos seus limites, gerindo eficazmente as emoções perante as diferentes situações. O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade esteve sempre presente, nas várias atividades realizadas, sempre sustentadas em evidência científica. Este trabalho é notório nas sessões de educação para a saúde realizadas nas escolas, em que é importante para o relacionamento com os alunos; e durante o desenvolvimento do projeto de intervenção “Diagnóstico das dificuldades do cuidador informal para a promoção do bem-estar”, no estabelecimento de uma relação terapêutica com os CI; considerando-se um agente ativo no campo da investigação.

8.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Através do Regulamento n.º 428/2018 é definido o perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A autora, com base na metodologia do planeamento em saúde, colaborou na avaliação do estado de saúde da comunidade. Para isso foi importante a colaboração dos Enfermeiros Especialistas da UCC em reuniões e no suporte bibliográfico facultado, assim como as o acompanhamento dos mesmos em visitas domiciliárias. Baseado nestas informações foi identificado a necessidade de intervir junto da comunidade de cuidadores informais da área de abrangência da UCC, estabelecendo prioridades e formulando objetivos e estratégias de acordo com as necessidades diagnosticadas. Assim a autora através do estudo “Diagnóstico das dificuldades dos Cuidadores Informais” pretendeu a realização de intervenções que colmatassem as dificuldades encontradas e contribuíssem para melhorar o bem-estar dos CI. Assim adquiriu esta competência, através da elaboração do diagnóstico de saúde realizado aos CI, estabelecendo quais as suas prioridades, formulando objetivos e estratégias baseadas nestas prioridades, e estabelecendo intervenções visando a resolução dos problemas encontrados.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Durante este estágio a autora contribuiu em vários momentos para o processo de capacitação de grupos e comunidades, nas intervenções planeadas com os CI promovendo o seu bem-estar através da consciencialização das suas emoções, da importância do autocuidado, e da alimentação saudável. Na consulta de enfermagem

no CDP contribuindo para o reforço da adesão ao regime terapêutico instituído, e também na consulta do viajante, capacitando os utentes sobre várias medidas preventivas a adotar antes, durante e depois da viagem em função do destino (como a vacinação, a toma de medicamentos preventivos, cuidados com a higiene pessoal e a utilização de água, entre outros). Desta forma conseguiu a aquisição desta competência promovendo a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.

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

Para a aquisição desta competência a autora colaborou com as enfermeiras especialistas da USP na organização das listagens de todo o parque escolar selecionando os alunos elegíveis para a emissão de cheque dentista fazendo cumprir o Plano Nacional de Saúde Oral; também para o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, realizou a vacinação Covid-19 e Gripe sazonal no CVC e também em utentes institucionalizados na Cáritas; através de sessões de educação para a saúde nas escolas e projeto “+ contigo” colaborou no cumprimento do Plano Nacional de Saúde Escolar. Todas estas atividades contribuem a promoção da saúde, sendo esta a estratégia de eleição do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, e considerando as especificidades dos diferentes programas de saúde, as atividades na comunidade são fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A autora através das atividades em que colaborou no CDP de Coimbra, realizou e cooperou na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, contribuindo assim para a aquisição desta competência específica. Colaborou na realização da prova cutânea da Tuberculina (Teste Mantoux) e também na consulta de aconselhamento e deteção precoce realizando o teste rápido de VIH. Todas estas situações são de extrema importância pois a vigilância epidemiológica é um instrumento importante na análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

CONCLUSÃO

Encontramo-nos numa época em que a comunidade começa a tomar consciência das suas responsabilidades em saúde, tendo um papel de parceiro ativo e reivindicando os seus direitos. É por isso fundamental que a formação profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública “privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas” baseada nas políticas de saúde e com o objetivo da melhoria dos resultados em saúde (Regulamento nº. 348/2015).

Face ao atual e progressivo envelhecimento populacional que Portugal está a presenciar, é prioritário que se tomem medidas preventivas para que os idosos sejam apoiados, vigiados e cuidados de perto por profissionais competentes. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é o profissional de referência para tal. Estes idosos apresentam diversas necessidades e dificuldades, permanecem com as suas famílias, que se tornam cuidadores informais, e têm que ser acompanhados através de projetos desenvolvidos pelos Enfermeiros Especialistas, para que este papel se desenvolva de uma forma saudável e eficiente. Assim considerámos importante desenvolver um estudo com esta população – CI – pretendendo diagnosticar quais as dificuldades mais sentidas e avaliar o seu índice de bem-estar.

Da investigação realizada verificámos que as dificuldades mais sentidas pelos CI estão relacionadas com as exigências de ordem física na prestação de cuidados; seguidas pelas restrições na vida social e o deficiente apoio profissional. Quanto à avaliação do índice de bem-estar, todos os cuidadores apresentaram um fraco nível de bem-estar. Podemos depreender que este grupo vulnerável necessita de intervenções direcionadas a estes itens, através de projetos planeados e fomentados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, colaborando com os CI na sua capacitação, debelando as suas dificuldades e promovendo medidas que impulsionem o seu bem-estar.

Como sugestões para superar as dificuldades encontradas, sugerimos a colaboração dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação para sessões de instrução e treino sobre

estratégias/exercícios para prevenção de lesões músculo-esqueléticas e do desgaste físico decorrentes dos cuidados à pessoa dependente.

Face às restrições sociais, sugerimos envolver a comunidade para organização de grupos de apoio que possam por pequenos períodos fazer o acompanhamento (companhia) a estes utentes no seu domicílio. Poderá recorrer-se à URAP verificando as possibilidades oferecidas pela equipa multidisciplinar.

Traçando algumas sugestões face ao deficiente apoio profissional referido pelos CI, consideramos que a criação de uma linha telefónica de apoio direta aos elementos da UCCFM, para esclarecimento de dúvidas ou solicitação de qualquer pedido de apoio ou necessidade. Seria também importante, a criação de uma página web (associada à UCC) onde constasse: os tipos de suporte existentes para os cuidadores informais, a divulgação de informações e orientações relacionados com o cuidar e com o bem-estar, e um email para colocar dúvidas, ou simplesmente deixar mensagem para os profissionais da unidade. Associado a estas intervenções seria importante realizar a avaliação periódica do nível de bem-estar, das dificuldades e da sobrecarga dos CI, conseguindo-se assim uma avaliação e feedback destas intervenções.

As ações desenvolvidas individualmente com os cuidadores foram recebidas por estes com grande interesse e gratidão, pois a necessidade que apresentavam de ser ouvidos e ajudados era notória. O tempo passado com os CI durante as visitas domiciliárias e as entrevistas foram momentos muito enriquecedores, apesar de ter sido muito escasso. Estes cuidadores encontram-se fragilizados e ávidos de apoio profissional, pois apesar de alguns terem ajuda externa de IPSS, e de a maioria ser cuidador há menos de ano, demonstravam necessidades de capacitação nas várias áreas do cuidar e baixo nível de bem-estar. Conseguimos perceber, que tanto utentes como cuidadores, reconhecem a importância e a necessidade da presença do enfermeiro nas suas vidas, e também que como Enfermeiros Especialistas possuímos competências e autonomia para desenvolver estes e outros projetos na nossa comunidade.

Durante este estágio a autora constatou o imenso potencial que a Saúde Comunitária e a Saúde Pública possuem, e o papel importante que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública possui, por todas as capacidades que este detém para trabalhar e potenciar a sua comunidade, obtendo ganhos em saúde a curto e a longo prazo. Foi muito gratificante este período, pois o facto de ter os utentes/comunidades perto, demonstrando confiança no trabalho dos Enfermeiros, fez com que sentisse que podemos realmente fazer algo para ajudar e melhorar a vida destas pessoas.

Durante este período houve também dificuldades na gestão do tempo entre a vida profissional, acadêmica e familiar, e na elaboração do relatório, pela sua dimensão e importância para o término deste ciclo.

Depois de desenvolvido este trabalho concluímos que todos os objetivos propostos foram atingidos na sua plenitude. Ficamos sensibilizados para a necessidade de uma reflexão entre a evidência científica e as práticas do Enfermeiro Especialista, para a sua tomada de decisão clínica, bem como a importância da sua formação contínua, para que esta população de CI seja um alvo de cuidados e de práticas relevantes.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde do centro, IP. (2022). Saúde Pública. <https://www.arscentro.min-saude.pt/saude-publica>
- Aguiar, N. (2021, dezembro 10). *Estudo: percepção dos portugueses sobre cuidadores informais*. Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. www.movimentocuidadoresinformais.pt
- Artigo 72º da Constituição da República Portuguesa. (1976). Diário da República: I série, n.º 86. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2023). ACes Baixo Mondego – USP Baixo Mondego. Sistema Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2011383/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2023). ACes Baixo Mondego – UCC Farel do Mondego. Sistema Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061351/Pages/default.aspx>
- Brito, L. (2002). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra. Quarteto Editora. ISBN: 9789728717193
- Cachada, C. C. (2014). Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1828>
- Câmara Municipal da Figueira da Foz. (2022, março, 7). Município da Figueira da Foz. Obtido de <https://www.cm-figfoz.pt/>
- Carvalhosa, S.F., Domingos, A., Sequeira, C. Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. (2010). *Análise Psicológica*, 3 (XXVIII), 479-490. <http://hdl.handle.net/10400.12/6152>
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil* 15 (3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

- Cuidados de Saúde Primários (2021). Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>
- Decreto-Lei n.º 124/2011 do Ministério da Saúde (2011). Diário da República: I Série, n.º 249. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/124-2011-145186>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde (2008). Diário da República: I Série, n.º 38. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Dias, P., Hirata, M., Machado, F. P., Luis, M. A. V., Martins, J. T. Bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia. (2020). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 23-30. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0269>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>
- Ferreira, P. L., Morais, M. C., Soares, J., Silva, A. G., Daniel, F., & Jordão L. (2019). Perfil de Saúde da Figueira da Foz. Figueira da Foz: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e Município da Figueira da Foz. Manuscrito submetido para publicação.
- Ferreira, S. I. R., Teston, E. F., Marcon, S. S., Giaccon-Arruda, B. C. C., Mandu, J. B. S., Werle, J. E., Galera, S. A. F. (2021). Meaning of aging for caregivers of senile elderly people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (04), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1240>
- Fortin, M.-F. (1999). O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência -1.ª Edição.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento em saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
- International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão beta 2. Ordem dos Enfermeiros.
- Lei nº 100/2019 de 6 setembro. Estatuto do cuidador Informal. Diário da República, I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

- 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. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02122-y>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer / Lippincott William & Wilkins. Capítulo; The discipline of nursing: perspective and domain (Tradução em português de Cecília Albuquerque e revisão de Ana Margarida Fernandes).
- Melo, da Costa et al. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Referência, Revista em Enfermagem*, IV (2), 143-151, <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. (1ª ed.). Lisboa. Lidel. ISBN: 978-989-752-477-6
- OMS & Alto Comissariado da Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008* [Cuidados de Saúde Primários, agora mais que nunca]. Recuperado de https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1
- PORDATA, *Quadro Resumo Municípios* (2021). <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Figueira+da+Foz-255728>
- PORDATA. (2023, março, 28). Municípios. <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Porto da Figueira da Foz. (2022). www.portodafigueiradafoz.pt
- Psychiatric Research Unit. (1998). Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5). Mental Health Centre North Zealand - DK-3400 Hillerød, Denmark.
- Queirós, P. (2015). Cuidar: Da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 139-146. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a16.pdf>
- Regulamento n.º 348/2015. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 118. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/348-2015-70509976>
- Regulamento n.º 140/2019. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: Série II, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 428/2018. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

- Rocha, B. M., Pacheco, J. E. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (1), 50-56.
- Rodríguez, L. M., Castilo, E. F., Martínez, E. G., Hernández, Y. C. A., Carreiro, A. L., Morales, H. L. V. (2019) Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 22(2), 130-139, <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000200004>
- Schumacher K, Meleis AI. (1994) Transitions: a central concept in nursing. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Ulloa, E. H., Rodríguez, J. J. L., Bayard, R. B., Llerena, T. Z. Factores de riesgo de morbilidad física y psicológica en cuidadores de adultos mayores con demencia. (2021). *Revista Cubana de Salud Pública*, 47 (2) 1-23, https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

