



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente

Ana Rita Fortunato de Carvalho, nº3388

Agosto, 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente

Ana Rita Fortunato de Carvalho, nº3388

Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social

6ª Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Agosto, 2023

Dedicatória

Ao meu querido Pai!

Continuo a amar-te como no dia em que te perdi, espero que estejas orgulhoso.

Agradecimentos

É com grande felicidade e orgulho que dou por concluída mais uma etapa da minha vida. Ao longo deste último ano e meio fui traçando um percurso carregado de empenho, esforço e dedicação. Tendo sido um percurso bastante desafiante, mas também muito gratificante.

Assim gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Ana Isabel Andrade, orientadora deste trabalho, pelo acompanhamento, disponibilidade, sugestões e contribuições dadas durante a realização deste trabalho.

A todos os enfermeiros que me acompanharam ao longo de todo este percurso e contribuíram para a realização deste estudo.

A todos os cuidadores informais que sem eles a realização deste estudo não teria sido possível e que amavelmente nos abriram as portas de sua casa.

Às minhas colegas de trabalho que foram incansáveis ao longo de todo este percurso.

A todos os meus amigos que estiveram sempre presentes em todos os momentos, apoiando em tudo.

E acima de tudo, agradecer à minha família, por todo o amor, carinho apoio e disponibilidade demonstrada no decorrer de todo o percurso, suportando todos os momentos vividos, quer fossem positivos ou negativos.

Obrigada!

“Hoje auxiliamos, amanhã seremos os necessitados de auxílio”

Chico Xavier

Resumo

Introdução: O conhecimento é a familiaridade, a consciência ou a compreensão de alguém ou de alguma coisa, como factos, informações, descrições ou competências, que se adquire através da experiência ou da formação, perceber, descobrir ou aprender. O enfermeiro tem de ser um profissional com conhecimentos para que a sua prática seja de excelência face à realidade dos utentes/família/grupo/comunidade, independentemente do seu contexto de atuação. Foi partindo destas premissas, que se realizou o presente estudo subordinado ao tema “. Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente”.

Objetivos: Caracterizar a pessoa cuidada/dependente inserida no projeto “Estatuto de Cuidador Informal”; Avaliar o nível de sobrecarga do Cuidador Informal.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional, numa amostra de 61 cuidadores informais inseridos no Projeto “Estatuto de Cuidador Informal” do Concelho de Lamego, maioritariamente mulheres (91,8%), com uma idade média de $57,07 \pm 9,68$ anos. Para a recolha de dados optou-se pelo questionário de caracterização da pessoa dependente, caracterização do cuidador informal, caracterização do contexto do cuidar, perceção e necessidades do cuidador informal, Índice de Barthel e a Escala de Zarit (*Caregiver Burden Interview* Zarit, 1980), versão adaptada e validada por Sequeira (2007)). Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética.

Resultados: O estudo evidenciou que 41,0% dos cuidadores informais apresentam sobrecarga ligeira e 14,8% uma sobrecarga intensa. A idade e o tempo que prestam cuidados à pessoa dependente foram variáveis preditoras de sobrecarga dos cuidadores informais ($p < 0,05$), sendo os cuidadores com menos de 35 anos de idade e entre os 36-50 anos aqueles que apresentaram mais sobrecarga, bem como os que possuem menos de 6 meses de desempenho desta função e entre aqueles que o fazem há mais de 4 anos. As mulheres cuidadoras apresentaram um índice ligeiro de maior sobrecarga do que os cuidadores homens. O tempo com a pessoa que cuidam interferiu na sobrecarga, especificamente entre os que prestam cuidados à pessoa dependente entre 12-18 horas por dia. Os cuidadores solteiros e viúvos revelaram maior sobrecarga de cuidados, bem como os que coabitavam com a pessoa cuidada.

Conclusão: Os resultados demonstram a necessidade de os enfermeiros das UCC reunirem esforços para adotarem medidas preventivas precoces que possam minimizar a sobrecarga dos cuidadores informais, pois, atendendo à sua vulnerabilidade decorrente da prestação de cuidados à pessoa dependente, estes têm de ter um maior apoio a todos os níveis.

Palavras-chave: Cuidador informal; Pessoa dependente; Capacitação; Enfermagem de Saúde Comunitária.

Abstract

Introduction: Knowledge is the familiarity, awareness or understanding of someone or something, such as facts, information, descriptions or skills, which is acquired through experience or training, perceiving, discovering or learning. The nurse must be a professional with knowledge so that his practice is of excellence in the face of the reality of users / family / group / community, regardless of their context of action. It was based on these premises that the present study was carried out under the theme ". Empowerment of the Informal Caregiver of the Dependent Person".

Objectives: Characterize the cared/dependent person inserted in the project "Informal Caregiver Status"; Assess the level of burden of the Informal Caregiver.

Methods: Quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study, in a sample of 61 informal caregivers inserted in the "Informal Caregiver Status" Project of the Municipality of Lamego, mostly women (91.8%), with an average age of 57.07±9.68 years. For data collection, a questionnaire was chosen to characterize the dependent person, characterize the informal caregiver, characterize the care context, perception and needs of the informal caregiver, Barthel Index and the Zarit Scale (Caregiver Burden Interview Zarit, 1980), version adapted and validated by Sequeira (2007)). A favorable opinion was obtained from the Ethics Committee.

Results: The study showed that 41.0% of informal caregivers had a mild burden and 14.8% had a severe burden. Age and time providing care to the dependent person were predictors of informal caregivers' overload ($p < 0.05$), with caregivers under 35 years of age and between 36-50 years of age presenting more overload, as well as those with less than 6 months of performance of this function and among those who have been doing it for more than 4 years. Female caregivers had a slightly higher burden than male caregivers. Time with the person they care for interfered with burden, specifically among those who provide care for the dependent person between 12-18 hours per day. Single and widowed caregivers showed higher caregiver burden, as well as those who cohabited with the cared-for person.

Conclusion: The results demonstrate the need for CCU nurses to join efforts to adopt early preventive measures that can minimize the burden of informal caregivers, because, given their vulnerability due to the provision of care to the dependent person, they must have greater support at all levels.

Keywords: Informal caregiver; Dependent person; Capacity building; Community Health Nursing.

Índice

Introdução	16
1. Competências Adquiridas	19
1.1. Caracterização da Unidade	19
1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	21
1.3. Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária	23
2. Atividades Desenvolvidas	26
2.1. Estudo: Capacitação do cuidador informal da pessoa dependente	26
2.1.1. Enquadramento teórico	26
2.1.2. Metodologia	34
2.1.3. Apresentação dos resultados	40
2.1.4. Discussão dos resultados	51
2.1.5. Conclusões do Estudo	54
3. Avaliação por Competências	57
4. Considerações Finais	59
5. Referências Bibliográficas	61
Anexos	63
Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados	64
Anexo II – Consentimento Informado	73
Anexo III – Autorização Diretora Executiva	76
Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética	78
Anexo V – Cronograma de Atividades	81
Anexo VI – Sessão de Educação para a Saúde “Mobilidade”	83
Anexo VII – Sessão de Educação para a Saúde “Transferências”	92
Anexo VIII – Sessão de Educação para a Saúde “Banho”	99

Índice de Figuras

Figura 1. Representação do modelo conceptual da associação entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	37
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Teste de normalidade de Kolmogorav-Sminov-Lilliefors.....	40
Tabela 2. Estatísticas relativas à idade da pessoa dependente em função do sexo.....	41
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função do sexo.....	42
Tabela 4. Caracterização dos dados clínicos da pessoa dependente em função do sexo.....	43
Tabela 5. Estatísticas relativas à idade do cuidador informal em função do sexo.....	43
Tabela 6. Caracterização sociodemográfica e clínica do cuidador informal em função do sexo.....	45
Tabela 7. Caracterização do contexto do cuidar no âmbito do agregado familiar e habitação.....	45
Tabela 8. Caraterização do agregado familiar no âmbito do cuidador.....	46
Tabela 9. Caracterização do contexto do cuidar no âmbito dos rendimentos e deslocações.....	47
Tabela 10. Caracterização da perceção e necessidades do cuidador informal.....	47
Tabela 11. Nível de sobrecarga do cuidador informal.....	48
Tabela 12. Testes de Kruskal-Wallis para a relação entre as variáveis sociodemográficas da pessoa dependente e do cuidador com a sobrecarga do cuidador informal.....	49
Tabela 13. Testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para a relação entre as variáveis de contexto do cuidar e a sobrecarga do cuidador informal.....	50

Índice de siglas, acrónimos e abreviaturas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CE - Comissão de Ética

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECI - Estatuto do Cuidador Informal

et al. - e outros

INE - Instituto Nacional de Estatística

p. - página

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

ISS – Instituto da Segurança Social

Introdução

O Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, inserido na 6ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego, sob a supervisão pedagógica da Professora Doutora Ana Andrade e com orientação tutorial do Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária João Barreira. Com uma duração de 360 horas, compreendendo um período previsto de 18 semanas. Início a 20 de fevereiro e previsão de terminar a 30 de junho.

Os objetivos deste estágio passam por planear, executar e avaliar cuidados de saúde na prática especializada em situação de dependência utilizando os recursos existentes de forma a promover a qualidade de vida do indivíduo/família bem como a elaboração do Relatório Final em regime tutorial, com base na implementação de um projeto de investigação-intervenção na prática clínica.

Pretende-se que sejamos capazes de desenvolver competências relacionais e comunicacionais adequadas a indivíduos/família e comunidade; adquirir saberes e competências científicas/técnicas e humanas à prestação de cuidados especializados em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social; desenvolver capacidades de intervenção comunitária de forma a conceber, planear, realizar atividades no âmbito dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social; demonstrar capacidade crítica e reflexiva que lhe permita o desenvolvimento pessoal e profissional.

O envelhecimento populacional é uma das alterações mais significativas do século XXI. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, o índice de envelhecimento entre 2018 e 2080 irá duplicar, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (Vieria, 2021). Alterações estruturais e funcionais vão ocorrendo no organismo à medida que vamos envelhecendo, causando uma maior dependência e incapacidade por parte dos idosos (Vieira, 2021). Para quem presta cuidados torna-se um grande desafio cuidar de idosos dependentes, nomeadamente para os cuidadores informais (Vieira, 2021). O cuidador informal assume diversas responsabilidades, proporcionando a realização de tarefas de vida diária, tarefas relacionadas com os cuidados de saúde, tratamento de feridas entre outras sendo estas não remuneradas (Almeida, 2019). Os cuidadores informais por norma são membros da família ou familiares próximos que prestam cuidados à pessoa dependente (Almeida, 2019 apud Dixe et al, 2019).

Aprovado em Diário de República a Lei nº100/2019 no dia 6 de setembro de 2019 o Estatuto do Cuidador Informal que regula os direitos e deveres do cuidador da pessoa dependente, estabelecendo medidas de apoio ao indivíduo que assume a responsabilidade de cuidar.

Durante o estágio foram desenvolvidas atividades em diversos contextos integrados na UCC, sendo por isso necessário escolher uma área para realizar a investigação. A área escolhida foi a ECI (Estatuto do Cuidador Informal), na qual foram formuladas as seguintes questões de investigação “Qual o nível de dependência da pessoa cuidada inserida no projeto “Estatuto do Cuidador Informal”? ; “Qual o nível de sobrecarga do Cuidador Informal?” ; “Quais as variáveis que interferem na Sobrecarga do Cuidador Informal?” ; “Como Capacitar o Cuidador Informal para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa dependente?”.

O Enfermeiro Especialista “demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, transposto um conjunto de competências clínicas especializadas...” (OE, 2015), sendo o principal foco de atenção da especialidade de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública “as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades” (OE, 2015).

Deste modo, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na sua ação segue os níveis mais elevados de satisfação dos grupos/comunidades, ajuda grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde, previne complicações para a saúde dos grupos/comunidades, maximiza o bem-estar de grupos/comunidades e complementa as atividades de vida relativamente às quais o grupo/comunidade e dependente, desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde contribuindo também para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2015).

O presente trabalho inicia-se com as competências adquiridas, apresentação e reflexão das atividades desenvolvidas na UCC de Lamego, nomeadamente a investigação realizada na Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente. É feita também a avaliação das competências comuns e específicas adquiridas durante todo o percurso, e por fim as considerações finais.

1. Competências Adquiridas

Os cuidados de saúde primários ao longo do tempo têm evoluído, assumindo assim uma dimensão cada vez mais importantes no tratamento da doença, bem como uma significativa relevância na sua prevenção.

1.1. Caracterização da Unidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) prevista no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) em que se integra.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e Comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego tem como missão “prestar cuidados de saúde e dar apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário. Os focos da sua intervenção são o indivíduo, a família e a comunidade, nomeadamente os seus grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo. Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde em parceria com várias entidades do Concelho”

A UCC pretende ser uma Unidade de referência na qualidade de prestação de cuidados de saúde e ser reconhecida como uma organização de excelência que assume a Saúde das populações da sua área geográfica como o seu principal objetivo. A prestação de cuidados na comunidade da UCC de Lamego tem por base um conjunto de valores que guiam e definem o seu funcionamento, sendo eles: cooperação, acessibilidade, solidariedade, trabalho de equipa, autonomia, articulação, parceria, gestão participativa, conhecimento e confidencialidade.

Esta Unidade pertence à ARS Norte e aos ACeS Douro II – Douro Sul, tem como coordenadora a Enfermeira Ana Maria Gonçalves Costa Neves Aguiar. É constituída por sete enfermeiros, um secretário clínico e um assistente social.

De acordo com os dados disponíveis no website “Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários” esta Unidade de Saúde abrange um total de 24 339 utentes. Onde o índice de dependência de jovens é de 15,74% e o índice de dependência de idosos é de 42,78%, perfazendo o índice de dependência de 58,52%.

Na pirâmide etária dos utentes abrangidos na UCC Lamego, verifica-se um maior número de idosos em relação a jovens. Verifica-se também que o grupo etário ≤6 anos tem um total de 997 utentes, 16 773 utentes no grupo dos 7 aos 64 anos, dos 65-74 anos 3 389 utentes e por fim ≥75 anos 3 180 utentes.

As freguesias sob área de influência da UCC de Lamego são Lazarim (1,68%), Penude (5,92%), Sande (3,41%), Avões (2,03%), Cambres (6,23%), Ferreirim (3,52%), Figueira (1,19%), Lamego (Almacave e Sé – 50,33%), União de Freguesias de Bigorne, Magueija e Pretarouca (2,39%), União de Freguesias de Cepões, Meijinhos e Melcões (4,11%), União de Freguesias de Parada de Bispo e Valdigem (3,2%).

A Unidade tem como áreas de Intervenção Comunitária a Saúde Escolar, Rede Social, Núcleo Local de Inserção, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Intervenção Precoce, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos e a Comissão de Proteção de Jovens em Risco.

À UCC de Lamego compete a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, que é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços ao domicílio, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, enfermagem, reabilitação e apoio social a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença cuja situação não requer o internamento mas que não pode deslocar-se de forma independente. Outras áreas abrangidas pela Unidade, tem a Saúde Mental, Reabilitação, Abordagem Paliativa e a Doença Crónica.

Os enfermeiros, ao longo do tempo têm assumido uma participação ativa e um papel fundamental no sistema de saúde português, bem como na promoção da qualidade de vida dos cidadãos, seguindo o desenvolvimento científico e tecnológico (Cantante et al, 2020).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão clarificados os diferentes conceitos de competências, sendo as competências comuns “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas..., demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória” (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Alem de clarificar diferentes conceitos de competências, ainda descreve os quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária refere que este engloba as competências comuns e as específicas consoante o alvo e o contexto de intervenção: Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estão descritas em regulamento próprio, e são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas das diferentes áreas de especialidade porque são transversais a todas elas e resultam do aprofundamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em relação às competências comuns do Enfermeiro Especialista, estas são no domínio:

- ✓ Da responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Gestão dos cuidados;
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

Nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal está inserida a prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com

as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Todo o Ensino Clínico foi marcado pela responsabilidade profissional, ética e legal, com base em princípios e valores descritos no Código Deontológico do Enfermeiro. Tratando sempre com respeito os valores e direitos de todos os que colaboraram para a realização deste. As tomadas de decisão foram feitas de acordo com princípios, valores e normas deontológicas. Em situações específicas da área em questão foi realizada uma reflexão e tomada de decisão em equipa. Existiram cuidados de enfermagem que foram prestados de acordo com a deontologia profissional, respeitando assim a dignidade da vida humana, saúde e bem-estar de toda a população. Todos os cuidados foram discutidos em equipa de modo a reconhecer alguma dificuldade, sempre com o objetivo de fazer mais e melhor.

Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Nas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade estas garantem um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Todas as atividades realizadas tiveram por base a qualidade dos cuidados e indicadores de qualidade, como os cuidados com a alimentação, pé diabético.

Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados

Nas competências do domínio da gestão dos cuidados esta gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, a cada elemento da equipa é distribuído um utente para “gestão de caso”, tendo sido importante acompanhar esta gestão

dos cuidados a cada utente e efetuar os registos de enfermagem nas respetivas plataformas e no Plano Individual de Intervenção.

Para atingir este domínio, foi importante, conhecer as metas, os projetos e os indicadores a atingir bem como identificar as ações/ estratégias definidas para desenvolver cada projeto na UCC Lamego.

Competências no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Nas competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são desenvolvidos o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer de todo o percurso foram diversas as oportunidades que proporcionaram o autoconhecimento de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, a análise e avaliação das ações desenvolvidas e das intervenções realizadas. Foi possível movimentar os conhecimentos teóricos e as competências adquiridas anteriormente na prática e obter novos conhecimentos durante o estágio.

1.3. Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária

O Enfermeiro Especialista possui além das competências comuns, competências específicas de acordo com o campo de intervenção definido por cada especialidade. O Enfermeiro Especialista “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são:

- ✓ 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.

Após a avaliação do estado de saúde da comunidade é que se pode fazer uma melhor intervenção, sempre com o pensamento de obter ganhos em saúde. No início do estágio foi necessário fazer uma pesquisa referente a toda a população abrangida pela Unidade, analisar as normas, os protocolos implementados e os projetos desenvolvidos. Durante o estágio foi então possível determinar qual seria a área a investigar. Foi colocada a hipótese de intervir na capacitação dos cuidadores informais, área de intervenção do enfermeiro tutor, possibilitando obter competências no âmbito de “Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

Relativamente à competência “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” e “Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” foram desenvolvidas várias atividades para atingir esta competência. Realizadas diversas sessões de educação para a saúde relacionadas com O Projeto Diabetes em Movimento, Programa Nacional de Saúde Escolar, Estatuto do Cuidador Informal, Educadores de Infância, Ajudantes da Ação Direta. Todas as sessões de educação para a saúde foram realizadas com base em pesquisa bibliográfica para que toda a informação fornecida fosse baseada em evidência científica de modo a capacitar todos os intervenientes e obtermos assim ganhos em saúde.

Ainda no âmbito da competência “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” foi feita visita domiciliária com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)”. A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. Inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) cujo objetivo da equipa é promover e/ou recuperar a saúde dos utentes com necessidade de cuidados continuados, em situação de dependência ou em risco de perda de autonomia até aos cuidados terminais e paliativos, mantendo a sua autonomia no seu ambiente habitual de

vida. O internamento em ECCI não tem qualquer custo para os utentes (Ministério da Saúde).

A ECCI integrada na UCC de Lamego dispõe de 11 vagas de internamento no domicílio, onde a maior parte de vagas se encontravam disponíveis para situações de reabilitação, tratamento de feridas ou ajuste do regime terapêutico. Foram realizadas diversas visitas domiciliárias tendo por base o plano de cuidados de cada utente, de modo a promover a autonomia do utente. Realizados também registos de enfermagem no respetivo sistema de registos.

2. Atividades Desenvolvidas

2.1. Estudo: Capacitação do cuidador informal da pessoa dependente

Cuidar de pessoas dependentes torna-se um grande desafio, principalmente para os cuidadores informais. O ato de cuidar envolve diversas vertentes e que, muitas vezes, não é exequível ser feita por uma rede de apoio formal por carências económicas. Neste sentido, a família ou amigos assumem o papel de cuidadores da pessoa dependente. Foi neste sentido que se realizou um estudo com os objetivos de caracterizar a pessoa cuidada inserida no projeto “Estatuto de Cuidador Informal”, avaliar a sobrecarga do cuidador Informal e capacitar o mesmo. Este tema emergiu por ser uma das necessidades da Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego, cuja área de abrangência, à semelhança do resto do país, apresenta um elevado índice de envelhecimento e de dependência. É de extrema importância cuidar da pessoa que cuida, valorizando o seu empenho, reconhecendo as suas principais dificuldades para ajudar a encontrar estratégias e fornecer apoio para prosseguirem no ato de cuidar.

As atuais alterações demográficas, com um peso crescente da população idosa, têm-se traduzido num aumento da longevidade, embora nem sempre de boa saúde e sem incapacidades, o que condiciona a garantia futura da acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde. Os desafios colocados por uma população envelhecida exigem esforços para avaliar o valor destas responsabilidades invisíveis e crescentes de cuidados, o que coloca uma pressão acrescida sobre os cuidadores informais.

2.1.1. Enquadramento teórico

O mundo está a enfrentar muitas mudanças sociodemográficas, como o aumento da esperança média de vida e a presença de doenças crónicas e não transmissíveis, o que, por sua vez, leva a uma maior dependência de terceiros. Consequentemente, a procura de prestadores de cuidados informais aumentou significativamente nos últimos anos (Dixe et al., 2019). A prestação de cuidados a uma pessoa dependente está associada a uma série de encargos que conduzem frequentemente a dificuldades físicas, psicológicas e emocionais. Tendo em conta as dificuldades enfrentadas pelos prestadores de cuidados informais, saber em que áreas de funcionamento necessitam de mais orientação pode ajudar a aliviar o seu encargo (Dixe et al., 2019).

O envelhecimento da população é uma das transformações sociais mais significativas do século XXI. O expressivo aumento do número de pessoas idosas e a diminuição do número de jovens representam o fenómeno do duplo envelhecimento da população (Rosa, 2012). O índice de envelhecimento revela a evolução demográfica, que tem vindo a aumentar de forma significativa ao longo das últimas décadas. Em 2020, a estimativa do índice de envelhecimento, em Portugal, centrava-se nos 165%, ou seja, existiam 165 idosos por cada 100 jovens, demonstrando que existiam mais idosos do que jovens (PORDATA, 2022). Para além de uma sociedade envelhecida, Portugal verifica um aumento do número de pessoas idosas dependentes, isto porque o índice de dependência de idosos também tem vindo a aumentar gradualmente ao longo das últimas décadas (PORDATA, 2022).

Segundo as projeções apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em “Projeções de População Residente 2018-2080”, este fenómeno continuará a ocorrer, sendo que o número de jovens diminuirá de 1,4 para 1 milhão e o número de idosos aumentará de 2,2 para 3 milhões, atingindo o seu auge na década de 50, a população em idade ativa diminuirá de 6,6 para 4,2 milhões de pessoas. Perante estes dados, o índice de envelhecimento duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080. A população residente em Portugal, em 2080, poderá variar entre 6,1 e 10,6 milhões, revelando que será uma população muito envelhecida (INE, 2021). O cenário demográfico de Portugal caracteriza-se pelo aumento constante do número de pessoas idosas, como consequência da diminuição da natalidade e da mortalidade e consequente aumento da esperança média de vida. Assim, os indivíduos vivem cada vez mais anos e é expectável que estes sejam vividos de forma o mais positiva possível. Porém, nem sempre esses anos correspondem a um grau de autonomia que possibilite uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas. De facto, o envelhecimento do indivíduo ocorre à medida que a idade aumenta, sendo um processo irreversível e heterogéneo.

À medida que a população envelhece, a necessidade de apoio de outros aumenta. Além disso, uma maior esperança de vida, devido aos avanços nos cuidados de saúde, tem levado ao aumento das doenças crónicas e a um maior número de pessoas dependentes. As necessidades de apoio incluem a gestão de doenças, em que as pessoas têm dificuldades em realizar as atividades da vida diária. A maior parte das vezes, um membro da família é responsável pelos cuidados. Estes cuidadores são referidos como cuidadores informais, uma vez que não são pagos pelo seu trabalho e, frequentemente, necessitam de competências e conhecimentos necessários para prestar cuidados (Peres et al., 2022).

Para além de ser fundamental compreender-se o nível de dependência global de uma pessoa, é também importante compreender as atividades específicas do autocuidado que esta tem dificuldades em realizar. Estudos realizados com cuidadores informais, para a compreensão das áreas de autocuidado que normalmente estão comprometidas numa pessoa dependente, revelam que as áreas tipicamente mais comprometidas e nas quais os cuidadores informais mais dificuldades apresentam são ao nível dos cuidados de eliminação e higiene, mobilidade, transferências (transferir-se da cama para uma cadeira ou ir à casa de banho), vestir e despir, cuidados associados à alimentação, medicação, tratamento de feridas e monitorização de equipamento (Dixe et al., 2019).

Os cuidadores informais desempenham uma variedade de tarefas, incluindo a satisfação das necessidades físicas e emocionais da pessoa de quem cuida, ou seja, assegura os autocuidados. Estes representam um papel e uma responsabilidade que é acrescentada a outros papéis e responsabilidades, necessitando de apoio por parte dos enfermeiros, que têm de fazer um diagnóstico das suas necessidades e promover-lhes formação, tendo sido esta a premissa da realização do presente estudo, com recurso à metodologia de planeamento em saúde (Peres et al., 2022). Estes têm normalmente diferentes responsabilidades, prestando assistência a uma pessoa dependente, realiza tarefas da vida diária em simultâneo com outras atividades relacionadas com os cuidados de saúde, nomeadamente: a toma de medicação, tratar feridas, monitorizar equipamentos, entre outras. São normalmente familiares ou parentes próximos que prestam cuidados parciais ou totais à pessoa dependente com dificuldades de autocuidado, facilitando o seu bem-estar e ajudando-a nas diferentes tarefas e de vida diária (Corven et al., 2021).

O autocuidado enquanto condição de saúde, em particular o fenómeno de dependência no autocuidado em contexto domiciliário tem sido alvo de diversos estudos (Dixe et al., 2019) que indicam para a existência de pessoas vulneráveis, com elevados níveis de dependência e, muitas vezes, com compromisso dos processos corporais e mentais a viver em suas casas

A população de cuidadores informais tem crescido de forma sistemática, pela necessidade criada pelo aumento da esperança média de vida, do envelhecimento e da prevalência das doenças crónicas, em consequência do avanço dos processos terapêuticos e pela melhoria das condições socioeconómicas das populações (Dixe et al., 2019). Esta realidade é um dos maiores desafios a nível da saúde, social e político, por este motivo pressupõe medidas urgentes para melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado e dos seus cuidadores familiares/informais, dado que existe um elevado número de pessoas, especialmente, idosos que não conseguem realizar as suas atividades

de vida diária sozinhos e necessitam diariamente da ajuda de cuidadores familiares/informais para as concretizar (Koker et al., 2023). Em Portugal, tal como em outros países desenvolvidos, os cuidados, às pessoas dependentes, são prestados, principalmente no seio familiar e as políticas existentes que contribuem para um envelhecimento ativo, para melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes no autocuidado e para responder às necessidades geradas pela dependência para a execução das atividades de vida diária, como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e as Equipa de Cuidados Continuados Integrados não são suficientes para a imensidão de necessidades existentes. Os cuidados informais tornaram-se, assim, uma parte importante, se não mesmo essencial, dos cuidados atuais para uma população envelhecida, devido às mudanças nos cuidados de saúde.

Neste sentido, no estudo de Fernandes (2019), os resultados expõem uma amostra com indicadores de sobrecarga intensa (33.3%), moderada (30%) e leve (30%), tendo sido a idade a variável que se correlacionou positiva e estatisticamente com a dimensão Saúde, indicando que quanto maior a idade do cuidador, maior a sobrecarga na dimensão Saúde. A corroborar, um estudo mais recente de Virches et al. (2021), todas as cuidadoras informais apresentaram sobrecarga psicológica e física. Em relação aos sintomas do stresse, 3 cuidadoras apresentaram stresse moderado e 2 revelaram elevados níveis de stresse, cujos sintomas psicológicos se repercutiram na sua saúde física e em manifestações de sintomas depressivos. No estudo de Aires et al. (2020) também ficou demonstrado que as variáveis com uma relação estatisticamente significativa com a sobrecarga foram a idade do cuidador, escolaridade, o tempo dedicado ao cuidado, o grau de parentesco, residir com idoso), utilizar o seu rendimento mensal e ser do sexo feminino. Quanto maior a idade do cuidador e o tempo dedicado ao cuidado do idoso, maior o score de sobrecarga e, quanto maior a escolaridade, menor a sobrecarga. O maior impacto foi no domínio “Sobrecarga tempo dependente”, um domínio que se refere às restrições no tempo do cuidador, ou seja, se o mesmo necessita de estar constantemente atento ao idoso, sem descanso. O menor score obtido foi no domínio “Sobrecarga emocional”, um domínio que avalia os sentimentos de constrangimento, vergonha em decorrência do comportamento da pessoa cuidada, ressentimento com a pessoa e desconforto na presença de outras pessoas (Aires et al., 2020).

Em Portugal, a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprovou o Estatuto do Cuidador Informal, consagra os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada e prevê que a regulamentação dos termos e manutenção do reconhecimento do estatuto do

cuidador informal seja feita pelo membro do Governo responsável pela área da solidariedade e segurança social. Assim, no seu Artigo 2.º, considera

- a) «Cuidador informal» o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do Estatuto;
- b) «Cuidador informal principal» o cuidador informal que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;
- c) «Cuidador informal não principal» o cuidador informal que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;
- d) «Pessoa cuidada» a pessoa que é titular de complemento por dependência de 2.º grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoa, ou titular de complemento por dependência de 1.º grau, desde que se encontre, transitoriamente, acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, mediante avaliação específica do sistema de verificação de incapacidades permanentes, do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.);
- e) «Redes sociais de suporte» o conjunto de recursos humanos e serviços institucionais que representam a totalidade das relações que a pessoa cuidada tem ao seu dispor e que podem prestar apoio em contextos domiciliário e comunitário (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, p. 5).

O cuidado é, na perspetiva de Collière (2003), as atividades realizadas para manter o bem-estar e a qualidade de vida de alguém, assistindo-o nas suas necessidades, para permitir um nível favorável de autonomia. Os cuidadores informais surgem, assim, como membros da família que desempenham esta função, sendo responsáveis pela prestação da maioria dos cuidados necessários, responsabilizando-se por todo o processo. A transição para o papel de cuidador informal, de tipo situacional (Meleis, 2010) é um processo multidimensional, complexo e único, que traz consigo um conjunto de necessidades específicas que requerem apoio para serem satisfeitas e capacitação por parte dos enfermeiros.

O exercício profissional dos enfermeiros integra um conhecimento disciplinar, apoiado pelas teorias de enfermagem que o distingue das outras profissões das ciências da saúde. O conhecimento disciplinar existente, muito dele produzido pela investigação, integra teorias e modelos com diferentes representações da enfermagem, sendo fundamental integrar na prática de enfermagem referenciais teóricos.

Como referem Santos et al. (2022, p. 1), “as teorias de enfermagem são capazes de sustentar a construção da identidade da profissão e favorecer a expansão enquanto ciência e disciplina”. As teorias de enfermagem são o principal meio de progredir o corpo de conhecimentos em enfermagem (Santos et al., 2022). Permitem a construção da identidade da profissão para promover o conhecimento sobre a natureza da enfermagem, desenvolvendo as especificidades científicas desta área e representam simbolicamente a realidade a descrever, explicar, prever ou prescrever fenômenos e as suas relações (Meleis, 2012). As Teorias/Modelos de Enfermagem fornecem estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem (Santos et al., 2022) e permitem a distinção entre enfermeiros e outros profissionais de saúde. Proporcionam visibilidade ao processo de trabalho e a autonomia na prestação de cuidados, na qual a elaboração do processo de trabalho ganha maior espaço e dá lugar a reflexões, dada a necessidade de enfermagem para alcançar o estatuto de ciência (Santos et al., 2022).

Neste contexto, para se capacitar os cuidadores informais, os Enfermeiros de Enfermagem Comunitária podem recorrer ao referencial teórico de Orem (2001), particularmente como forma de consubstanciar as suas intervenções na área da capacitação dos cuidadores informais para prestação de cuidados. Como preconiza a legislação em vigor, deve identificar-se um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada, aconselhar, acompanhar, capacitar e dar formação para o desenvolvimento de competências em cuidados a prestar à pessoa cuidada, por profissionais da área da saúde, no âmbito de um plano de intervenção específico. É também recomendada a sua participação em grupos de autoajuda para partilha de experiências e soluções facilitadoras, apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário.

Neste âmbito, Orem (2001) defende que a enfermagem pertence à família de serviços de saúde organizados para oferecer assistência a pessoas que têm necessidades legítimas de diferentes formas de atendimento direto, devido ao seu estado de saúde ou à natureza das suas necessidades de cuidados de saúde. Como outros serviços diretos de saúde, a enfermagem tem atividades características sociais e interpessoais que caracterizam a relação de ajuda entre quem necessita de cuidados e aqueles que prestam os cuidados necessários e o que distingue esses serviços de saúde uns dos outros é a ajuda que cada um oferece.

É neste contexto que surge o autocuidado, um conceito central na Teoria do Autocuidado. Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que

favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. A teórica considera este modelo como uma teoria geral constituída por três teorias inter-relacionadas: 1) a Teoria do Autocuidado, que se refere ao porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descreve e explica as relações a serem criadas e preservadas para que se gere enfermagem (Tomey & Alligood, 2014).

A Teoria do Autocuidado abarca o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado consiste numa função humana reguladora que as pessoas desempenham de forma deliberada por si próprias ou que alguém a execute por elas como forma de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua consciente, controlada, intencional e efetivamente, alcançando a real autonomização, designa-se de atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2014). O autocuidado é um conceito central para a disciplina de enfermagem e por consequência para o exercício profissional dos enfermeiros. Segundo Orem (2001), o autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. Compreende as ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana.

Tendo em conta que Orem (2001) defende que o autocuidado é uma função humana reguladora, que necessita de ser aprendida e desenvolvida, é fundamental que o Enfermeiro Especialista intervenha para suprir as necessidades reguladoras dos indivíduos, partindo do pressuposto de Orem (2001) que toda a pessoa é capaz de se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida. Quando a pessoa não tem capacidade para se autocuidar necessita que outros desempenhem por ela as funções ou atividades de autocuidado. Se estas forem concretizadas pela ação profissional dos enfermeiros, então estes são denominados de agentes terapêuticos de autocuidado. Assim, de acordo com Orem (2001), a missão da enfermagem é ajudar a pessoa, doente ou saudável, a recuperar ou manter a independência no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde, desenvolvimento e bem-estar. Para a autora, o autocuidado é uma função humana reguladora, que vai sendo adquirida ao longo da vida, de forma contínua, dependendo e variando com as necessidades dos indivíduos, ou seja, não é intrinsecamente inata. Quer isto dizer, que a pessoa vai adquirindo aptidões que lhe possibilitam ser autónoma e ser o agente do autocuidado.

Um dos conceitos centrais desta teoria é a ação do autocuidado, que representa as atividades desempenhadas pelas pessoas, de forma deliberada para cuidar de si próprias, para a manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como do seu desenvolvimento e bem-estar. A ação de autocuidado é uma ação voluntária, controlada e intencional que envolve a tomada de decisão. Varia em função do estágio de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, desde a infância até à velhice, é condicionada pelo estado de saúde e pelas experiências de vida, sendo influenciada pelas crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo, ao qual pertencem os indivíduos (Orem, 2001). A autora refere que a ação de autocuidado e o poder de se envolver no autocuidado desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo de aprendizagem. O seu desenvolvimento é ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiências na realização das atividades do autocuidado (Orem, 2001).

A capacidade de autocuidado é outro dos conceitos centrais desta teoria, reportando-se à capacidade de desempenho adquirida e utilizada pela pessoa para efetuar as atividades do autocuidado. A capacidade para o autocuidado, o tipo e a quantidade de cuidado necessário estão relacionados com os fatores condicionantes básicos, que podem ser internos ou externos ao indivíduo (Orem, 2001). Estes fatores são: a idade; o sexo; o estado de desenvolvimento; o estado de saúde; fatores socioculturais, familiares e ambientais; os fatores associados ao sistema de saúde; os padrões de vida, incluindo o envolvimento em atividades do dia-a-dia, e a adequação e disponibilidade dos recursos.

Face ao exposto, pode dizer-se que a enfermagem e os cuidados que concretizam a sua natureza particular devem manifestar-se sempre que a pessoa não apresente a capacidade para responder às suas necessidades do autocuidado. Assim, a intervenção de enfermagem é uma exigência quando há um défice de autocuidado. De acordo com Orem (2001), os sistemas de enfermagem são métodos de ação, concebidos e executados por enfermeiros para equilibrar o défice de autocuidado, sendo baseados nas necessidades de autocuidado e no potencial da pessoa para o desempenho das atividades do autocuidado. Segundo a mesma autora, os sistemas podem ser:

1) Sistema Totalmente Compensatório: quando a pessoa é incapaz de executar qualquer tipo de autocuidado, sendo socialmente dependente de outro para a sua sobrevivência e bem-estar;

2) Sistema Parcialmente Compensatório: ambos (enfermeiro/pessoa) partilham a responsabilidade de satisfazer as necessidades de autocuidado. O cuidado prestado pelos

enfermeiros é aceite pela pessoa, sendo a sua função compensar as limitações da pessoa e a sua ação profissional passa por realizar algumas tarefas de autocuidado;

3) Sistema de Apoio/Educação: a pessoa possui capacidade para o autocuidado ou tem condições para o fazer no futuro, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado. Ocorre nas situações em que a pessoa é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência.

Neste sentido, pode concluir-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem competências que lhe permitem desempenhar vários papéis mediante as respostas que são dadas pelas pessoas, sendo que um dos fatores fundamentais na sua atuação é o estabelecimento e a manutenção de uma filosofia que favoreça o autocuidado. Nesta teoria, Orem (2001) descreve o papel primordial da Enfermagem na ajuda do indivíduo na promoção do autocuidado, identificando cinco métodos de ajuda: 1) executar ou agir, substituindo o indivíduo naquilo que ele não pode fazer; 2) orientar e encaminhar; 3) proporcionar apoio físico e psicológico; 4) favorecer um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar. Para Orem (2001), a Enfermagem é uma arte através da qual o enfermeiro proporciona assistência especializada às pessoas com incapacidades, a fim de satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Orem, 2001).

2.1.2. Metodologia

Nesta fase, procede-se à apresentação do tipo de investigação, tendo em conta todos os procedimentos metodológicos inerentes ao seu processo.

Justificação do estudo

Como já referido anteriormente, a população mundial está a envelhecer, o que resulta no aumento da procura de cuidados e dos custos dos cuidados de saúde, o que, por sua vez, leva a uma mudança dos cuidados formais para os informais. No entanto, não só o número de potenciais prestadores de cuidados informais está a diminuir rapidamente, como também os cuidadores informais estão a sofrer uma maior sobrecarga de cuidados.

Para fazer face ao aumento da procura de cuidados e dos custos dos cuidados de saúde, os governos ocidentais estão a abandonar os cuidados formais e a privilegiar os cuidados informais. Consequentemente, as pessoas idosas são encorajadas a permanecer mais tempo em casa em vez de serem institucionalizadas. Para que tal seja possível, essas pessoas terão de contar com a sua rede direta de familiares e amigos para assegurar os cuidados informais (Lindt et al., 2020). Dada a tendência para o envelhecimento da sociedade e as reformas políticas, de acordo com os mesmos autores, a necessidade de cuidados informais aumentará nos próximos anos. Embora a investigação também saliente a natureza dupla da prestação de cuidados informais, que tem aspetos negativos e positivos, um em cada quatro cuidadores informais sente-se stressado, ficando sobrecarregados (Lindt et al., 2020; del-Pino-Casado et al., 2021).

Os cuidadores informais são a principal fonte de cuidados para os doentes dependentes, especialmente após a alta. Num estudo realizado por Fu et al. (2021), com uma amostra de 554 cuidadores, a média das pontuações da *Zarit Caregiver Burden Interview* foi de $30,37 \pm 19,04$ ($n=554$). Os cuidadores informais mais velhos, com menos habilitações literárias e cônjuges foram significativamente tiveram uma sobrecarga mais baixa. Os fatores de stresse secundários incluíram os custos mais elevados com a doença da pessoa dependente e o rendimento familiar mais baixo, que aumentaram a sobrecarga dos cuidadores. Os sistemas formais de assistência por parte da equipa multiprofissional desempenharam um papel positivo na redução da sobrecarga dos cuidadores informais, que relataram estar mais capacitados para prestar cuidados ao seu ente querido.

Este estudo surge da necessidade do cuidador informal assumir a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente, sendo de extrema importância cuidar da pessoa que cuida, valorizando o seu empenho, reconhecendo as suas principais dificuldades para ajudar a encontrar estratégias e fornecer apoio para prosseguirem no ato de cuidar. Neste pressuposto emergiram as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de dependência da pessoa cuidada inserida no projeto “Estatuto do Cuidador Informal”?
- Qual o nível de sobrecarga do Cuidador Informal?
- Quais as variáveis que interferem na Sobrecarga do Cuidador Informal?
- Como Capacitar o Cuidador Informal para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa dependente?

Para dar respostas às questões de investigação formuladas, definiram-se como objetivos gerais:

- Caracterizar a pessoa cuidada/dependente inserida no projeto “Estatuto de Cuidador Informal”;
- Avaliar o nível de sobrecarga do Cuidador Informal Capacitar o cuidador informal.

Como objetivos específicos:

- Caracterizar socio demograficamente a Pessoa Dependente;
- Avaliar o nível de dependência na realização das Atividades de Vida Diária e o risco de queda da Pessoa Dependente;
- Caracterizar socio demograficamente o Cuidador Informal;
- Caracterizar o contexto do cuidar; Identificar as necessidades do Cuidador Informal;
- Capacitar o Cuidador Informal para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa dependente.

Tipo de estudo

Por forma a poder dar resposta aos objetivos delineados, optou-se por um estudo não experimental, com enfoque transversal, descritivo-correlacional e de natureza quantitativa. Em concreto, trata-se de uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pestana & Gageiro, 2014) também denominado de estudo correlacional, uma vez que não há manipulação de variáveis, pretendendo-se apenas realizar a descrição das características da amostra e o estabelecimento de relações naturais entre variáveis, num determinado momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos, o que lhe confere um enfoque transversal (Coutinho, 2021). Neste pressuposto, a definição de um modelo conceitual assume-se, ao nível de um estudo empírico, como um fator de grande importância, delineado para que se possam estabelecer as orientações para a determinação e concretização de um método. Ou seja, delimitar a conceptualização de um estudo empírico permite organizar de maneira rigorosa o pensamento num processo de termos significativos. Por conseguinte, o tipo de estudo deve ter em conta a estrutura que se usa para a obtenção de respostas às questões que surgem com a investigação e propõe-se descrever variáveis, analisando as relações de causalidade entre estas (Coutinho, 2021).

Tendo por referência as questões de investigação, o enquadramento dos objetivos e a delimitação das variáveis, apresenta-se, na figura 1, a representação esquemática do desenho do estudo (enquanto modelo conceptual), onde se pretende esquematizar as inter-relações das variáveis independentes e a variável dependente.

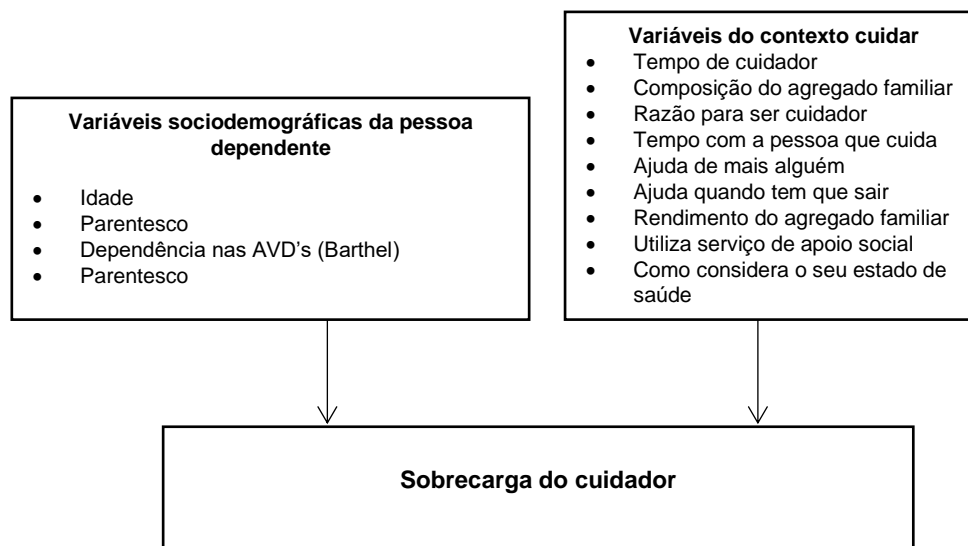


Figura 1. Representação do modelo conceptual da associação entre as variáveis estudadas na investigação empírica.

Participantes

No presente estudo, recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência que teve por base os cuidadores informais inseridos no Projeto “Estatuto de Cuidador Informal” do Concelho de Lamego. O tamanho amostral e o processo de seleção e recrutamento da amostra foram efetuados com recurso à Plataforma Informática do ECI (Estatuto do Cuidador Informal) e equipa da UCC Lamego, tendo sido feita a seleção de todos os que faziam parte do Concelho de Lamego. Assim, a fonte de informação foi o profissional responsável da saúde no Projeto pertence à UCC Lamego, onde decorreu o estágio. Importa referir que o total de cuidadores do Concelho de Lamego são 71, todavia, do total de questionários aplicados ficou-se apenas com uma amostra de 61, tendo 6 recusado a responder ao mesmo e em 4 casos não foi possível fazer marcação.

Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de colheita de dados (Anexo I) foi utilizado um questionário elaborado para o estudo, dividido em três secções distintas: Caracterização da Pessoa Dependente, Caracterização do Cuidador Informal, Caracterização do Contexto do Cuidar, Perceção e Necessidades do Cuidador Informal, Índice de Barthel e a Escala de Zarit (*Caregiver Burden Interview* Zarit, 1980), versão adaptada e validada por Sequeira (2007), para avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais, constituída por 22 perguntas, sendo que cada pergunta tem cinco opções de resposta. Cada opção é cotada de um a cinco pontos, sendo que a soma final determina o nível de sobrecarga sentida. Assim, se o resultado for inferior a 46 o cuidador não tem sobrecarga, entre 46 e 56 o cuidador apresenta sobrecarga ligeira e, se o resultado for superior a 56. o cuidador informal tem uma sobrecarga intensa.

Procedimentos éticos e formais para recolha de dados

Qualquer investigação científica consiste numa atividade humana que imputa “grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Nunes, 2013, p. 5), como tal,

“releva-se a importância da investigação em enfermagem - e, se se considera os princípios éticos gerais se lhe aplicam, mais se amplia pois que, mercê do posicionamento como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas” (Nunes, 2013, p. 5).

Tendo por base estes pressupostos, nesta investigação, seguiram-se as estratégias de modo a adotar os princípios éticos requisitados por qualquer trabalho de investigação, prevalecendo o respeito, proteção dos direitos da pessoa, anonimato, privacidade, confidencialidade e justiça, assegurando que toda a informação recolhida foi tratada com base nestes princípios, certificando, assim, que a mesma apenas é utilizada unicamente para fins estatísticos com o propósito final de traçar um perfil de risco (Nunes, 2013, pp. 6-7).

Deste modo, coube fazer um pedido de autorização à Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Douro II – Douro Sul, com parecer favorável a 23/4/2023 (Anexo III). Foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. para realização do presente estudo, tendo-se pronunciado favoravelmente a 11/5/2023, com a Referência: CE/2023/59 (Anexo IV). Contudo, foi essencial manter presente a informação de que qualquer pessoa tem o poder de decisão face à sua

participação. Desta forma, o consentimento informado e esclarecido do procedimento do estudo bem como os objetivos do mesmo foi devidamente assinado por cada participante selecionado, cumprindo, assim, os princípios éticos em todas as investigações (Anexo II).

Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico caracteriza-se pela análise dos dados numéricos por meio de testes estatísticos, tendo em consideração a função que as variáveis exercem na investigação. Diferenciam-se duas categorias de análise estatística: a estatística descritiva e a estatística inferencial. Segundo Coutinho (2021), a estatística descritiva, representa as características da amostra e tem como objetivo responder às questões em investigação. Para isto, são retirados um conjunto de dados, que posteriormente são interpretados.

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo foi realizado informaticamente, para isso utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 26.0 para *Windows*. Do ponto de vista da análise estatística descritiva, os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a medidas de tendência central: média (\bar{x}) e medidas de dispersão: Dp (\pm).

Por sua vez, a análise estatística inferencial é mais complexa do que análise descritiva, uma vez que permite aplicar à população as conclusões resultantes do estudo da amostra. Esta análise possibilita generalizar os resultados da amostra estudada para a população. Para a realização da análise inferencial, podem ser utilizados testes paramétricos e não-paramétricos. Os testes paramétricos exigem: a distribuição normal das variáveis na população, a estimação de pelo menos um parâmetro e que o nível das variáveis seja de intervalos ou de proporções. Já os testes não paramétricos, não são baseados nem na estimação dos parâmetros nem nos princípios da distribuição normal, sendo geralmente utilizados nas variáveis nominais e ordinais (Coutinho, 2021).

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, serão utilizados os testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal das dimensões da variável dependente, como nos mostra o teste de normalidade, exemplificado a seguir.

Pelo *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors* (tabela 1), verifica-se que a distribuição de dados referentes à variável dependente (Sobrecarga no cuidador informal), não se encontram enquadrada na normalidade ($p=0,006$). Visto isto, e pela análise do histograma da normalidade (gráfico 1), assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal, levando à utilização de medidas estatísticas não paramétricas.

Tabela 1. Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
Sobrecarga do cuidador informal	0,111	0,006

Assim, os testes não paramétricos utilizados foram:

- **Teste U de Mann Whitney** – caracteriza-se por ser um teste alternativo ao Teste t de student para amostras independentes, especialmente quando os pressupostos deste teste não são válidos, isto é, quando a amostra é pequena, diferente, ou as variâncias heterogêneas (Marôco, 2014). O teste U de Mann Whitney possibilita verificar a igualdade de comportamento entre dois grupos (Pestana & Gageiro, 2014).
- **Teste de Kruskal-Wallis** - deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são heterogêneas. Pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2014).
- **Teste de Qui-Quadrado** – destina-se ao estudo de relações entre variáveis, avaliando a associação existente entre as variáveis qualitativas. Quando se encontram diferenças estatísticas significativas recorre-se ao teste de percentagem residual (resíduos ajustados) (Pestana & Gageiro, 2014).

As questões foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Para todos os testes, o nível de significância foi $p<0,05$ (Pestana & Gageiro, 2014).

Seguidamente apresentam-se os resultados obtidos, segundo a análise descritiva e inferencial, apresentados com o recurso de tabelas, onde se expõem os dados mais relevantes.

2.1.3. Apresentação dos resultados

Apresentar os resultados, consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação, devendo ser apresentados em primeiro lugar os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os obtidos com as análises inferenciais (Pocinho, 2018). Assim dá-se a conhecer os resultados da investigação,

processo decorrente do tratamento estatístico efetuado. Seguindo a estrutura geral do instrumento de colheita de dados, caracterizam-se, em primeiro lugar, as variáveis de matriz sociodemográfica da pessoa cuidada e do cuidador, caracterização dos dados clínicos da pessoa dependente, caracterização do contexto do cuidar e percepção e necessidades do cuidador informal, com base na estatística descritiva. Apresentam-se, posteriormente, as análises decorrentes da estatística inferencial. Com o objetivo de facilitar a sua leitura e análise os resultados são apresentados em tabelas acompanhados de descrições sucintas que realçam os aspetos mais relevantes. Procede-se, assim, através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variáveis dependente da investigação, a verificação da validade dos objetivos formulados. A apresentação dos dados surge esquematizada em várias tabelas, precedidas das análises correspondentes.

Caracterização da pessoa dependente

As pessoas dependentes apresentam uma idade média de $62,59 \pm 27,19$ anos, um valor a oscilar entre um mínimo de 14 anos e um máximo de 100 anos. As mulheres (M=70,10 anos) apresentam uma idade média mais elevada que os homens (M=55,78 anos) (cf. tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas relativas à idade da pessoa dependente em função do sexo

Sexo		n	Min.	Max.	Média	dp
	Masculino	32	16	93	55,78	22,22
	Feminino	29	14	100	70,10	30,45
	Total	61	14	100	62,59	27,19

Em relação aos homens, constata-se uma prevalência de pessoas o grupo etário dos 66-80 anos (31,3%), solteiros (43,8%), com o 1º ciclo do ensino básico (40,6%) e sem nunca terem trabalhado (37,5%). No que se refere às mulheres, a maioria tem mais de 80 anos (62,1%), são viúvas (65,5%) e não possuem escolaridade (48,3%), com maior representatividade das trabalhadoras não qualificadas (69,0%). Assim, encontram-se diferenças estatísticas significativas ($X^2=21,154$; $p=0,001$) entre o sexo e a idade, o sexo e a escolaridade ($X^2=22,660$; $p=0,001$), sexo e o estado civil ($X^2=24,922$; $p=0,000$) e entre o sexo e a profissão ($X^2=12,349$; $p=0,030$) (cf. tabela 3).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da pessoa dependente em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
		nº (32)	% (52,5)	nº (29)	% (47,5)	nº (61)	% (100.0)	M	F		
Idade	<18 anos	3	9,4%	2	6,9%	5	8,2%	0,4	-0,4	21,154	0,001
	18-35 anos	4	12,5%	5	17,2%	9	14,8%	-0,5	0,5		
	36-50 anos	5	15,6%	1	3,4%	6	9,8%	1,6	-1,6		
	51-65 anos	6	18,8%	2	6,9%	8	13,1%	1,4	-1,4		
	66-80 anos	10	31,3%	1	3,4%	11	18,0%	2,8	-2,8		
	>80 anos	4	12,5%	18	62,1%	22	36,1%	-4,0	4,0		
Estado civil	Solteiro	14	43,8%	9	31,0%	23	37,7%	1,0	-1,0	24,922	0,000
	Casado	13	40,6%	1	3,4%	14	23,0%	3,4	-3,4		
	Viúvo	3	9,4%	19	65,5%	22	36,1%	-4,6	4,6		
	Divorciado	2	6,3%	0	0,0%	2	3,3%	1,4	-1,4		
Escolaridade	Sem escolaridade	6	18,8%	14	48,3%	20	32,8%	-2,5	2,5	22,660	0,001
	Sabe ler e escrever	4	12,5%	11	37,9%	15	24,6%	-2,3	2,3		
	1º ciclo	13	40,6%	1	3,4%	14	23,0%	3,4	-3,4		
	2º ciclo	3	9,4%	3	10,3%	6	9,8%	-0,1	0,1		
	3º ciclo	3	9,4%	0	0,0%	3	4,9%	1,7	-1,7		
	Ensino secundário	1	3,1%	0	0,0%	1	1,6%	1,0	-1,0		
Ensino superior	2	6,3%	0	0,0%	2	3,3%	1,4	-1,4			
Profissão	Administrativo /similar	2	6,3%	1	3,4%	3	4,9%	0,5	-0,5	12,349	0,030
	Serviços / vendedores	1	3,1%	0	0,0%	1	1,6%	1,0	-1,0		
	Indústria / construção	5	15,6%	0	0,0%	5	8,2%	2,2	-2,2		
	Op. Máquinas / montagem	2	6,3%	0	0,0%	2	3,3%	1,4	-1,4		
	Não qualificados	10	31,3%	20	69,0%	30	49,2%	-2,9	2,9		
	Nunca trabalhou	12	37,5%	8	27,6%	20	32,8%	0,8	-0,8		
Total		32	100.0	29	100.0	61	100.0				

No que se refere aos homens, prevalecem os que são dependentes por uma situação do sistema nervoso (43,8%), sem antecedentes pessoais (34,4%). A grande maioria, possui mais de 5 anos de dependência (87,5%), sendo esta considerada grave em 37,5% dos casos. É ainda de referir que nestes utentes o risco de queda é baixo (53,1%). Já para as mulheres, sobressaem as que se encontram dependentes por uma situação no sistema nervoso (48,3%), com predomínio das que possuem HTA como antecedentes pessoais (27,6%). Maioritariamente, também possuem mais de 5 anos de dependência (75,9%), sendo esta considerada total em 51,7% dos casos. Nestas utentes, em 58,6%, o risco de queda também é baixo. Registam-se diferenças estatísticas significativas ($X^2=10,488$; $p=0,033$) entre o sexo e o nível de dependência (cf. tabela 4).

Tabela 4. Caracterização dos dados clínicos da pessoa dependente em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	Masculino		nº	%	nº	%	M	F		
	nº	%	(32)	(52,5)	(29)	(47,5)	(61)	(100.0)		
Sit. patológica										
Sistema nervoso	14	43,8%	14	48,3%	28	45,9%	-0,4	0,4	7,092	0,419
Sistema esquelético	4	12,5%	5	17,2%	9	14,8%	-0,5	0,5		
Sistema muscular	5	15,6%	4	13,8%	9	14,8%	0,2	-0,2		
Sistema cardiovascular	2	6,3%	0	0,0%	2	3,3%	1,4	-1,4		
Sistema respiratório	2	6,3%	0	0,0%	2	3,3%	1,4	-1,4		
Sistema urinário	0	0,0%	2	6,9%	2	3,3%	-1,5	1,5		
Sistema digestivo	1	3,1%	0	0,0%	1	1,6%	1,0	-1,0		
Outro	4	12,5%	4	13,8%	8	13,1%	-0,1	0,1		
Antecedentes pessoais										
Dislipidemia	4	12,5%	5	17,2%	9	14,8%	-0,5	0,5	10,493	0,105
HTA	4	12,5%	8	27,6%	12	19,7%	-1,5	1,5		
Diabetes	3	9,4%	2	6,9%	5	8,2%	0,4	-0,4		
Pat. Psiquiátrica	3	9,4%	5	17,2%	8	13,1%	-0,9	0,9		
Pat. Cardíaca	6	18,8%	0	0,0%	6	9,8%	2,5	-2,5		
Sem patologia	11	34,4%	6	20,7%	17	27,9%	1,2	-1,2		
Outra	1	3,1%	3	10,3%	4	6,6%	-1,1	1,1		
Tempo de dependência										
1-2 anos	2	6,3%	0	0,0%	2	3,3%	1,4	-1,4	8,927	0,063
2-3 anos	1	3,1%	2	6,9%	3	4,9%	-0,7	,7		
3-4 anos	1	3,1%	0	0,0%	1	1,6%	1,0	-1,0		
4-5 anos	0	0,0%	5	17,2%	5	8,2%	-2,5	2,5		
>5 anos	28	87,5%	22	75,9%	50	82,0%	1,2	-1,2		
AVD's (Barthel)										
Dependência total	6	18,8%	15	51,7%	21	34,4%	-2,7	2,7	10,488	0,033
Dependência grave	12	37,5%	10	34,5%	22	36,1%	0,2	-0,2		
Dependência moderada	11	34,4%	3	10,3%	14	23,0%	2,2	-2,2		
Dependência leve	2	6,3%	0	0,0%	2	3,3%	1,4	-1,4		
Independente	1	3,1%	1	3,4%	2	3,3%	-0,1	0,1		
Risco de queda (Morse)										
Sem risco	9	28,1%	2	6,9%	11	18,0%	2,2	-2,2	5,320	0,070
Baixo risco	17	53,1%	17	58,6%	34	55,7%	-0,4	0,4		
Alto risco	6	18,8%	10	34,5%	16	26,2%	-1,4	1,4		
Total	32	100.0	29	100.0	61	100.0				

Caracterização do cuidador informal

Os cuidadores informais possuem uma idade média de 57,07±9,68 anos, a oscilar entre um mínimo de 25 anos e um máximo de 76 anos. As mulheres (M=57,18 anos) apresentam uma idade média mais elevada que os homens (M=55,80 anos) (cf. tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas relativas à idade do cuidador informal em função do sexo

Sexo	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	5	48	64	55,80	5,93
Feminino	56	25	76	57,18	9,97
Total	61	25	76	57,07	9,68

Começa-se por referir que prevalecem as mulheres como cuidadoras informais da pessoa dependente (91,8%), cuja maioria tem 51-65 anos (66,1%), casadas (71,4%), com o 1º ciclo do ensino básico (42,9%) e as domésticas (71,4%). Em 26,8% dos casos, destaca-se as mulheres com HTA, não apresentando a grande maioria qualquer risco de queda (94,6%). O grau de parentesco mais predominante com a pessoa cuidada é filho/a (46,4%). Maioritariamente, as cuidadoras informais desempenham esta função há mais de 4 anos (85,7%). No caso dos cuidadores do sexo masculino, a maioria possui 51-65 anos (80,0%), com predomínio dos solteiros ou casados (40,0%, cada), com igual valor percentual para os que possuem o 2º ciclo do ensino básico e o ensino secundário (40,0%, respetivamente). A maioria está desempregada (80,0%). Em termos clínicos, 40,0% possuem dislipidémia, com nenhum a apresentar qualquer risco de queda. Em 40,0% dos casos, o grau de parentesco com a pessoa cuidada é filho(a), com mais de metade a desempenhar tal papel há mais de 4 anos (60,0%). Existem diferenças estatísticas significativas ($X^2=12,273$; $p=0,007$) entre o sexo e a profissão (cf. tabela 6).

Tabela 6. Caracterização sociodemográfica e clínica do cuidador informal em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	M	F				
Idade												
≤35 anos	0	0,0%	2	3,6%	2	3,3%	-0,4	0,4	0,847	0,838		
36-50 anos	1	20,0%	11	19,6%	12	19,7%	0,0	0,0				
51-65 anos	4	80,0%	37	66,1%	41	67,2%	0,6	-0,6				
>65 anos	0	0,0%	6	10,7%	6	9,8%	-0,8	0,8				
Estado civil												
Solteiro	2	40,0%	6	10,7%	8	13,1%	1,9	-1,9	4,362	0,225		
Casado	2	40,0%	40	71,4%	42	68,9%	-1,5	1,5				
Viúvo	1	20,0%	6	10,7%	7	11,5%	0,6	-0,6				
Divorciado	0	0,0%	4	7,1%	4	6,6%	-0,6	0,6				
Escolaridade												
Sem escolaridade	0	0,0%	1	1,8%	1	1,6%	-0,3	0,3	5,052	0,410		
Sabe ler e escrever	0	0,0%	3	5,4%	3	4,9%	-0,5	0,5				
1º ciclo	1	20,0%	24	42,9%	25	41,0%	-1,0	1,0				
2º ciclo	2	40,0%	14	25,0%	16	26,2%	0,7	-0,7				
3º ciclo	0	0,0%	8	14,3%	8	13,1%	-0,9	0,9				
Ensino secundário	2	40,0%	6	10,7%	8	13,1%	1,9	-1,9				
Profissão												
Empregado	1	20,0%	2	3,6%	3	4,9%	1,6	-1,6	12,273	0,007		
Desempregado	4	80,0%	12	21,4%	16	26,2%	2,9	-2,9				
Doméstico	0	0,0%	40	71,4%	40	65,6%	-3,2	3,2				
Reformado	0	0,0%	2	3,6%	2	3,3%	-0,4	0,4				
Antecedentes pessoais												
Dislipidémia	2	40,0%	13	23,2%	15	24,6%	0,8	-0,8	2,029	0,958		
HTA	1	20,0%	15	26,8%	16	26,2%	-0,3	0,3				
Diabetes	0	0,0%	1	1,8%	1	1,6%	-0,3	0,3				
Obesidade	0	0,0%	1	1,8%	1	1,6%	-0,3	0,3				
Pat. Psiquiátrica	0	0,0%	6	10,7%	6	9,8%	-0,8	0,8				
Pat. Cardíaca	0	0,0%	1	1,8%	1	1,6%	-0,3	0,3				
Sem patologia	1	20,0%	14	25,0%	15	24,6%	-0,2	0,2				
Outra	1	20,0%	5	8,9%	6	9,8%	0,8	-0,8				
Risco de queda (Morse)												
Sem risco	5	100,0%	53	94,6%	58	95,1%	0,5	-0,5	0,282	0,596		
Baixo risco	0	0,0%	3	5,4%	3	4,9%	-0,5	0,5				

Parentesco											
Cônjuge	1	20,0%	9	16,1%	10	16,4%	0,2	-,2	5,256	0,262	
Filho	2	40,0%	26	46,4%	28	45,9%	-0,3	,3			
Irmão	0	0,0%	5	8,9%	5	8,2%	-0,7	,7			
Neto	1	20,0%	1	1,8%	2	3,3%	2,2	-2,2			
Pai / Mãe	1	20,0%	15	26,8%	16	26,2%	-0,3	,3			
Tempo de cuidador											
< 6 meses	0	0,0%	2	3,6%	2	3,3%	-0,4	0,4	3,543	0,170	
2-4 anos	2	40,0%	6	10,7%	8	13,1%	1,9	-1,9			
>4 anos	3	60,0%	48	85,7%	51	83,6%	-1,5	1,5			
Total	5	100.0	56	100.0	61	100.0					

Caracterização do contexto do cuidar

Verifica-se que prevalecem os casos em que o agregado familiar é constituído pelo cuidador, o cônjuge e a pessoa dependente (36,1%), sendo a habitação do cuidador (55,7%), maioritariamente trata-se de uma moradia (70,5%). Quase todos os cuidadores informais (99,7%) assumiram este papel por iniciativa própria e, com igual percentagem, a fazê-lo entre 18-24 horas por dia. Um pouco mais de metade dos participantes não tem ajuda de mais ninguém (59,0%), entre os quais 52,5% possuem algum apoio para quando necessitam de se ausentar por algum tempo. A maioria (96,7%) não cuida de mais ninguém (cf. tabela 7).

Tabela 7. Caracterização do contexto do cuidar no âmbito do agregado familiar e habitação

Variáveis	Frequência	
	nº (61)	% (100.0)
Composição do agregado familiar		
Pessoa dependente	2	3,3
Cuidador e dependente	20	32,8
Cuidador, cônjuge e dependente	22	36,1
Cuidador, cônjuge, filhos e dependente	8	13,1
Cuidador, filhos e dependente	7	11,5
Cuidador, cônjuge, filhos e dependente e outros	2	3,3
Propriedade da habitação		
Habitação própria	27	44,3
Habitação do cuidador	34	55,7
Características da habitação		
Moradia	43	70,5
Apartamento	18	29,5

Tabela 8. Caracterização do contexto do cuidar no âmbito do cuidador

Variáveis	Frequência	
	nº (61)	% (100.0)
Como considera o seu estado de saúde		

Bom	21	34,4
Nem bom, nem mau	31	50,8
Mau	9	14,8
Sobrecarga do cuidador (Zarit)		
Sem sobrecarga	27	44,3
Sobrecarga reduzida	25	41,0
Sobrecarga intensa	9	14,8
Maior dificuldade que sente ao cuidar		
Alimentação	1	1,6
Transferências	7	11,5
WC	3	4,9
Banho	30	49,2
Mobilidade	12	19,7
Subir / descer escadas	3	4,9
Vestir	4	6,6
Controlo intestinal	1	1,6

Menos que um ordenado mínimo nacional é o que 86,9% dos dependentes auferem e o mesmo se passa com os cuidadores, mas numa percentagem superior (98,4%). Em termos do agregado familiar, prevalecem os que possuem entre 1 e 2 ordenados mínimos nacionais (86,9%). Quase todos (98,4%) referem que os rendimentos são insuficientes face às despesas e que não têm a quem recorrer em termos de ajuda financeira (68,9%), bem como não utilizam nenhum apoio social (80,3%). Nas deslocações, a maioria das pessoas dependentes fá-lo pelo próprio pé (59,0%). Todavia, registou-se uma percentagem mais elevada para a utilização dos transportes públicos (70,5%) e com uma duração inferior a 15 minutos (45,9%) (cf. tabela 9).

Tabela 9. Caracterização do contexto do cuidar no âmbito dos rendimentos e deslocação

Variáveis	Frequência	
	nº (61)	% (100.0)
Rendimento da pessoa dependente		
<760€	53	86,9
760€	5	8,2
>760€	3	4,9
Rendimento do cuidador		
<760€	60	98,4
760€	1	1,6
Rendimento do agregado familiar		
<760€	8	13,1
760€ a 1520€	53	86,9
Rendimentos face às despesas		
Insuficiente mesmo sem despesas	1	1,6
Insuficiente face às despesas	60	98,4
Têm a quem recorrer para ajuda financeira		
Sim	19	31,1
Não	42	68,9
Utiliza serviço de apoio social		
Não	49	80,3
Sim	12	19,7
Como se desloca a pessoa dependente		

	Próprio pé	36	59,0
	Cadeira de rodas	15	24,6
	Maca	10	16,4
Transporte utilizado na acessibilidade			
	Transporte próprio	16	26,2
	Transporte de familiares	2	3,3
	Transporte público	43	70,5
Duração da deslocação			
	<15 minutos	28	45,9
	15 minutos	20	32,8
	30 minutos	11	18,0
	1 hora	1	1,6
	>1 hora	1	1,6

Perceção e necessidades do cuidador informal

Em relação à perceção e necessidades do cuidador informal, a maioria refere que o seu estado atual de saúde “nem é bom, nem é mau” (50,8%), com um percentual mais expressivo de cuidadores sem sobrecarga (44,3%). Quanto às dificuldades sentidas ao cuidar da pessoa dependente, as mais referenciadas foram: o banho (49,2%), a mobilidade (19,7%) e as transferências (11,2%) (cf. tabela 10).

Tabela 10. Caracterização da perceção e necessidades do cuidador informal

Variáveis	Frequência	
	nº (61)	% (100.0)
Como considera o seu estado de saúde		
Bom	21	34,4
Nem bom, nem mau	31	50,8
Mau	9	14,8
Sobrecarga do cuidador (Zarit)		
Sem sobrecarga	27	44,3
Sobrecarga reduzida	25	41,0
Sobrecarga intensa	9	14,8
Maior dificuldade que sente ao cuidar		
Alimentação	1	1,6
Transferências	7	11,5
WC	3	4,9
Banho	30	49,2
Mobilidade	12	19,7
Subir / descer escadas	3	4,9
Vestir	4	6,6
Controlo intestinal	1	1,6

Nível de sobrecarga do cuidador informal

Verifica-se que 44,3% dos cuidadores informais não têm sobrecarga, 41,0% apresentam sobrecarga ligeira e 14,8% uma sobrecarga intensa (cf. tabela 11).

Tabela 11. Nível de sobrecarga do cuidador informal

Variáveis	Frequência	
	nº (61)	% (100.0)
Sobrecarga		
Sem sobrecarga (45)	27	44,3
Sobrecarga ligeira (46-56)	25	41,0
Sobrecarga intensa (>56)	9	14,8

Relação entre as variáveis sociodemográficas da pessoa dependente e do cuidador e a sobrecarga do cuidador informal

A análise das ordenações médias revela que os cuidadores com uma sobrecarga mais elevada são os que cuidam de pessoas com dependência leve, (OM=39,75), com uma idade inferior ou igual a 35 anos (OM=44,75), possuem o 3º ciclo do ensino básico (OM=43,56), são netos da pessoa dependente (OM=48,00) e cuidam à menos de 6 meses (OM=59,00). (cf. Tabela 12).

Os resultados também demonstram que os cuidadores que cuidam de pessoa com dependência grave (OM=33,36), com idade entre 36 e 50 anos (OM=43,17), sem escolaridade (OM=40,50), em que o grau de parentesco é o progenitor (OM=33,06), e cuidam há mais de 4 anos (OM=30,93) apresentam sobrecarga. (cf. tabela 12). De referir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga do cuidador com a idade do cuidador ($p=0,024$) e o tempo que cuidam da pessoa dependente ($p=0,048$)

Tabela 12. Testes de Kruskal-Wallis para a relação entre as variáveis sociodemográficas da pessoa dependente e do cuidador com a sobrecarga do cuidador informal

Variáveis	Sobrecarga do cuidador informal	Teste
	Ordenação média	
Dependência nas AVD's (Barthel)		
Dependência total	31,02	Kruskal-Wallis
Dependência grave	33,36	
Dependência moderada	27,07	
Dependência leve	39,75	
Independente	23,50	
	(p)	0,750
Idade		
≤35 anos	44,75	Kruskal-Wallis
36-50 anos	43,17	
51-65 anos	26,60	
>65 anos	32,17	
	(p)	0,024
Escolaridade		
Sem escolaridade	40,50	Kruskal-Wallis

Sabe ler e escrever	23,50	
1º ciclo	26,26	
2º ciclo	33,03	
3º ciclo	43,56	
Ensino secundário	30,81	
(p)	0,233	
Parentesco		
Cônjuge	27,80	Kruskal-Wallis
Filho	30,84	
Irmão	24,90	
Neto	48,00	
Pai / Mãe	33,06	
(p)	0,562	
Tempo de cuidador		
< 6 meses	59,00	Kruskal-Wallis
2-4 anos	24,44	
>4 anos	30,93	
(p)	0,048	

Relação entre as variáveis do contexto do cuidar e a sobrecarga do cuidador informal

Registou-se uma sobrecarga mais elevada por parte dos cuidadores que coabitam apenas com a pessoa dependente (OM=57,25), que desempenham este papel por iniciativa própria (OM=31,36), os que prestam cuidados à pessoa dependente entre 12-18 horas por dia (OM=57,25), os cuidadores sem qualquer ajuda (OM=33,31), os que não têm ajuda quando precisam de se ausentar por algum tempo (OM=32,62), com um rendimento do agregado familiar entre 1 a 2 salários mínimos nacionais (OM=31,77), que recorrem ao serviço de apoio (OM=33,38) e os que consideram o seu estado de saúde como “mau” (OM=38,78). (cf. tabela 13)

Apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre a sobrecarga do cuidador informal e o tempo com a pessoa que cuida ($p=0,017$). (cf. tabela 13)

Tabela 13. Testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para a relação entre as variáveis de contexto do cuidar e a sobrecarga do cuidador informal

Variáveis	Sobrecarga do cuidador informal	Teste
	Ordenação média	
Composição do agregado familiar		
Pessoa dependente	57,25	Kruskal-Wallis
Cuidador e dependente	29,33	
Cuidador, cônjuge e dependente	32,30	
Cuidador, cônjuge, filhos e dependente	24,81	
Cuidador, filhos e dependente	31,00	
Cuidador, cônjuge, filhos e dependente e outros	32,00	
(p)	0,340	
Razão para ser cuidador		
Iniciativa própria	31,36	Mann-Whitney

Ser a única pessoa para o papel		20,25	
	(p)	0,415	
Tempo com a pessoa que cuida			Mann-Whitney
12-18 horas		57,25	
18-24 horas		30,11	
	(p)	0,017	
Ajuda de mais alguém			Mann-Whitney
Não		33,31	
Sim		27,68	
	(p)	0,223	
Ajuda quando tem que sair			Mann-Whitney
Não		32,62	
Sim		29,53	
	(p)	0,497	
Rendimento do agregado familiar			Mann-Whitney
<760€		25,88	
760€ a 1520€		31,77	
	(p)	0,380	
Utiliza serviço de apoio social			Mann-Whitney
Não		30,42	
Sim		33,38	
	(p)	0,605	
Como considera o seu estado de saúde			Kruskal-Wallis
Bom		26,86	
Nem bom, nem mau		31,55	
Mau		38,78	
	(p)	0,233	

2.1.4. Discussão dos resultados

A caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes revela serem sobretudo homens (52,5%), com uma idade média de $62,59 \pm 27,19$ anos, sendo as mulheres (M=70,10 anos) mais velhas do que os homens (M=55,78 anos). Maior prevalência de pessoas dependentes com idade superior aos 80 anos (36,1%), solteiros (37,7%), sem escolaridade (37,8%) e cuja profissão é não qualificada (49,2%). Este perfil da pessoa dependente difere dos resultados de um estudo de perfil quantitativo, exploratório, descritivo-correlacional de Regadas (2021), em que, entre 2.126 famílias clássicas do concelho de Paços de Ferreira, 248 integravam pessoas dependentes, sendo estas maioritariamente do sexo feminino com uma idade média de 67,57 anos e prevalência dos que possam mais de 80 anos, o que coincide com o presente estudo, pois prevaleceram as pessoas dependentes com idade superior aos 80 anos. No mesmo estudo (Regadas, 2021) maioritariamente eram casados ou viúvos, com quase globalidade na situação de pensionista/reformado, apresentando baixo nível de literacia, sendo que a maioria não tinha qualquer nível de escolaridade, tal como no presente estudo, o que espelha bem a realidade portuguesa, nesta faixa etária. Importa referir que, segundo o INE (2021), as mulheres, embora tenham maior esperança de vida, as mesmas apresentam incapacidades bastante menos reduzidas, quando comparada com a dos homens.

Na amostra estudada, sobressaíram as pessoas dependentes por uma situação do sistema nervoso (45,9%), uma situação clínica comum quer nos homens quer nas mulheres, sem patologia, como antecedentes pessoais (27,9%), mas com maior representatividade de mulheres com HTA (27,6%). A grande maioria tem mais de 5 anos de dependência (82,0%). E, 36,1% dos casos a dependência é grave e em 34,4% a dependência é total. Um pouco mais de metade da amostra (55,7%) revela baixo risco de queda. No estudo de Regadas (2021), a média de dependência foi de 11,5 anos, repartindo-se os maiores valores percentuais entre os tempos de dependência inferiores a 5 anos e entre 6-10 anos, sendo a mesma, em maioria dos casos, dependência grave, necessitando de outra pessoa para a execução plena das atividades de autocuidado.

Quanto ao perfil dos cuidadores informais, maioritariamente são mulheres (91,8%), com uma idade média de $57,07 \pm 9,68$ anos, prevalecendo as que se situam na faixa etária dos 51-65 anos (66,1%), com o 1º ciclo do ensino básico (42,9%). Este perfil dos cuidadores informais corrobora a literatura. Dá-se como exemplo o estudo de Aires et al. (2020), onde predominaram as cuidadoras (73,6%), casadas (55,2%) e filhas da pessoa dependente

(68,0%). De igual modo, as evidências do estudo de Regadas (2021) mostram um perfil semelhante, pois eram, majoritariamente do sexo feminino (89,6%), com uma idade média de 56,33 anos, casadas (75,9%), com 1.º ciclo do ensino básico (50,6%) e domésticas (33,6%). Relativamente ao parentesco com a pessoa dependente eram, predominantemente, filhas(os) (42,7%), o que é corroborado com os resultados do presente estudo, uma vez que 45,9% são filhas(os), domésticas(os) e casados(as). Também no estudo de Dixe e Querido (2020) houve um predomínio de cuidadores informais do sexo feminino (82,9%), a viverem com a pessoa cuidada (70,1%), tendo 62,2% ajuda para cuidar, gastando em média 105,65h (\pm 54/semana). No presente estudo, quase todos os cuidadores informais (99,7%) relataram que assumiram este papel por iniciativa própria e, com igual percentagem, a fazê-lo entre 18-24 horas por dia. Um pouco mais de metade dos participantes não tem ajuda de mais ninguém (59,0%), entre os quais 52,5% possuem algum apoio para quando necessitam de se ausentar por algum tempo. A maioria não cuida de mais ninguém, o que vem também corroborar os resultados do estudo de Ferreira et al. (2018) e de Aires et al. (2020).

Na amostra estudada, prevalecem os casos em que o agregado familiar é constituído pelo cuidador, o cônjuge e a pessoa dependente, sendo a habitação do cuidador, majoritariamente trata-se de uma moradia. Quase todos referem que os rendimentos são insuficientes face às despesas e que não têm a quem recorrer em termos de ajuda financeira, bem como não utilizam nenhum apoio social. Quanto às características da habitação onde vivem as famílias, no estudo de Regadas (2021) também eram, majoritariamente, moradias, com mais representatividade de famílias de tipologia com um núcleo.

Em relação à perceção e necessidades do cuidador informal, um pouco mais de metade referiu que o seu estado atual de saúde “nem é bom, nem é mau” (50,8%), com um percentual mais expressivo de cuidadores sem sobrecarga (44,3%). Quanto às dificuldades sentidas ao cuidar da pessoa dependente, as mais referenciadas foram: o banho (49,2%), a mobilidade (19,7%) e as transferências (11,2%), o que corrobora os resultados registados no estudo de Regadas (2021), a maioria das pessoas dependentes apresentavam dificuldades na toma de medicação, na mobilidade, banho e transferências, bem como no estudo de Dixe e Querido (2019). Estes resultados atestam uma dependência significativa e preocupante, pois, para além de estarem sujeitas aos problemas com elevado risco de compromisso dos processos corporais, necessitam inevitavelmente da ajuda de outra pessoa para a sua sobrevivência e bem-estar. Por conseguinte, as pessoas com

dependência grave e total, sem ajuda de outra, obtêm o estatuto de “acamados”, com todas as potenciais complicações que daí possam advir.

Quanto ao nível de sobrecarga dos cuidadores informais, apurou-se que 44,3% não têm sobrecarga, 41,0% apresentam sobrecarga ligeira e 14,8% uma sobrecarga intensa. Estes resultados corroboram evidências de outros estudos (Khanal & Chalise, 2020; Dixe & Querido, 2020; Regadas, 2021). Importa ressaltar que os níveis de sobrecarga variam de acordo com as características sociodemográficas e contextuais dos cuidadores, bem como pelo facto de os estudos apresentarem uma heterogeneidade da amostra e variáveis estudadas. Todavia, tendo em conta que a amostra do presente estudo ser constituída por 61 cuidadores informais, ter-se registado que nove (14,8%) apresentam sobrecarga intensa e 25 revelam sobrecarga ligeira, é importante atuar-se uma vez que a sobrecarga do cuidador informal tem um impacto na saúde mental e física, afetando a sua qualidade de vida, podendo comprometer os cuidados prestados à pessoa dependente. Como tal, a sobrecarga do cuidador informal tem de ser foco das Equipas de UCC, tendo em conta que a literatura demonstra que quanto mais apoio e informações de proporcionam aos cuidadores informais, menor é a sua sobrecarga menor (Khanal & Chalise, 2020; Dixe & Querido, 2020; Regadas, 2021; Koker et al., 2023). É importante garantir que quer o cuidador informal, quer a pessoa recetora dos cuidados se sintam bem apoiados tanto pelo ambiente direto, como pelos profissionais de saúde.

Apurou-se que a idade do cuidador e o tempo que prestam cuidados à pessoa dependente foram variáveis preditoras de sobrecarga dos cuidadores informais, com diferenças estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Assim, os cuidadores com menos de 35 anos de idade e os que se encontram na faixa etária dos 36-50 anos foram os que apresentaram mais sobrecarga, bem como os que possuem menos de 6 meses de desempenho desta função e entre aqueles que o fazem há mais de 4 anos. As mulheres cuidadoras apresentaram um índice ligeiro de maior sobrecarga (12,45) do que os cuidadores homens (11,99). O estudo da relação entre as variáveis do contexto do cuidar e a sobrecarga do cuidador informal revela o tempo com a pessoa que cuidam interferiu na sobrecarga, particularmente entre os que prestam cuidados à pessoa dependente entre 12-18 horas por dia ($p < 0,05$). Os cuidadores solteiros e viúvos revelaram maior sobrecarga de cuidados (16,21) do que os casados (11,95). Os que manifestaram mais sobrecarga foram os que coabitavam com a pessoa cuidada (15,81), como demonstrado noutros estudos referenciados. Assim, no estudo de Aires et al. (2020), entre as variáveis que apresentaram relação estatisticamente significativa com a sobrecarga foram: idade do cuidador, estado

civil, tempo dedicado ao cuidado; grau de parentesco, residir com a pessoa dependente e ser do sexo feminino. Todavia, no seu estudo, Aires et al. (2020) constaram que quanto maior a idade do cuidador e o tempo dedicado ao cuidado do idoso, maior o score de sobrecarga. Num estudo mais recente, com 226 cuidadores informais, sendo também a maioria mulheres, com quase metade dos participantes sem receber qualquer apoio, tendo 73,9% expressado a necessidade de receber mais apoio profissional, verificou-se que os participantes apresentavam uma elevada sobrecarga. As mulheres foram consideradas significativamente mais sobrecarregadas do que os homens. Apesar de muitos participantes revelarem problemas psicológicos (55,8%), apenas 2,2% estavam a receber qualquer apoio psicológico (Biliunaite et al., 2022). Face a estes resultados os autores recomendam uma maior intervenção da equipa de enfermagem para aumentar a acessibilidade e a disponibilidade de apoio e de informação aos cuidadores informais, para prevenir e/ou minimizar os impactos da sobrecarga decorrente do seu papel.

De acordo com as necessidades identificadas pelos cuidadores informais foram realizadas sessões de Educação para a Saúde em grupo, designadamente sobre: Transferências – 30/05/2023, tendo estado presentes 6 cuidadores informais, com ausência de um; Mobilidade – 06/06/2023, que contou com a participação de 9 cuidadores informais presentes, tendo faltado 3; Banho – 13/06/2023, com a presença de 25 cuidadores informais presentes, tendo faltado 5. Tendo sido estas atividades de vida diária as mais referidas por parte dos cuidadores, na qual sentiam maior dificuldade de realização.

2.1.5. Conclusões do Estudo

O estudo realizado revelou um perfil sociodemográfico dos cuidadores informais como sendo maioritariamente mulheres, com uma média de idade de 57,07±9,68 anos, maior representatividade com idade compreendida entre os 51-65 anos (66,1%), a possuírem o 1º ciclo do ensino básico, filhas(os) da pessoa cuidada, domésticas(os) e casados(as). A grande maioria relatou que assumiu este papel por iniciativa própria e prestam cuidados à pessoa dependente entre 18-24 horas por dia, não tendo um pouco mais de metade ajuda de mais ninguém, possuindo unicamente algum apoio para quando necessitam de se ausentar por algum tempo.

Em relação ao nível de sobrecarga dos cuidadores informais, o estudo evidenciou que 41,0% apresentam sobrecarga ligeira e 14,8% uma sobrecarga intensa.

A idade e o tempo que prestam cuidados à pessoa dependente foram variáveis preditoras de sobrecarga dos cuidadores informais, com diferenças estatisticamente significativa, sendo os cuidadores com menos de 35 anos de idade e entre os 36-50 anos aqueles que apresentaram mais sobrecarga, bem como os que possuem menos de 6 meses de desempenho desta função e entre aqueles que o fazem há mais de 4 anos. As mulheres cuidadoras apresentaram um índice ligeiro de maior sobrecarga do que os cuidadores homens. O tempo com a pessoa que cuidam interferiu na sobrecarga, especificamente entre os que prestam cuidados à pessoa dependente entre 12-18 horas por dia. Os cuidadores solteiros e viúvos revelaram maior sobrecarga de cuidados, bem como os que coabitavam com a pessoa cuidada.

Os resultados evidenciam já a presença de uma percentagem significativa de cuidadores informais com sobrecarga ligeira e de nove com sobrecarga intensa, o que sugere o maior investimento em intervenções preventivas por parte da equipa de enfermagem.

A experiência de ser cuidador informal pode variar muito em função de vários fatores, por exemplo, a motivação para prestar cuidados, a intensidade da prestação de cuidados, as competências do cuidador informal e a situação clínica do recetor dos cuidados. Sabe-se a prestação de cuidados a uma pessoa dependente pode levar a experiências positivas, como o crescimento pessoal ou sentimentos de proximidade e intimidade com a pessoa que recebe os cuidados. Ao mesmo tempo, os cuidadores informais também têm pior saúde psicológica e física, bem como correm o risco de solidão, de isolamento social e dificuldades financeiras. A acumulação destes fatores negativos pode aumentar a sua sobrecarga, uma experiência que é descrita como uma combinação de tensões psicológicas, físicas, sociais e financeiras. A literatura também mostrou que a maioria dos cuidadores informais começou a prestar cuidados sem ter qualquer conhecimento geral ou específico sobre a prestação de cuidados à pessoa dependente, com uma grande parte a aprender sobre a prestação de cuidados através da sua própria experiência. Como consequência, vivenciam sentimentos de ansiedade, stresse e incerteza. Além disso, maioritariamente, os cuidadores informais não recebem qualquer apoio na prestação de cuidados. Todavia, as evidências também evidenciam que os cuidadores informais que se sentem satisfeitos com os profissionais de saúde em termos de fornecimento de informação, capacitação, orientação e apoio revelam menor sobrecarga física e psicológica. Por conseguinte, é importante partir das evidências e

aplicá-las na prática e, assim, podermos intervir precocemente junto dos cuidadores informais, para darmos resposta às suas necessidades de apoio contínuo ou frequente. Estas intervenções podem ser concretizadas através de programas de capacitação para ajudar a responder às necessidades individuais de cada cuidador informal e pessoa dependente. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pode fazer uso dos recursos à sua disposição, em qualquer contexto da sua prestação de cuidados, nomeadamente como membro da equipa da UCC, para planear e concretizar intervenções que objetivem dotar os cuidadores informais de conhecimentos e competências técnicas, empoderando-os para o seu papel de cuidador face às necessidades da pessoa dependente. É fundamental que se tenha como foco os cuidadores informais e não apenas a pessoa dependente, pois não se pode cuidar sem se ser cuidado.

3. Avaliação por Competências

Os cuidados de enfermagem especializados são fundamentais na satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos, grupos e comunidades e englobam competências científicas, técnicas e humanas “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Deste modo pretende-se fazer a avaliação sobre as competências adquiridas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Para a avaliação destas competências foi de extrema importância um pensamento crítico e reflexão diária de todas as atividades desenvolvidas no decorrer de todo o estágio.

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

No que diz respeito a esta competência específica relacionada com a avaliação do estado de saúde da comunidade, foi desenvolvida junto dos cuidadores informais inseridos no Projeto Estatuto do Cuidador Informal, que considero que esta competência foi adquirida com um bom nível. Tal foi possível pelo empenho no planeamento e desenvolvimento das intervenções, tendo sido um trabalho de muita importância que contribui para o conhecimento das necessidades do grupo em específico, sendo essencial para as intervenções desenvolvidas e outras que possam vir a ser implementadas.

Uma das maiores dificuldades sentidas prende-se com o reduzido número de viaturas disponíveis, que reduz a possibilidade de um maior número de visitas domiciliárias.

Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Na aquisição desta competência, foram desenvolvidas diversas sessões de educação para a saúde, nomeadamente na comunidade da Diabetes em Movimento, Estatuto do Cuidador Informal, comunidade escolar, educadoras de infância e ajudantes da ação direta com vista a capacitar todos os indivíduos envolvidos, promover a saúde e prevenir a doença.

Todas estas atividades desenvolvidas permitiram-me alcançar os objetivos propostos e aperfeiçoar competências importantes na reflexão crítica e na procura sublimidade e qualidade no exercício profissional. Portanto considero que com a diversidade das atividades realizadas contribuíram para realizar esta competência.

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

Relativamente a esta competência foi possível a participação na tomada de decisão na implementação e avaliação dos programas de saúde, assim como a promoção de parcerias entre os serviços de saúde, UCC Lamego e as diferentes comunidades, procurando a otimização dos recursos sempre com vista na obtenção de ganhos em saúde e o empoderamento comunitário. Dado todo o empenhado esta competência foi então alcançada.

Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

No que diz respeito a esta competência, foi desenvolvida um trabalho de vigilância epidemiológica dos grupos populacionais, especificamente no grupo de cuidadores informais do Concelho, através da criação de um instrumento de colheita de dados com vista à “análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença”, como preconizado enquanto competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Tendo sido esta competência também atingida.

4. Considerações Finais

O presente relatório é o reflexo de todo o percurso de aprendizagem enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, onde são descritas todas as oportunidades de aprendizagem e as competências desenvolvidas ao longo do estágio e que foram bastante importantes no processo de formação. Tendo sido sem dúvida um percurso que me permitiu crescer quer a nível pessoal e profissional. Onde tentei sempre ajustar o meu conhecimento à prática especializada de enfermagem perpetuando o utente e melhoria dos cuidados prestados.

Neste documento estão todas as informações de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio desde o seu enquadramento, análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas e posterior avaliação e, por fim o estudo empírico e resultados obtidos no mesmo.

Foram desenvolvidas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na gestão dos cuidados, no âmbito dos Padrões de Qualidade, tendo sempre por base uma prática clínica baseada na evidencia científica. De um modo geral todos os objetivos a que me propus foram atingidos.

Com a realização deste estudo permitiu-me adquirir e desenvolver competências específicas na área de especialidade de Enfermagem Comunitária, no que diz respeito à avaliação do estado de saúde de um determinado grupo populacional, bem como na implementação e avaliação de projetos direcionados às necessidades identificadas, com o intuito de capacitá-los. O Enfermeiro Especialista tem, portanto, um papel fundamental na promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida do indivíduo/grupos/comunidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pode fazer uso dos recursos à sua disposição, em qualquer contexto da sua prestação de cuidados, nomeadamente como membro da equipa da UCC, para planear e concretizar intervenções que objetivem dotar os cuidadores informais de conhecimentos e competências técnicas, empoderando-os para o seu papel de cuidador face às necessidades da pessoa dependente. É fundamental que se tenha como foco os cuidadores informais e não apenas a pessoa dependente, pois não se pode cuidar sem se ser cuidado.

Pese embora a contribuição que pretende apresentar para aprofundar o conhecimento da temática em questão, o presente estudo apresenta algumas limitações, tais como a falta de recursos materiais, nomeadamente viaturas do serviço o que não nos

permitiu chegar a um número maior de cuidadores. No entanto devido também ao cumprimento dos prazos exigidos, a nossa amostra será constituída por um menor número de cuidadores do que apreciaríamos, mas que nos permitiu intervir de acordo com as necessidades identificadas desses cuidadores informais dos utentes identificados no Projeto “Estatuto do Cuidador Informal”.

Após esta reflexão sobre todo o meu percurso, todas as experiências foram uma oportunidade de aprendizagem e crescimento e desenvolvi competências especializadas em enfermagem comunitária.

5. Referências Bibliográficas

- Aires, M., Fuhrmann, A.C., Mocellin, D., Dal, Pizzol, F.L.F., Sponchiado, L.F., Marchezan, C.R., Bierhals, C.C.B.K., Day, C.B., Santos, N.O., & Paskulin, L.M.G. (2020). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Rev Gaúcha Enferm.*; 41(esp):e20190156, 1-10. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
- Almeida, F. J. (2019). *Conhecer para capacitar o cuidador informal da pessoa dependente em*
- Biliunaite, I., Kazlauskas, E., Sanderman, R. et al. (2022). Informal caregiver support needs and burden: a survey in Lithuania. *BMJ Open*;12:e054607. doi:10.1136/bmjopen-2021-054607
- contexto de cuidados continuados: intervenções do enfermeiro de reabilitação.*
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.
- de Cuidados na Comunidade, Diário da República, 2.a série — N.º 74 — 16 de abril de 2009. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/2216310>
- Dixe, M. A., & Querido, A. I. (2020). Informal caregiver of dependent person in self-care: burden-related factors. *Revista de Enfermagem Referência*; 5(3), e20013. doi:10.12707/RV20013.
- Dixe, M. A., Teixeira, L. F., Areosa, T. J., Frontini, R. C., Peralta, T., & Querido A. I. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*; 19, 255. doi:10.1186/s12877-019-1274-0
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Estatísticas Demográficas 2021. Lisboa: INE.
- Khanal, B., & Chalise, H.N. (2020). Caregiver Burden among Informal Caregivers of Rural Elderly in Nepal. *J Health Care and Research*; 1(3), 149-56. doi: <https://doi.org/10.36502/2020/hcr.6173>
- Ministério da Saúde. (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06, páginas 3 - 16 <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- na região de Lafões.*

- Ordem dos enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Diário da República, 2.a serie — N.o 118 — 19 de junho de 2015. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Portugal, Lei n.º 100/2019 (2019, setembro 6). *Estatuto do cuidador informal*. Diário da República
- Regadas, S.C.R.S. de (2021). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. URI: <http://hdl.handle.net/10400.14/36380>
- Vieria, E. P. (dezembro de 2021). *A sobrecarga dos familiares cuidadores de idosos dependentes*

Anexos

Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados

Departamento: Enfermagem

Investigador Principal: Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Investigador Colaborador: Ana Rita Fortunato de Carvalho

Estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Ano: 2023

Estudo: Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente

Caro/a Cuidador/a Informal:

Este questionário pretende caracterizar a pessoa cuidada inserida no projeto “Estatuto do Cuidador Informal”, bem como caracterizar e capacitar o Cuidador Informal.

As questões que compõem este instrumento de colheita de dados serão preenchidas pelo investigador com colaboração do cuidador informal. Não existem respostas certas ou erradas, o importante é que responda de acordo com a sua opinião. As suas respostas serão apenas lidas pela equipa de investigação que realiza este estudo e não serão utilizadas para outro fim que não o do presente estudo. A colheita de dados é totalmente anónima e confidencial.

Apelamos à sua participação, salientando que o seu contributo é indispensável para a realização da investigação.

Aceita Participar na Investigação

Sim _____ Não _____

Se não, porquê _____

Gratos pela sua colaboração.

A Equipa de Investigação

Caracterização da Pessoa Dependente

1.Sexo Masculino____(1) Feminino____(2)

2.Idade _____

3.Estado civil

Solteiro(a)____(1) Casado(a)____(2) Viúvo(a)____(3)Divorciado(a)____(4)
Outro_____ (5)

4.Escolaridade Sem escolaridade____(1) Sabe ler e escrever____(2) 1ºCiclo do Ensino Básico
(4ªclasse)____(3) 2ºCiclo do Ensino Básico (6ºano)____(4) 3ºCiclo do Ensino Básico (9ºano)____ (5)
Ensino Secundário (12ºano)____(6)

Ensino Superior____(7) Outro_____ (8)

5.Profissão _____

6.Situação patológica causadora da dependência? Sistema Nervoso____(1) Sistema Esquelético____(2)
Sistema Muscular____(3) Sistema Cardiovascular____(4) Sistema Respiratório____(5) Sistema
Urinário____(6) Sistema Digestivo____(7) Sistema Reprodutor____(8)
Outro_____ (9)

7.Antecedentes Pessoais da Pessoa Dependente:

Dislipidemia____(1) HTA____(2) AVC____(3) Tabagismo____(4) Alcoolismo____(5) Diabetes
Mellitus____(6) Obesidade____(7) Patologia Psiquiátrica____(8) Patologia Cardíaca____(9) Sem
Patologia_____ (10) Outro_____ (11)

8.Há quanto tempo é portador de dependência? Menos de 1 ano____(1) 1 a 2 anos____(2) 2 a 3
anos____(3) 3 a 4 anos____(4) 4 a 5 anos____(5) Mais de 5 anos____(6)

9.Capacidade do Indivíduo em Realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) - Índice de Barthel (Sequeira, 2007)

0 a 20 – dependência total____(1) 21 a 60 – dependência grave____(2) 61 a 90 – dependência moderada
____(3) 91 a 99 – dependência leve____(4) 100 – independente____(5)

10. Avaliação de risco de queda do indivíduo - Escala de Queda de Morse (Janice Morse, 1989)

0 a 24 – Sem risco de queda____(1) 25-50 - Baixo risco de queda____(2) >50 – Alto risco de
queda____(3)

Caracterização do Cuidador Informal

11. Sexo Masculino____(1) Feminino____(2)

12. Idade _____

13. Estado civil Solteiro(a)____(1) Casado(a)____(2) Viúvo(a)____(3)
Divorciado(a)____(4) Outro _____(5)

14. Escolaridade Sem escolaridade____(1) Sabe ler e escrever____(2) 1ºCiclo do Ensino Básico
(4ªclasse)____(3) 2ºCiclo do Ensino Básico (6ºano)____(4) 3ºCiclo do Ensino Básico
(9ºano)____(5) Ensino Secundário (12ºano)____(6)

Ensino Superior____(7) Outro _____(7)

15. Situação Profissional:

Empregado____(1) Desempregado____(2) Doméstico____(3) Estudante____(4) Reformado____(5)
Outro _____(6)

16. Antecedentes Pessoais do Cuidador Informal:

Dislipidémia____(1) HTA____(2) AVC____(3) Tabagismo____(4) Alcoolismo____(5) Diabetes
Mellitus____(6) Obesidade____(7) Patologia Psiquiátrica____(8) Patologia Cardíaca____(9) Sem
Patologia____(10) Outro _____(11)

17. Avaliação de risco de queda do indivíduo - Escala de Queda de Morse (Janice Morse, 1989)

0 a 24 – Sem risco de queda____(1) 25-50 - Baixo risco de queda____(2) >50 – Alto risco de
queda____(3)

18. Relação de parentesco com a pessoa dependente: Cônjuge____(1) Filho(a)____(2)
Irmã/Irmão____(3) Nora/Genro____(4) Neta(o)____(5) Pai/Mãe____(6)
Outro _____(7)

19. Há quanto tempo presta cuidados? Menos de 6 meses____(1) 6 meses a 1 ano____(2) 1 a 2
anos____(3)

2 a 4 anos____(4) Mais de 4 anos____(5)

Caracterização do Contexto do Cuidar

20. Composição do agregado familiar? Pessoa Dependente____(1) Cuidador Informal e Pessoa
Dependente____(2) Cuidador Informal, Cônjuge e Pessoa Dependente____(3) Cuidador Informal,

Cônjuge, Filhos e Pessoa Dependente____(4) Cuidador Informal, Filhos e Pessoa Dependente____(5)
Cuidador Informal, Cônjuge, Filhos, Pessoa Dependente e Outros Ascendentes____(6)

21. Propriedade da habitação? Habitação própria____(1) Habitação do cuidador informal____(2)
Outro____(3)

22. Características da habitação: Moradia____(1) Apartamento____(2)

23. Razão pela qual é o principal cuidador informal: Iniciativa própria____(1) Decisão Familiar____(2)
Por ser a única pessoa que poderia desempenhar esse papel____(3) Solicitação da pessoa
dependente____(4) Outro____(5)

24. Quanto tempo passa junto da pessoa que cuida? Contactos pontuais____(1) Menos de 6horas____(2)
6 a 12 horas____(3) 12 a 18horas____(4) 18 a 24horas____(5) Outro____(6)

25. Tem ajuda frequente de mais alguém para cuidar desta pessoa? Não____(1) Se Sim,
quem?____(2)

26. Tem pessoas com quem pode contar para cuidar da pessoa dependente quando tem de sair por algum tempo?

Não____(1) Se Sim, quem?____(2)

27. Existe mais alguém de quem tem de cuidar? Não____(1) Se Sim, quem?____(2)

28. Rendimento Mensal da pessoa cuidada: Inferior ao Ordenado Mínimo(760€)____(1) Ordenado
Mínimo(760€)____(2) Superior ao Ordenado Mínimo____(3)

29. Rendimento Mensal do Cuidador informal: Inferior ao Ordenado Mínimo(760€)____(1) Ordenado
Mínimo(760€)____(2) Superior ao Ordenado Mínimo____(3)

30. Rendimento mensal do agregado familiar: Inferior ao Ordenado Mínimo (760€)____(1) Entre 760€ e
1520€____(2) Superior a 2280€____(3)

31. Como considera os rendimentos face às despesas? Insuficiente mesmo sem despesas____(1)
Insuficiente face às despesas____(2) Suficiente____(3)

32. Tem pessoas a quem recorrer se necessitar de ajuda financeira? Sim____(1) Não____(2)

33. Utiliza algum tipo de serviço de apoio social? Não____(1) Se Sim, qual?____(2)

34. Como se desloca a pessoa dependente: Pelo próprio pé____(1) Em cadeira de rodas____(2)
Maca____(3) Outro____(4)

35. Transporte utilizado na acessibilidade aos serviços de saúde:

Transporte Próprio____(1) Transporte de Familiares____(2) Transporte Público____(3)Outro____(4)

36. Tempo do domicílio ao serviço de saúde mais próximo: Menos de 15minutos____(1) 15minutos____(2) Meia Hora____(3) 1Hora____(4) Mais de 1Hora____(5)

Perceção e Necessidades do Cuidador Informal

37. Como considera o seu estado de saúde:

Muito Bom____(1) Bom____(2) Nem Bom Nem Mau____(3) Mau____(4) Muito Mau____(5)

38. Avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal - Escala de Zarit (Caregiver Burden Interview)

45 – Sem Sobrecarga ____ (1) 46 a 56 – Sobrecarga Reduzida ____ (2) >57 – Sobrecarga Intensa ____ (3)

39. Qual a maior dificuldade que sente ao cuidar da pessoa dependente? Alimentação____(1)

Transferências____(2) Toalete____(3) Utilização do WC____(4) Banho____(5)

Mobilidade____(6) Subir e Descer escadas____(7) Vestir____(8) Controlo Intestinal____(9)

Controlo Urinário____(10) Outro____(11)

Obrigada, pela sua colaboração.

Índice de Barthel

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

Escala de Queda de Morse (Janice Morse, 1989)

Pessoa Dependente (PD)

1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	Não	0
	Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não	0
	Sim	15
3. Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
	Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	Não	0
	Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0
	Debilidade	10
	Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	Consciente das suas capacidades	0
	Esquece-se das suas limitações	15

Cuidador Informal (CI)

1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	Não	0
	Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não	0
	Sim	15
3. Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
	Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	Não	0
	Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0
	Debilidade	10
	Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	Consciente das suas capacidades	0
	Esquece-se das suas limitações	15

Escala de Zarit (Caregiver Burden Interview)

	Nunca 1	Quase Nunca 2	Às Vezes 3	Bastantes Vezes 4	Quase Sempre 5
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?					
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?					
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?					
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?					
6. Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?					
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?					
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?					
12. Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?					
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?					
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?					
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					

Anexo II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título: Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente

O cuidador informal é aquele que desempenha o ato do cuidar podendo ser pessoas da família, amigos ou vizinhos. Aquele que cuida mais proximamente e durante mais tempo, colaborando nas tarefas em que a pessoa dependente necessita de ajuda.

O estudo surge no âmbito do Estágio com Relatório Final em Cuidados Integrados da Saúde e Apoio Social do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Tem como principais objetivos Caracterizar a nível sociodemográfico a pessoa cuidada/dependente inserida no Projeto “Estatuto de Cuidador Informal”; Avaliar a dependência na realização das Atividades de Vida Diária e o risco de queda da Pessoa Dependente; caracterizar sociodemograficamente o Cuidador Informal; caracterizar o contexto do cuidar; identificar as necessidades do Cuidador Informal; capacitar o Cuidador Informal para a melhoria dos cuidados prestados à Pessoa Dependente.

Para atingir os objetivos precisamos da sua participação no preenchimento do instrumento de colheita de dados, que é completamente voluntária e anónima. Após o seu consentimento, as informações serão recolhidas e tratadas pelos investigadores. Será consultada a sua ficha clínica existente na Unidade, mas não será utilizada a informação que permita a sua identificação. Poderá desistir a qualquer momento, se essa for a sua vontade, sem que daí advenha qualquer prejuízo ou penalização.

A informação obtida neste estudo é confidencial e está abrangida pelo sigilo profissional. As informações obtidas bem como as análises totais e/ou parciais efetuadas, são anonimizadas e serão arquivadas em dispositivo próprio, com proteção de palavra-passe e com acesso exclusivo do investigador responsável pelo estudo. No processo de tratamento de dados não será possível identificar os participantes em virtude de não existirem nomes, mas sim códigos apenas conhecidos do investigador principal; deste modo não será possível em circunstância alguma identificar os

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

respondentes. Os dados serão guardados e destruídos 12 meses após publicação. A publicação de resultados não conterá qualquer elemento que permita a identificação dos respondentes.

Assinatura/s:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

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

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo III – Autorização Diretora Executiva

AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA EXECUTIVA DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DOURO II - DOURO SUL

Maria Albertina Silva Ferreira Adrega Cardoso, Diretora Executiva do ACES Douro II - Douro Sul, autoriza a realização do estudo de investigação subordinado ao tema "CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE", perante parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Lamego, 24 de março de 2023

A Diretora Executiva do ACES Douro II - Douro Sul


DIRETORA EXECUTIVA DO ACES DOURO II - DOURO SUL
Dr.ª Albertina Adrega Cardoso

PARECER DA RAI

Nada a opor.

24/03/2023


ACES DOURO SUL
RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO - RAI
Anabela Sousa
Técnica Superior

Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética

COMUNICAÇÃO

INFORMAÇÃO

PARECER

DATA: 2023-05-11

REFERÊNCIA: CE/2023/59

PARA: CONSELHO DIRETIVO

DE: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ...: PI 20230039 - Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa Dependente

A Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. recebeu o pedido de parecer relativo ao projeto intitulado "CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE" formulado pela investigadora, enfermeira Ana Rita Fortunato de Carvalho no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação da Professora Adjunta Ana Andrade. Este estudo será realizado na UCC de Lamego, pertencente ao ACES Douro II. O profissional responsável da saúde no projeto pertence à UCC Lamego.

A- Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, descritivo correlacional, com o objetivo geral caracterizar a pessoa cuidada/dependente inserida no projeto "Estatuto de Cuidador Informal"; avaliar o nível de sobrecarga do Cuidador Informal e capacitá-lo. Serão inquiridos os cuidadores informais inseridos no Projeto "Estatuto de Cuidador Informal" do Concelho de Lamego. Será consultada a Plataforma Informática do ECI (Estatuto do Cuidador Informal) e feita a seleção de todos os que fazem parte do Concelho de Lamego. Neste estudo serão questionados os cuidadores informais que assinarem o documento de consentimento informado, livre e esclarecido que permite acesso ao instrumento de colheita de dados. É reforçado que em qualquer momento, a possibilidade dos participantes desistirem da sua participação neste estudo, sem qualquer consequência e sem necessidade de qualquer justificação. É garantida toda a confidencialidade e anonimato de todos os cuidadores informais.

Os instrumentos de recolha de informação serão a escalas de perceção e necessidades do cuidador informal; o índice de Barthel; a escala de queda de morse e a escala de zarit.

Os cuidadores informais serão alvo da atribuição de um código apenas para a identificação por parte da equipa de investigação visando a intervenção de acordo com as necessidades identificadas.

Apenas a equipa de investigação terá acesso aos dados que serão codificados, salvaguardando o anonimato. Após a elaboração da investigação os questionários preenchidos serão destruídos. Os dados serão apenas utilizados nesta investigação. Todos os ficheiros informáticos serão guardados em pasta própria com código de acesso. Os dados serão apenas utilizados nesta investigação.

EXARADO NA ATA Nº 2023_22
REUNIÃO DE 2023-05-18

DELIBERADO AUTORIZAR
2023-05-18

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

Serão utilizados testes paramétricos e não paramétricos (análise inferencial) para a concretização dos objetivos propostos.

C - Conclusão

Tendo sido autorizado pelas entidades participantes, a CES reconhece a relevância do estudo e que este satisfaz os requisitos de confidencialidade e de salvaguarda dos direitos dos potenciais participantes, pelo que deliberou, nesta data, dar **Parecer Favorável** à sua realização.

Porto, 9 de Maio, 2023



Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética



Anexo V – Cronograma de Atividades

	Fevereiro		Março				Abril				Maio				Junho			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Início do Ensino Clínico	■																	
Reunião com a Orientação Tutorial	■								■									■
Diabetes em Movimento	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■			■	■		
Sessão Educação “Alimentação Saudável – Gorduras”			■															
ECI				■			■				■	■	■	■	■			
Sessão Educação “Bullying e Violência no Namoro”								■										
Sessão Educação “Violência Doméstica e Maus tratos nas Crianças”									■									
Sessão Educação “Primeiros Socorros”									■									
Sessão Educação “Pé Diabético – Cuidados com os Pés”										■								
ECCI		■		■											■			
Sessão Educação “Transferências”														■				
Sessão Educação “Mobilidade”															■			
Sessão Educação “Banho”																■		

Anexo VI – Sessão de Educação para a Saúde “Mobilidade”

Mobilidade

Ana Rita Carvalho, nº3388

Lamego, junho 2023



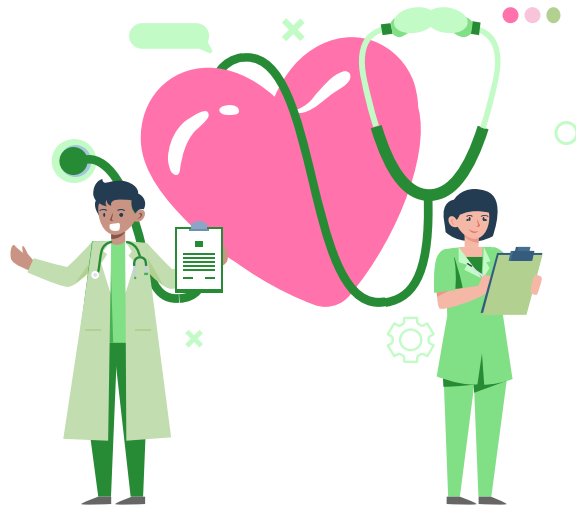
Introdução



- ❖ Pessoas com um estilo de vida associado ao sedentarismo podem igualmente desencadear fenómenos fisiopatológicos associados à imobilidade. Contudo, as pessoas mais expostas são os portadores de deficiência, doenças crónicas e idosos.
- ❖ É o enfermeiro que intervém diretamente como educador do cuidador principal/família desenvolvendo estratégias de cuidados que aproveitam a capacidade funcional da pessoa, com diferentes níveis de dependência, e promovem o auto-cuidado e a reintegração familiar e social.

01.

Mobilidade



Mobilidade

O movimento pode ser definido “como a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável”.

(Hoeman S. P., 2011)

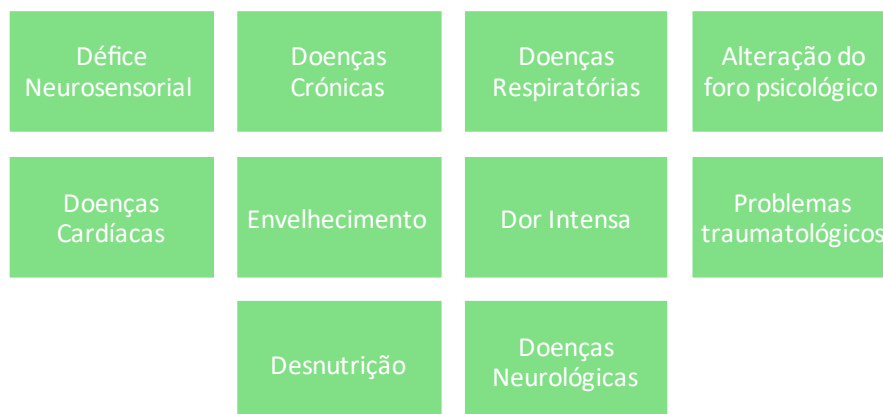
A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define movimento corporal como um “processo no sistema músculo-esquelético: movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações”

(ICN, 2011)

A alternância permanente entre a atividade e o repouso é uma condição fundamental da vida humana e a atividade fisiológica normal do organismo é assegurada através da mobilidade, sendo esta dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas.

A mobilidade é, assim, crucial para o desempenho das atividades de vida diária e para garantir não somente as necessidades da pessoa mas também para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida. (Fricke, 2010)

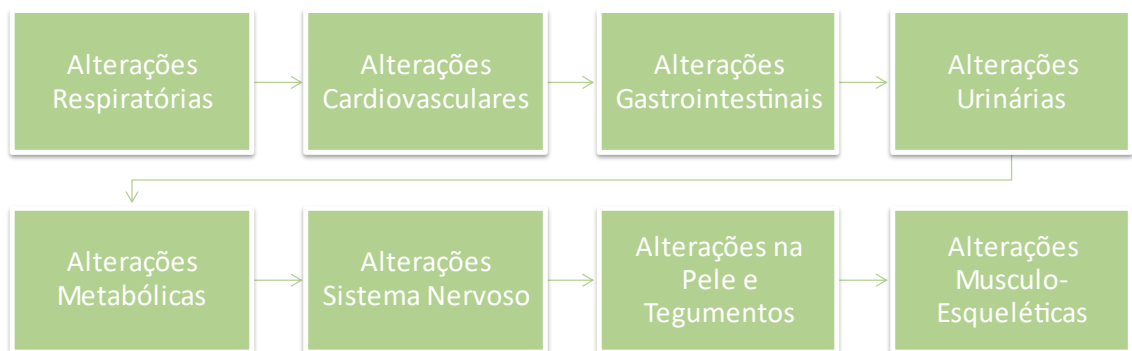
Causas das Alterações da Mobilidade



Atualmente é possível uma mobilização mais precoce, minimizando o fenómeno associado às alterações da mobilidade/síndrome da imobilidade, podendo estas ter consequências mais graves do que a patologia que a originou, transformando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade

Quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo, ou a sua totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podem ocorrer, num período de tempo mais ou menos longo, complicações decorrentes dessa imobilidade em cada um dos sistemas orgânicos.

Consequências da Imobilidade



Técnicas de Mobilização



Técnicas de Mobilização

1. Pedir ajuda quando necessário

Com recurso a um lençol.

2. Posicionar-se o mais perto possível do cliente, colocando o joelho na cama deste, se necessário.

3. Explicar procedimentos ao cliente e incentivá-lo a cooperar.



Técnicas de Mobilização

4. Manter uma postura correta.

- ✓ Posicionar-se com as pernas ligeiramente afastadas e um pé colocado ligeiramente à frente.
- ✓ Utilizar os músculos das pernas e das ancas em vez dos músculos da parte superior do corpo, fletindo e estendendo lentamente os joelhos ao levantar o utente.
- ✓ A coluna vertebral deve ser mantida na sua curva natural, evitando sobrecargas ou alongar ou fletir.
- ✓ Deslocar o peso de acordo com o movimento que está a executar.



Técnicas de Mobilização

5. Segurar firmemente.

Nunca agarre o cliente apenas com os dedos.

Utilize toda a mão e tente identificar as zonas que permitem segurar firmemente.

Agarre o cliente envolvendo a zona pélvica, a cintura ou as omoplatas.



Técnicas de Mobilização

6. Usar calçado e vestuário adequados.

Usar calçado com boa aderência;

Não se recomenda o uso de sapatos de salto alto ou chinelos.

O vestuário não deve restringir os movimentos do prestador de cuidados.





Levante



É importante que seja realizado o levante diário dos utentes!

- Incentivar a pessoa a levantar-se ou a participarno levante se não conseguir;
- Verificar se todos os obstáculos foram retirados do caminho;
- Preparar andarilho, cadeira de rodas, cadeirão ou cama;
- Contar sempre até três para que as mobilizações sejam realizadas ao mesmo tempo;
- Pedir à pessoa para se puxar para a beira da cama (se a pessoa não conseguir mobilizar a pessoa para a beira da cama sem arrastar);



- Pedir à pessoa para se virar de lado (ajudar a pessoa a virar se a mesma não conseguir); 
- Pedir à pessoa para puxar os pés para fora da cama (ajudar a pessoa se a mesma não conseguir); 
- Pedir à pessoa para fazer pressão com o cotovelo que se encontra junto à cama dizer à pessoa para elevar o tronco (se necessário ajudar a elevar o tronco com uma mão e ao mesmo tempo fazer pressão nas pernas na direção do chão) 
- Perguntar à pessoa se sente alguma tontura ou desconforto quando estiver sentada. 

Anexo VII – Sessão de Educação para a Saúde “Transferências”

Transferências

Ana Rita Carvalho, nº3388

Lamego, junho 2023



Introdução



- ❖ Pessoas com um estilo de vida associado ao sedentarismo podem igualmente desencadear fenómenos fisiopatológicos associados à imobilidade. Contudo, as pessoas mais expostas são os portadores de deficiência, doenças crónicas e idosos.
- ❖ É o enfermeiro que intervém diretamente como educador do cuidador principal/família desenvolvendo estratégias de cuidados que aproveitam a capacidade funcional da pessoa, com diferentes níveis de dependência, e promovem o auto-cuidado e a reintegração familiar e social.

01.

Transferências



Transferências

É um padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra. A pessoa pode transferir-se, entre outras, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita ou banheira e vice-versa.

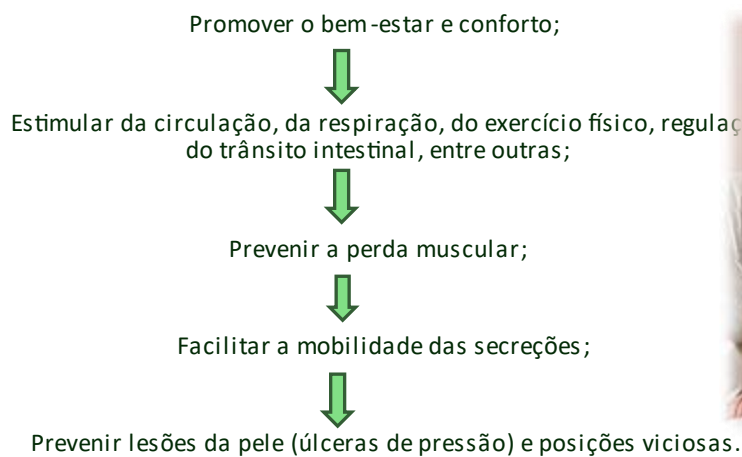


A técnica de transferência deve garantir segurança, tanto do cuidador como da pessoa a transferir, pelo que é fundamental avaliar as necessidades e capacidades da mesma relativa à sua dependência, tamanho e peso, capacidade em compreender e vontade em colaborar.

O levante tem como objetivos:

- ❖ Prevenir complicações da imobilidade
- ❖ Incentivar o auto-cuidado;
- ❖ Treinar o equilíbrio;
- ❖ Preparar para o treino de marcha.

Posicionamentos



- ❖ Deslocar o doente na cama sem o arrastar
- ❖ Manter os lençóis da cama secos e sem rugas
- ❖ Movimentar regularmente o doente mesmo que ele sinta algum desconforto
- ❖ Após cada decúbito verificar alinhamento do corpo
- ❖ Instruir sobre o procedimento e solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades
- ❖ Quando possível ajustar a altura da cama para o cuidador



Decúbito Dorsal

Corpo direito e alinhado;

Cabeça e ombro ligeiramente elevados com a ajuda de almofadas (evita contraturas);

Pernas ligeiramente dobradas;

Pernas e pés ligeiramente afastados;

Pés apoiados na almofada;

Ter atenção aos calcanhares para não tocarem na cama (para não fazer pressão);

Deixar uma folga dos lençóis nos pés para não magoar os dedos dos pés.



Decúbito Ventral

- ❖ Colocar uma almofada sob a cabeça e ombros do utente. A cabeça deve ficar voltada para um dos lados e os braços do paciente ao longo do travesseiro;
- ❖ Colocar um travesseiro sob o abdómen do paciente, no nível do diafragma, para dar apoio à curvatura lombar;
- ❖ Colocar uma almofada sob a parte inferior das pernas, de forma a levantar os pés do utente e permitir uma ligeira flexão dos joelhos.



Decúbito Lateral

1. Utilize o resguardo para mobilizar a pessoa, tendo o cuidado de a levantar e não arrastar.
2. Coloque a sua mão no ombro e na anca da pessoa e faça rolar o corpo na sua direção. Deste modo a pessoa, naturalmente, começará a virar-se para si;
3. Coloque uma almofada nas costas da pessoa e dobre confortavelmente em direção ao corpo, para que esta se sinta confortável;
4. Verifique se o braço e o ombro de baixo estão numa posição confortável, tendo em atenção para que não fiquem a exercer demasiada pressão.

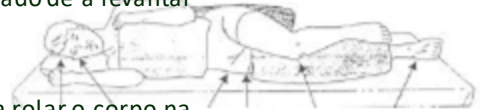
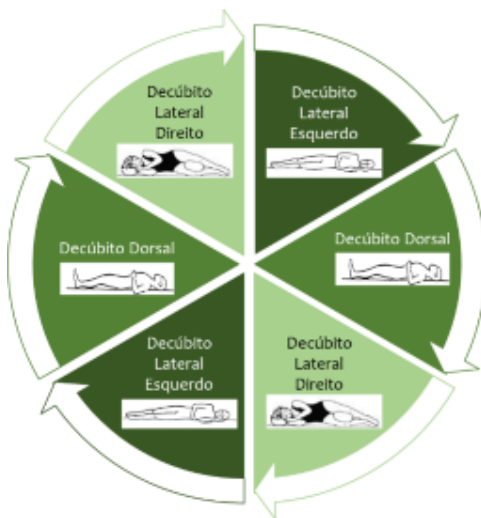


Figura 6 - Decúbito lateral direito ou esquerdo

5. O braço e a mão de cima podem ficar mais confortáveis se forem colocados sobre uma almofada, estando assim apoiados;
6. Posicione a perna que fica por cima ligeiramente para a frente para evitar que fique pousada sobre a de baixo e coloque uma almofada ao longo da coxa;
7. Coloque outra almofada ao longo da perna para evitar zonas de pressão na pele e para apoiar bem. A almofada deve ir um pouco além do pé, para que o tornozelo e o pé não fiquem desapoitados



Alternância de Decúbitos



Mudar a posição do corpo, pelo menos de 2 em 2 horas;

Anexo VIII – Sessão de Educação para a Saúde “Banho”

Banho

Ana Rita Carvalho, nº3388

Lamego, junho 2023

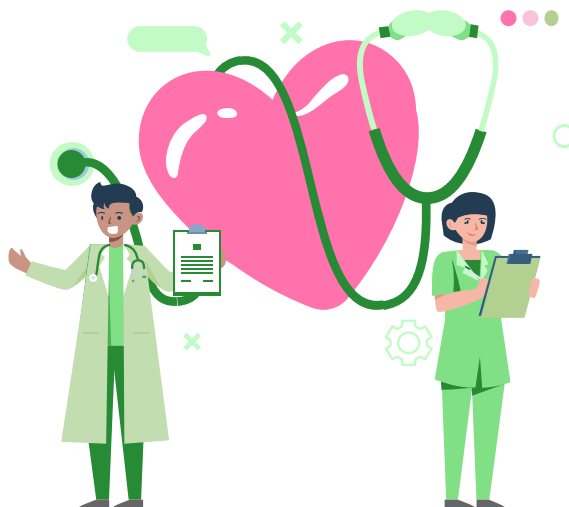


Introdução

- ❖ Pessoas com um estilo de vida associado ao sedentarismo podem igualmente desencadear fenómenos fisiopatológicos associados à imobilidade. Contudo, as pessoas mais expostas são os portadores de deficiência, doenças crónicas e idosos.
- ❖ É o enfermeiro que intervém diretamente como educador do cuidador principal/família desenvolvendo estratégias de cuidados que aproveitam a capacidade funcional da pessoa, com diferentes níveis de dependência, e promovem o auto-cuidado e a reintegração familiar e social.

01.

Banho



Banho

Na avaliação para a escolha da ajuda adequada para o banho, há que considerar aspetos importantes:

- ❖ Idade e peso do indivíduo
- ❖ Controlo cefálico
- ❖ Equilíbrio sentado
- ❖ Movimentos involuntários
- ❖ Capacidade de executar ou de ajudar nas transferências
- ❖ Deformidades ou limitações na postura



Banho



Torneiras

Existem vários tipos de torneiras, adaptadores, mecanismos de alavancaúteis para as pessoas com dificuldade na preensão, com força diminuída e com deformidades.



Dispositivos para a Higiene de Zonas do Corpo de difícil acesso



Pés

Costas



Cabelo

Elevador para Transferências

Os elevadores fixos à parede permitem uma transferência segura, não ocupando muito espaço.



Existem ainda outro tipo de elevadores móveis – manuais ou elétricos – conforme as capacidades do utilizador



Tapete Anti-derrapante



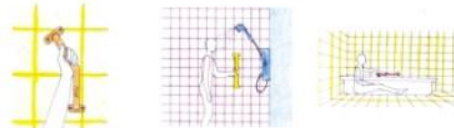
Elemento essencial para a segurança na banheira.



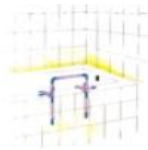
Barras ou Varões

Existem barras de várias dimensões e angulações, feitas em diversos tipos de material.

- ❖ Fixas à parede – em posição vertical ou horizontal, consoante a finalidade a que se destinam:



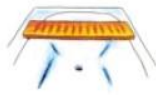
- ❖ Fixas à banheira:





Assentos para a banheira

Assentos aplicados sobre os bordos da banheira:



Sem encosto



Com encosto

Assentos aplicados no fundo da banheira:



Sem encosto

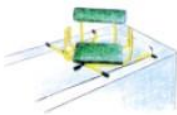


Com encosto



Assentos para a banheira

Cadeira rotativa:



Prancha:





Banheira Suspensa

Existe em várias dimensões, sendo adequada tanto na infância, como na idade adulta.

Útil para o banho de imersão, elevando a altura da banheira e facilitando a ação do prestador de cuidados.



Elevadores para Banheira

- ❖ Para serem usados dentro da banheira
- ❖ Permitem banho de chuveiro ou de imersão, conforme a posição em que são colocados
- ❖ Com comando automático, podem ser acionados pelo próprio
- ❖ Existem alguns acessórios
- ❖ Facilitam seu acesso – entrada, saída e transferências
- ❖ Permitem banho de imersão
- ❖ Podem ser com comando manual ou com comando elétrico
- ❖ Podem ser acionados pelo próprio ou por terceiros, conforme a necessidade





Encosto reclinável
Apoio de pernas



Comando eléctrico

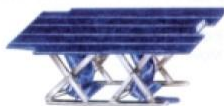


O elevador permite várias alturas dentro da banheira

Vários tipos de acessórios:



As diferentes posições deste encosto permitem também um banho na posição horizontal



Apoio de cabeça



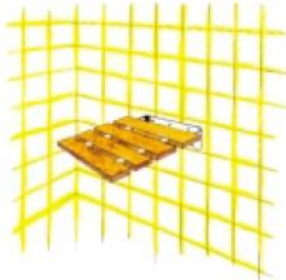
Apoio de pés



Placa giratória no assento – facilita a transferência



Assentos para o Duche



Banco sem braços



Banco com braços
(regulável em altura)





Cadeira de Rodas de Banho



Sem pedais



Com pedais



UCC Lamego
ACES DOURO SUL
Unidade de Saúde da Comunidade de Lamego

P. Visou
Saúde

Obrigado!!

Ana Rita Carvalho, nº3388

Lamego, junho 2023

