



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Implementação de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão na Equipa de Cuidados Continuados Integrados: papel do enfermeiro na integração dos cuidados

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima, N^o 2975

outubro de 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Implementação de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão na Equipa de Cuidados Continuados Integrados: papel do enfermeiro na integração dos cuidados

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima, Nº 2975

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

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Odete Amaral

outubro, 2021

“A identidade da enfermeira comunitária integra a preocupação com o outro, uma visão global da saúde e da pessoa, empenho na participação das pessoas, humanização, intervenção comunitária, as preocupações com a promoção de estilos de vida saudáveis e com a continuidade e articulação dos cuidados e a propensão para o trabalho em equipa.”

(Ana Paula Gato, 2013)

Agradecimentos

Neste momento relevante do meu percurso profissional, quero agradecer a algumas pessoas que, de alguma forma, tiveram influência neste novo momento da minha formação:

À Professora Doutora Odete Amaral, orientadora, pela disponibilidade incansável, pela confiança, orientação, esclarecimentos e ensinamentos proporcionados e pela atenção dedicada ao desenvolvimento do mesmo, e pelo incentivo e motivação.

À mestre e enfermeira especialista Paula Carvalho pela disponibilidade, escuta ativa, colaboração e apoio às minhas necessidades de aprendizagem.

A todos os elementos da equipa da UCC de Tondela pela sua colaboração e apoio em todas as fases.

A todos os intervenientes no estudo e na elaboração do projeto de investigação/intervenção que contribuíram para a sua realização.

Um agradecimento muito especial à minha mãe por todo o amor, carinho e dedicação, pelas palavras de encorajamento e incentivo, e por tudo o que fez por mim, e que me transformou na pessoa que sou hoje.

Um agradecimento muito sincero ao meu marido, aos meus familiares e aos meus sogros pelo incentivo e apoio contínuo.

À minha filha Raquel, que apesar de não ter noção, me alegrou com o seu sorriso, abraços e mimos.

À minha colega e amiga Tânia Marques pela amizade, apoiou e incentivo constante, e com a qual este percurso se tornou mais leve e enriquecedor.

Aos meus amigos e colegas, à Joana pela amizade, otimismo e apoio ao longo deste caminho.

A todos o meu reconhecimento e gratidão.

Resumo

Introdução: O processo de transição entre instituições de internamento e o domicílio acarreta mudanças e adaptações sobretudo do cuidador informal. A integração e a continuidade dos cuidados devem estar patentes na intervenção dos enfermeiros para com o cuidador/utente/família. **Objetivos:** Conhecer as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais no cuidar o familiar/utente no domicílio; Identificar as ferramentas utilizadas pelos mesmos para as ultrapassar; Conhecer os apoios que dispõem para a prestação de cuidados no domicílio; Conhecer a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente ir para domicílio e por fim criar um projeto de intervenção Integrar⁺. **Métodos:** Estudo qualitativo descritivo e exploratório com enfoque fenomenológico-hermenêutico e com uma amostra de 8 cuidadores. Recorreu-se à entrevista semiestruturada (*ad hoc*). **Resultados:** Os cuidadores informais não se sentiam preparados para receber o familiar/utente no domicílio, a maioria não tinha a habitação adaptada. As necessidades mencionadas foram físicas, psicológicas/emocionais, financeiras, sociais e indisponibilidade. O *coping* emocional, apoios familiar, social e para os autocuidados, capacitação dos cuidadores informais e familiar/utente e cuidados de saúde foram referidas como estratégias. **Conclusão:** A Enfermagem Comunitária, focada na comunidade, está habilitada para capacitar os cuidadores informais de competências que promovam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, englobando-os no plano de cuidados, detetando e minimizando eventuais dificuldades emergentes da transição do utente entre instituições. A articulação entre a Equipa de Cuidados Continuados Integrados e as entidades referenciadoras, é fundamental para que haja uma transição segura dos cuidados, com ganhos em saúde dos cuidadores informais, utentes e famílias.

Palavras-chave: Cuidador informal; Continuidade de cuidados; Integração dos cuidados, Enfermagem Comunitária.

Abstract

Introduction: The transition process between inpatient institutions and the home entails changes and adaptations, especially for the informal caregiver. The integration and continuity of care must be present in the intervention of nurses in the caregiver / user / family. **Objectives:** To understand the difficulties experienced by informal caregivers in providing care to the family member/ patient at home; Identify the tools used by them to overcome those difficulties; to understand the support they have for the provision of care at home, understand their perception of the importance of a home visit before the patient goes home and finally create an intervention project designated: Integrar⁺. **Methods:** Qualitative descriptive and exploratory study with a phenomenological-hermeneutic approach, with a sample of 8 caregivers, using a semi-structured interview (*ad hoc*). **Results:** It was found that informal caregivers did not feel prepared to receive the family member/patient at home, most did not have their housing prepared. The needs mentioned were: physical, psychological/emotional, financial, social, lack of availability. They mentioned emotional *coping*, family, social and self-care support, training of informal and family/patient caregivers and health care as strategies. **Conclusion:** The community Nursing focused on community is able to empower informal caregivers with skills that promote the safety and quality of care provided, including them in the care plan, detecting and minimizing any difficulties emerging from the transition of the patient between institutions. The articulation between the Continuing Integrated Care Team and the referral entities is essential for a safe transition of care, with health gains for informal caregivers, patients and families.

Keywords: Informal caregiver; Continuity of care; Integration of care, Community Nursing.

Sumário

Pág.

Lista de Tabelas	
Lista de Quadros	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução.....	19
1. Competências Adquiridas	23
1.1 Competências comuns do enfermeiro especialista	23
1.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária	28
1.3 Competências de mestre em enfermagem	34
2. Atividades Realizadas.....	41
2.1 Estudo: Implementação de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão na Equipa de Cuidados Continuados Integrados: papel do enfermeiro na integração dos cuidados.....	43
2.1.1. Introdução	45
2.1.2. Métodos	55
2.1.3. Resultados	63
2.1.4. Discussão.....	75
2.1.5. Conclusões do estudo	83
3. Avaliação por Competências	85
Considerações Finais	87
Referências bibliográficas	89
Apêndices	99
Apêndice I – Projeto “Integrar+”	101
Anexos.....	169
Anexo I – Autorização da UCC de Tondela para execução do estudo	171
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro	173

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos utentes / familiares	58
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais.	59

Lista de Quadros

Pág.

Quadro 1 – Análise categorial da questão: “Como se sentiu quando o seu familiar veio para casa? (estava preparado(a), considera que a sua habitação tinha barreiras arquitetónicas que dificultassem a prestação de cuidados?)”	64
Quadro 2 – Análise categorial da questão: “Já tinha algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa?”	65
Quadro 3 – Análise categorial da questão: “Alguma vez solicitou ajudas técnicas depois do seu familiar vir para casa?”	66
Quadro 4 – Análise categorial da questão: “Teve necessidade de solicitar Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação? Se sim, foi antes ou depois de ter o utente em casa?”	67
Quadro 5 – Análise categorial da questão: “Como se sente como cuidador? (dificuldades sentidas, estratégias para ultrapassar as dificuldades)”	69
Quadro 6 – Análise categorial da questão: “Qual a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente vir para domicílio?”	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
Cf	conforme
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECCI	Equipa de cuidados continuados integrados
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ECL	Entidade Coordenadora Local
ECR	Entidade Coordenadora Regional
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
pág.	página
p.	página
pp.	páginas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SARS CoV 2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
Sra.	Senhora
UC	Unidade de Convalescença
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCCT	Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS	Unidade Local de Saúde

UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMCSP	Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	<i>World Health Organization</i>

Introdução

A realização do presente estágio com componente de investigação insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Cuidados Integrados e Apoio Social, no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela (UCC), e promoveu o desenvolvimento de várias competências específicas a nível relacional e comunicacional, adequadas a indivíduos, grupos ou comunidades, a nível técnico, científico e humano imprescindíveis à prestação de cuidados especializados em Cuidados Integrados e Apoio Social (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2019), desenvolvendo competências para intervenção comunitária, para planear e realizar intervenções, e através de capacidade crítica e reflexiva vão possibilitar o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo da vida. Pois segundo Dewey (1929) citado por Nunes (2018) enriquecemos os nossos conhecimentos pela reflexão sobre as experiências vivenciadas, continuamente, tratando-se de um “refinamento que confere maior significado pela relação entre as coisas vividas”.

Ao longo deste percurso foi proposto a elaboração de uma investigação no âmbito dos Cuidados Integrados e Apoio Social, possibilitando a aquisição e o desenvolvimento de competências do planeamento em saúde, contribuindo para a capacitação de indivíduos, grupos e comunidades, integrando Programas de Saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e vigilância epidemiológica. Enriquecendo também do ponto de vista da metodologia científica e de investigação.

A unidade curricular referida é dividida em dois momentos de avaliação, nomeadamente, o estágio que decorreu na UCC de Tondela na área dos Cuidados Integrados e Apoio Social e o presente relatório final. Este estágio permitiu desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e específicas na área de especialização, desenvolvendo um pensamento crítico e reflexivo baseado em evidências, permitindo o desenvolvimento do conhecimento e competências. “O conhecimento pessoal é que nos fornece enquadramento para afetar a prática clínica, formular políticas de enfermagem, influenciar os *curricula* e desenvolver a ciência de enfermagem” (Nunes, 2018, p.131).

O presente relatório descreve o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais de enfermagem para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no que concerne às competências do enfermeiro especialista em

enfermagem comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e as atividades desenvolvidas para aquisição das referidas competências. Uma das atividades desenvolvidas foi um estudo de investigação através da metodologia do planeamento em saúde, englobando um estudo qualitativo com cuidadores informais e conseqüente criação de um projeto de intervenção na área da integração dos Cuidados designado de “**Projeto Integrar +**”, no âmbito dos cuidados integrados e apoio social. Por último, segue-se a conclusão onde em suma é apresentada uma reflexão sobre o caminho realizado e concretizado e os principais resultados da investigação.

Desde o início foi com muita satisfação que decidi abraçar o desafio de criar um projeto na referida área, um projeto que promovesse a integração dos cuidados, que potenciase a articulação entre as diferentes entidades englobadas no processo de referenciação de utentes para a Equipa de Cuidados Continuados Integrado (ECCI), que promovesse igualmente a continuidade e segurança dos cuidados. Foi neste pensamento que surgiu a Visita domiciliária pré-admissão do utente em ECCI. E assim, promover a gestão do percurso dos utentes nos cuidados de saúde, quer na doença aguda ou em todos os aspetos que afetam as pessoas com múltiplos problemas de saúde, aumentando a capacitação do cidadão, proteção da sua saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Este projeto-piloto está inserido nos indicadores da referida UCC e visa promover a integração dos cuidados, capacitar o utente e cuidador, apoiando o cuidador na redução da sobrecarga e no aumento da segurança e qualidade dos cuidados. A mensagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) *"People should get the right care, at the right time, in the right place"* (World Health Organization, 2017), reflete a importância do acesso aos cuidados de saúde e dos cuidados centrados na pessoa.

Segundo o despacho n.º 9567/2013, após realização do Relatório “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” e

coloca a integração dos cuidados como fator essencial no desenvolvimento de uma rede hospitalar mais coerente. O papel que deve caber ao universo hospitalar, no que se refere à organização da prestação de cuidados, deve ser definido em plena articulação com o nível dos cuidados primários, continuados e saúde pública.

Estudos realizados referem que os cuidadores informais raramente recebem informações claras relativamente à doença, orientação e apoio para os cuidados ou indicação de algum serviço para capacitá-los no tratamento. Mencionam ainda a importância da educação quer do cuidador e do utente como uma componente importante na reabilitação (Israel et al., 2009, citado por Martins & Santos, 2020). A integração dos

cuidados vai promover também a capacitação do utente e cuidador informal, sendo este tido como um caminho seguro para se alcançar melhores resultados na reabilitação, níveis superiores de autonomia e diminuição de custos e reinternamentos (Sousa et al., 2014, citado por Martins & Santos, 2020). A Ordem dos Enfermeiros (2015) tem alertado para a necessidade de reformar os Cuidados de Saúde Primários (CSP), evidenciando a importância de uma resposta de proximidade com os cidadãos, com orientação para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade e equidade. As intervenções de enfermagem têm demonstrado ser uma estratégia fundamental de preparação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados (Mohammadi, 2008; Passos et al., 2012; Martins et al., 2018, citado em Martins & Santos, 2020).

Assim, torna-se importante conhecer as dificuldades que atravessam os cuidadores, ouvindo também a sua perspetiva acerca da implementação deste projeto. Que, por sua vez, vai de encontro a estes pressupostos, no sentido de colmatar estas necessidades e potenciar a continuidade e melhoria dos cuidados, para obter ganhos em saúde para o utente e cuidador informal.

1. Competências Adquiridas

Neste capítulo procuro descrever as competências adquiridas, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, terminando com as competências do grau de mestre.

1.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o regulamento n.º 140/2019, artigo 3º faz a distinção entre as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista. Sendo que, relativamente às competências comuns,

são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Portugal, Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

No que concerne às competências específicas, são as que provêm das respostas humanas aos modos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção determinado para cada área de especialidade, evidenciadas com base num elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). As competências comuns do enfermeiro especialista estão divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Com vista a atingir as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é necessário adquirir primeiramente as competências de enfermeiro especialista no desempenho das funções.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Artigo 5º)

“Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades

profissionais.” A população portuguesa tem sofrido alterações demográficas e epidemiológicas ao longo das últimas décadas, verificando-se o aumento da esperança média de vida, diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade com um aumento do envelhecimento, verificando-se também um elevado número de indivíduos com comorbilidades e graus de dependência elevados, o que exige uma resposta eficaz por parte das várias instituições de saúde, autarquias e comunidade. Pelo que é necessário desenvolver estratégias e promover a capacitação dos enfermeiros para dar resposta a estas crescentes necessidades da população em cuidados de saúde e sociais. Integrar a ECCI possibilitou a atuação a este nível.

Durante as atividades desenvolvi e aperfeiçoei a prática profissional e ética, sustentando a minha decisão em princípios e valores, respeito pelos indivíduos, familiares/cuidadores e comunidade, participei na tomada de decisão em equipa e modelei por uma prática de cuidados que garante a segurança, a privacidade e a dignidade do indivíduo/família. Pautei por uma prática baseada em evidência científica e reflexões críticas em enfermagem das atividades realizadas. Refletir sobre a importância destas equipas no apoio aos utentes que provêm de serviços de internamento, quer hospitalar ou da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no apoio aos utentes e famílias que deles cuidam, ou o apoio que prestam aos utentes já seguidos pelas Unidades de Saúde Familiar (USF) em contexto domiciliário, mas que reúnem os critérios para lhe serem prestados os cuidados de saúde pela ECCI. Aprimorei a comunicação interpessoal e a relação terapêutica, sobretudo nas visitas domiciliárias, com o utente, família/cuidador e comunidade, adequando a comunicação e as estratégias promotoras da relação de ajuda, pois a qualidade de cuidados prestada é diretamente influenciada pela qualidade da transição da informação (Justo, 2019). Zelando pela saúde e bem-estar do utente e cuidador, promovendo a sua inclusão na resolução de problemas;

Realizei a minha prática com uma conduta ética com a restante equipa multidisciplinar, sendo honesta, prestável, responsável, ajudando os colegas e a respeitar a diversidade de opiniões. A minha prestação de cuidados foi regida também pela transparência com o utente/cuidador, comunicando e informando acerca dos tratamentos efetuados, por exemplo, ao nível dos cuidados em ECCI. Ao nível da vacinação contra o vírus *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS CoV-2), dos direitos, efeitos esperados, intercorrências, esclarecendo dúvidas quando surgiam, procurando estar sempre atualizada relativamente às recentes orientações da DGS. Assegurando que a minha prestação de cuidados, qualquer que seja o contexto, garanta a segurança dos mesmos e do utente/cuidador.

Desempenhei o meu trabalho sem discriminação de qualquer natureza, respeitando os valores, costumes, crenças espirituais do utente, assim como a sua autonomia e decisão em relação à sua saúde, conforto, bem-estar e tratamento, como refere Nunes (2016):

(...) “face a uma situação a pessoa e o enfermeiro ajuízam, apreciam e julgam, de acordo com o seu quadro de valores, pessoais e profissionais. E nada deveria poder obrigar uma pessoa a aceitar contra a sua vontade nem agir contra a sua consciência. É neste raciocínio que identificamos a clara relação entre o exercício da enfermagem e a cidadania e direitos humanos – porque o direito à vida e a cuidados de saúde são parte integrante dos direitos fundamentais e porque a Pessoa, que tem direito ao cuidado, se vulnerabiliza pela doença ou pela necessidade continua a ser pessoa e cidadão; porque a intervenção de enfermagem também visa aumentar a capacitação, o empowerment, das pessoas e aumenta a sua literacia para a saúde e as tomadas de decisão quanto aos projetos terapêuticos. Ao mesmo tempo que se inscreve num cenário de ‘defesa da liberdade e dignidade humana, da pessoa e do enfermeiro”.

A competência ética é fulcral, dado que a responsabilidade e o respeito pelo outro estão na base de cuidados seguros e adequados.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (Artigo 6º)

“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro.”

Neste domínio realço a metodologia de trabalho usada pela equipa da UCC de Tondela, que desenvolve diversos programas de intervenção comunitária, em diversas áreas, como a Saúde Escolar, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Monitorização da ECCI, preparação pré-parto, entre outras. Estes programas apresentam metas e indicadores, requerendo uma avaliação e redefinição de estratégias.

Especificamente no âmbito da ECCI, a colaboração e observação nestes programas de intervenção comunitária, assim como as reuniões com os vários elementos da equipa, permitiram adquirir informação sobre o processo de transição do utente de unidades de internamento para o domicílio, das dificuldades sentidas pelo cuidador neste processo e o realce do papel extremamente importante do enfermeiro especialista em enfermagem Comunitária na identificação destas necessidades, planeamento e implementação de intervenções com vista a sua resolução.

As atividades de promoção / educação para a saúde, ensino aos utentes e familiares/cuidadores, tiveram lugar no ambiente em que estes se encontravam, quer fosse no seu domicílio ou nas instalações da UCC e o que permitiu aliar a observação do espaço direcionando as intervenções para as necessidades identificadas.

A prática reflexiva diária durante o estágio permitiu-me identificar necessidades sentidas pela equipa profissional no âmbito dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, a própria reflexão sobre a evidência baseada na prática e aliando a perceção dos cuidadores sobre o “cuidar” e as suas dificuldades, possibilitou a elaboração de um projeto de intervenção “Integrar +” no domínio da melhoria contínua da qualidade. Sem dúvida que esta reflexão crítica das práticas permitiu um crescimento pessoal e profissional e desfolhar o caminho para a melhoria contínua dos cuidados.

Competências do domínio da gestão dos cuidados (Artigo 7º.)

“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.”

No exercício das funções como enfermeira especialista, é fulcral desenvolver conhecimentos e aptidões em diversas áreas. Para que possam ser aplicados nas mais diversas circunstâncias contribuindo para a resolução de problemas, impulsionar novas ideias, aglutinar equipas e atingir os objetivos propostos. Para isto, é fundamental uma comunicação eficaz entre os membros da ECCI, assim como entre esta e os utentes e seus cuidadores, o que vai permitir conhecê-los para identificar problemas/necessidades para que possam intervir na resolução dos mesmos.

Ao longo do estágio tive oportunidade de colaborar com esta equipa, assistindo a reuniões entre os profissionais, discussão, identificação de problemas/necessidades, implementação de estratégias com vista a solucionar os mesmos dos utentes em ECCI. A colaboração com profissionais de outras áreas é fundamental nesta rede comunitária, como as Autarquias ou outros serviços que se articulam com a UCC como os hospitais, a unidade de Cuidados Paliativos e as unidades de internamento da RNCCI. Sendo importante promover uma comunicação e articulação eficaz entre os vários serviços. Esta é uma ferramenta essencial, pois permite criar uma relação de confiança com o utente, família, ou outros profissionais, identificar as necessidades e conhecer a realidade dos utentes para que lhe possam ser prestados os cuidados adequados às suas necessidades.

Devo realçar que esta relação de empatia e confiança criada com os utentes e cuidadores foi fundamental para a realização e desenvolvimento do projeto de melhoria contínua, designadamente aquando das entrevistas com os cuidadores, para que estes se pudessem expressar com segurança e coração.

Na UCC a gestão está a cargo da Enfermeira Coordenadora, gestão partilhada e participada pelos restantes enfermeiros especialistas da unidade. Particpei no planeamento e na organização diária dos cuidados de enfermagem e na coordenação das atividades no centro de vacinação contra o vírus SARS CoV-2. Nestes centros todo o desenvolvimento de competências na área da atuação, da promoção da saúde, das relações interpessoais com uma equipa de profissionais alargada e com a comunidade foi enriquecedora. Ou seja, desenvolvi competências nesta área através da minha colaboração nas atividades de organização e funcionamento adequado do serviço, nas diferentes áreas de cuidados, bem como de todos os equipamentos e materiais necessários para a efetivação de toda a dinâmica de cuidados prestados.

A gestão de recursos materiais é fundamental pois vai garantir que as instituições façam a utilização destes recursos da forma mais adequada. Uma boa gestão dos materiais evita prejuízos, assim como a escassez do material. É importante fazer uma gestão eficiente do material, mas também avaliar os gastos e antecipar as suas necessidades para realizar os pedidos no *timing* adequado, evitando ruturas de stock, que podem prejudicar a prestação e a qualidade dos cuidados. O bom uso destes recursos, ou seja, quando a sua utilização é maximizada, conseguem-se minimizar os custos monetários. Assim, pude participar na avaliação destas necessidades, balanceando o gasto e utilização de determinado material, antecipando e planeando a sua utilização de acordo com os cuidados prestados, como na preparação do material para realizar as visitas domiciliárias. No centro de vacinação realizei a confirmação do material em caso de emergência e a sua operacionalidade, gestão adequada do material na preparação e administração das mesmas.

O enfermeiro comunitário adota um papel de relevo pois tem a comunidade como alvo dos seus cuidados, das suas preocupações, indo de encontro às necessidades reais da população da sua área de residência, realizando atividades de educação para a saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, envolvendo um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação dos cuidados. Neste meio, o enfermeiro tem um público vasto e diversificado ao seu cuidado onde pode avaliar as suas necessidades e implementar projetos relevantes com impacto na vida e saúde de várias utentes.

Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

O conhecimento teórico foi aprofundado em contexto de sala de aula enquanto o saber prático em contexto de estágio. Em todo o processo de evolução e desenvolvimento, o autoconhecimento e a assertividade foram muito importantes, pois ao refletir sobre as minhas experiências individualmente ou com os enfermeiros tutores e professora orientadora, é facilitador do processo de autoconhecimento. Desenvolvi tanto ao nível pessoal como profissional, nas minhas relações entre a equipa multidisciplinar e com os utentes, cuidadores, família, olhando agora com outros olhos para a comunidade.

Em relação à *praxis clínica*, pautei sempre por prestar cuidados baseados em evidência científica, procurando o conhecimento mais atualizado e válido. O estudo de investigação também foi fulcral para a aquisição desta competência de enfermeiro especialista, pois com a identificação de lacunas no conhecimento, a investigação e a integração de evidência científica resultante da prática, para a obtenção de ganhos em saúde dos cidadãos e desenvolvimento da prática de enfermagem especializada.

A prestação direta de cuidados abrange o amadurecimento de competências profissionais adquiridas ao longo dos anos, isso é, patente na postura adotada, na relação terapêutica estabelecida com cuidador e utente, no desenvolvimento de um plano de cuidados específico.

Neste sentido, considero que esta competência foi adquirida com sucesso, através da aquisição e consolidação de novos conhecimentos, quer através da constante pesquisa bibliográfica, quer pela partilha e debate da evidência com equipa da UCC, nomeadamente com a enfermeira Coordenadora e com a enfermeira Tutora, com a Professora da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e restante equipa multidisciplinar.

1.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros são quatro as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

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

Com a reflexão, podemos alcançar o “saber sobre si e o mundo” (Nunes, 2018) sendo o motor para o querer perseguir a investigação. São muitas vezes, algumas temáticas que nos inquietam e que verificamos que carecem de atenção para o desenvolvimento de investigação. Neste pensamento, o desenvolvimento deste projeto foi uma sugestão/necessidade sentida pelos profissionais desta UCC, no sentido de potenciar a articulação entre a Unidade e as Entidades Referenciadoras para fomentar a continuidade dos cuidados ao utente e cuidador, promovendo assim a sua melhoria e segurança. Este projeto-piloto consiste na Implementação de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão do utente em ECCI. Com o desenvolvimento deste projeto, pude experienciar as etapas do processo de planeamento em saúde ao longo do estágio. Assim, após várias reuniões e reflexões com a equipa da UCC para perceber como poderia ser operacionalizada esta ideia, seguiram-se reuniões com a Sr^a Enfermeira Rosa Lopes da Equipa de Gestão de Altas (EGA) do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV). Estas foram fulcrais para operacionalizar o projeto no que concerne à referenciação do utente através do hospital. Que alterações poderia sofrer na prática o processo de referenciação do utente, e como poderia ser realizado? As reuniões com a EGA foram inúmeras e importantes para fortalecer a ideia que seria um projeto importante para o utente e cuidador, mas também para os profissionais que o referenciam/recebem. Pois quem referencia tem um conhecimento mais aprofundado sobre as condições do cuidador e da habitação onde serão prestados os cuidados, garantindo que haverá continuidade dos mesmos, e quem recebe tem a mesma garantia que os mesmos serão os melhores e que poderá intervir atempadamente para suprir necessidades que existam.

Neste processo de planeamento em saúde, do projeto foi elaborado um Formulário da Visita Domiciliária Pré-Admissão do Utente em ECCI e consentimento informado ao cuidador (consultar projeto-piloto em Apêndice I), tendo em conta o cariz de antecipação deste projeto, para conhecer a perceção do cuidador relativamente a dificuldades sentidas neste processo de transição do utente do hospital para o domicílio, a experiência prévia enquanto cuidador, avaliação do risco de queda e identificação das barreiras arquitetónicas através da Aplicação da Escala de avaliação do Risco de Queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C.& Duarte, J., 2012), devidamente autorizada pelos autores (consultar projeto-piloto em Apêndice I).

Reunimos posteriormente com a Enfermeira Helena Rebelo da Equipa Coordenação Local (ECL) para os Cuidados Continuados Integrados que também foi fundamental para entender a referenciação quer pelo hospital ou por transferência da RNCCI, pois todos os processos passam por esta entidade e que próximas etapas seriam importantes seguir. E

destacou a importância de um projeto neste âmbito, com entidades como a UCC e a ESSV com os seus alunos, a importância das parcerias.

Foi realizada também reunião com a Dr^a Maria José Hespanha da Equipa Coordenadora Regional (ECR) para os Cuidados Continuados Integrados e Enfermeira Purificação Gandra, coordenadora da RNCCI na altura da reunião e a Enfermeira Cristina Henriques, elemento da equipa de apoio técnico da Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI, atual coordenadora da RNCCI, tendo sido reuniões essenciais para o delineamento do projeto, confirmação do que já tinha sido projetado, para dar a conhecer e ouvir os seus contributos para o mesmo, tendo este sempre sido recebido por todos os profissionais como sendo importante e “desejável”.

De ressaltar que foram sempre discutidos estes avanços do projeto com a equipa da UCC, fazendo-se alterações sempre que necessário.

Ao longo de todo este caminho e estando definido o referido formulário e com a aprovação das instituições de coordenação supracitadas, realizámos com a ECCI em maio uma visita teste para verificar a viabilidade do que se queria implementar. Em primeiro lugar a receção por parte do cuidador e utente foi positiva tendo sido aplicado o formulário através de uma conversa informal com a cuidadora, e a aplicação da escala também foi de rápido preenchimento facilitando o trabalho da equipa. Assim, com esta visita teste com os colegas da ECCI, podemos confirmar a viabilidade deste formulário e da aplicação da escala, estando este projeto mais próximo da fase de implementação.

Após estas reuniões e estando o projeto delineado quase na sua totalidade foi estabelecido contacto formal com as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) que foram propostas para integrar o projeto por serem aquelas que referenciam utentes com mais frequência para a ECCI de Tondela. O contacto realizado a estas instituições foi efetuado na mesma semana, contudo, as reuniões tiveram datas diferentes, devido ao período de férias em que nos encontrávamos, nomeadamente no início de julho, e as disponibilidades destas entidades eram diferentes e as reuniões foram-se realizando em diferentes datas consoante essa disponibilidade.

As reuniões com a ECR / RNCCI e UCCI foram efetivadas por videoconferência e foram elaboradas apresentações em PowerPoint® para melhor transmissão da informação (consultar projeto em Apêndice I). As UCCI avaliaram o projeto muito positivamente, essencial, felicitando toda a equipa pela coragem de abraçar um projeto desta complexidade e importância. A relevância de efetuar esta ponte e reforçar a articulação neste processo de transição do utente, requerendo dessas entidades um contacto atempado aquando do processo de referência para possibilitar à ECCI programar a visita domiciliária pré-

admissão com o cuidador. Algo que foi aceite e o projeto-piloto brevemente estará em prática. A avaliação proposta foi de 9 a 12 meses, findo o qual se verificará a sua pertinência, e que alterações se deverão fazer, pois trata-se de um projeto-piloto e que podem ser necessárias reformulações. Mas na expectativa que o projeto “ganhe vida”.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

Por forma a contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, fundamental para a criação de sociedades mais saudáveis, tive de desenvolver e adquirir conhecimentos, capacidades e competências do exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para poder responder aos atuais desafios humanos, sociais, institucionais, culturais e ambientais, inerentes às necessidades de saúde e prioridades do Serviço Nacional de Saúde e aos indicadores demográficos e epidemiológicos. É importante que os enfermeiros especialistas nesta área adquiram a capacidade de reflexão crítica na integração dos cuidados e perceção dos diferentes contextos.

Como contributo para aquisição desta competência, não só na promoção e capacitação do cuidador/comunidade, mas também de grupos profissionais, decidimos desenvolver o Projeto de investigação/intervenção na área da integração dos cuidados, designado de “**Integrar +**”, como ferramenta de capacitação e integração dos cuidados. Pretende-se reforçar a articulação e a comunicação entre as diversas instituições e comunidade, promovendo a continuidade dos cuidados ao utente e cuidador informal recetor dos cuidados prestados pela ECCI, constituindo também um apoio ao cuidador no processo de transição para o domicílio, fomentando também a segurança e a qualidade dos cuidados prestados pelo mesmo.

A capacitação do cuidador e do utente é fundamental para a segurança e qualidade dos cuidados. Os enfermeiros são considerados elementos fundamentais na capacitação dos cuidadores informais (Martins & Santos, 2020), referindo ainda que há evidência que as intervenções dos enfermeiros contribuem para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa e do cuidador informal no processo de autogestão da doença, com melhoria da autonomia da pessoa e consequentes ganhos em saúde. Pelo que como enfermeira especialista devo identificar as necessidades para poder capacitá-lo. Isto é efetuado em todos os contactos com o utente/família/cuidador, estabelecendo uma relação de confiança, permitindo a criação de um ambiente propício à transmissão e aquisição de informação.

Um contexto frequente de contacto com o utente e onde podemos observá-lo no meio é o domicílio e a visita domiciliária constitui a intervenção fundamental em enfermagem, pois

o ambiente familiar é um dos fatores que influenciam diretamente o processo de saúde/doença individual, familiar e coletivo (Pinto, 2016).

Neste meio familiar do utente é-nos permitido observar e conhecê-lo de um modo mais intimista, quando comparado com o ambiente institucional, o que promove a receptividade e espírito de abertura do utente em falar sobre determinados assuntos Kawamoto et al. (1995) citado em Sant'ana, Taia & Medeiros (2001). A visita permite também reforçar a promoção da saúde *in loco*, adequar a educação para a saúde ao contexto real do utente.

O projeto “**Integrar +**” terá aplicabilidade precisamente no âmbito da visita domiciliária e em que um dos objetivos consiste na avaliação precoce de necessidades do cuidador e utente com vista a implementar estratégias de acordo com essas necessidades. Seja a capacitação para a satisfação de autocuidados do utente, seja informando para que ambos tomem atitudes e decisões conscientes face à sua saúde, seja providenciando ajudas técnicas que facilitem a prestação de cuidados.

As intervenções de promoção da saúde podem ser individuais com tendência a focar-se no conhecimento, nas atitudes e/ou comportamentos, de nível organizacional ou ambiental e direcionam-se a políticas, programas, instalações ou recursos, enquanto a de nível governamental centram-se na legislação, regulação e execução de políticas de saúde (Freire et al., 2016). Assim, o presente projeto direciona a sua atuação de promoção da saúde não só a nível individual, mas também a nível organizacional procurando-se introduzir novas abordagens de atuação ao utente em ECCI. Ainda esta autora refere que:

As áreas de intervenção podem ser classificadas por níveis de promoção da saúde: o nível básico inclui a prevenção primária, secundária e terciária da doença, comunicação, informação de saúde para todos os níveis de escolaridade e campanhas de marketing social e de mudança de comportamentos; o nível intermediário compreende a educação em saúde e capacitação, competências pessoais para gerir a saúde e o bem-estar, conhecimento e compreensão sobre o que promove uma boa saúde, ambiente de suporte, desenvolvimento comunitário, parcerias, envolvimento, capacitação e ação comunitária; o nível superior abarca a infraestrutura e sistema de mudança, políticas de saúde pública, regulamentação e legislação, reorientação dos serviços de saúde, mudança organizacional e colaboração intersectorial (Keheler & Parker, 2013). Assim, a promoção da saúde torna-se alvo de atenção de todos os setores da sociedade.

Neste seguimento, ao longo estágio pude atuar aos vários níveis de prevenção, primária o intuito é evitar o aparecimento da doença, através do aconselhamento para a

aquisição de estilos de vida saudável, esperando-se a diminuição da incidência da doença pelo controlo dos fatores de risco ou causas associadas e é realizado nas visitas domiciliárias em ECCL, nos ensinamentos família e utente, ou através da vacinação (imunização). A prevenção secundária tem o objetivo de diminuir as consequências das doenças, controlo de sintomas e promover a qualidade de vida, que pode proporcionar também ao nível de cuidados em ECCL em utentes inscritos para gestão do regime terapêutico, por exemplo. Na prevenção terciária pode intervir na limitação de progressão da doença, diminuir as suas complicações, promover a adaptação do doente a situações incuráveis, que foi visível na realização de tratamentos de feridas com vertente curativa, a utentes com pé diabético amputados de alguns dedos, no sentido de travar e impedir a infeção, ao mesmo tempo de preparar a adaptação do utente para esta realidade.

Assim, as unidades de competência: ‘Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania’; ‘Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas’ e ‘Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.’

No que se refere à referida competência específica, considero que também foi alcançada.

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

Os cidadãos necessitam de um acesso oportuno e continuado a cuidados de saúde de qualidade. A integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos é um dos valores e princípios subjacentes no Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020 (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2015). Em conformidade com o mesmo documento, e no que se refere ao eixo estratégico Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, é proposto “o reforço da governação dos CSP, hospitalares e continuados, de modo que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2015). No sentido em que as intervenções do especialista em Enfermagem comunitária devem ser focadas na comunidade, para a comunidade e com a comunidade. E trabalhar na comunidade implica ter de estabelecer parceiras com outras instituições, para que, juntas possam dar resposta efetiva aos problemas que surgem com os utentes da mesma. Neste sentido, o projeto promotor da continuidade que desenvolvemos neste estágio permitiu-me reconhecer e compreender a

importância de estabelecer parcerias com outras instituições da comunidade, que são efetuadas em prol da melhoria de cuidados ao cuidador/utente, pois cada pessoa ao longo da sua vida e após fenómenos de saúde/doença, transita entre vários serviços, daí que seja importante existir uma articulação eficaz entre os mesmos, para que haja a continuidade dos cuidados. Assim, este projeto englobou várias instituições e que em parceria reforçarão laços para prestar os melhores cuidados a quem deles necessite.

Consegui também observar e colaborar nos Programas de Saúde de âmbito comunitário, sejam eles a ECCI ou no Programa de Vacinação à comunidade contra o vírus SARS CoV-2, o que vai de encontro ao exigido, na Unidade de Competência “Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde”.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Segundo Acheson (1988) citado por Duarte (2019) a Saúde Pública é definida como “a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços organizados da sociedade” (definição adaptada da OMS Europa). Atualmente, em cenário pandémico, a saúde pública é posta à prova, e tem evoluído com a progressão global deste fenómeno, adquirindo/atualizando os conhecimentos constantemente e adotando diferentes abordagens para gerir esta situação (Sakellarides & Araújo, 2020). Neste sentido, a vacinação contra o vírus SARS CoV-2 é uma das estratégias a ser implementadas de combate à doença, e pude adquirir esta competência durante a prática aquando da colaboração na monitorização da vacinação. Pude realizar a vigilância dos fenómenos de saúde-doença através do trabalho na ECCI, pois estamos perante uma população cada vez mais envelhecida, com o acréscimo de doenças crónicas e incapacitantes. Assim, a ECCI tem um papel fundamental possibilitando a esta população cuidados de saúde de acordo com os objetivos desta equipa, monitorizando estes fenómenos de saúde-doença. E através da realização de vigilâncias passivas que realizei no início do estágio, altura que começava a diminuir a incidência deste vírus e em que a UCC colaboração com a Unidade de Saúde Pública (USP) nesta vigilância.

1.3 Competências de mestre em enfermagem

Neste percurso formativo, sempre sustentei a prática na evidência científica recente e existente, tanto para o tema selecionado no desenvolvimento do projeto, de

investigação/intervenção, como também para a realização da Especialização em Enfermagem Comunitária, como para a realização do Mestrado em Enfermagem Comunitária. O desenvolvimento de competências para a especialização, comuns e específicas nesta área, contribuir também para alcançar o nível de mestre, sempre sustentado nessa verificação e produção de evidencia científica. Sendo assim, o grau de mestre, segundo o decreto-lei n.º 63, 2016, é concedido a quem demonstre:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”.

Com a licenciatura em Enfermagem, iniciei uma nova fase do percurso académico, que após vários anos de experiência profissional, senti a necessidade de continuar este percurso, para aprofundar os meus conhecimentos teóricos e práticos em novas áreas de interesse, nomeadamente, na área de Enfermagem Comunitária, desenvolvendo um conhecimento específico tanto em contexto de sala de aula como em estágio. O desenvolvimento de competências em contexto de estágio, permitiu-me sedimentar conhecimentos adquiridos na licenciatura, e, com a elaboração de um projeto de investigação/intervenção também disponibilizou novas aprendizagens nos mais variados contextos com a equipa multidisciplinar, no âmbito do planeamento em saúde e no ramo da investigação científica, possibilitando efetivamente um ganho para a minha vida profissional diária. É através da investigação que consegui adquirir ferramentas e assim aumentar a aprendizagem ao longo da vida ampliando o meu nível de competência na área da Enfermagem Comunitária para aplicação na prática, garantindo que a minha prestação de cuidados baseada em evidência científica e atualizada.

No desenvolvimento do referido projeto de investigação/intervenção utilizei uma metodologia de trabalho que possibilitou desenvolver conhecimento e atividades na área da investigação.

“b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”.

“Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; evidencia competências

comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Nunes, 2018).

Foi fundamental em todo o estágio aplicar os conhecimentos para a compreensão e resolução de problemas. E torna-se mais evidente pela realização do mesmo fora da minha área de experiência profissional. Tornou-o mais cativante e desafiador. E, de uma forma inequívoca, houve aplicação dos conhecimentos adquiridos e amadurecidos até ao momento em várias situações. Phaneuf (2001) define o processo de enfermagem como um “processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada”. Este instrumento acompanha-nos desde o primeiro ciclo de estudos, sendo essencial na avaliação e resolução dos problemas identificados. Num processo de aperfeiçoamento perante novos contextos, quer de âmbito individual, familiar, social e comunitário, possibilitando a tomada de decisão com base num pensamento clínico e crítico, tendo por base a evidência científica. Pois o nível de intervenção da UCC, é de âmbito comunitário, pois presta cuidados à população da sua área geográfica, atuando em indivíduos, famílias e grupos vulneráveis/fragilizados, respeitando a individualidade do utente, com salvaguarda dos direitos da pessoa e promoção da sua autonomia, organizando os seus serviços em função das necessidades dos utentes, cooperando e articulando-se com outras unidade funcionais dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), com incentivo à criação de parcerias e promoção da solidariedade e do trabalho em equipa (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Prestam cuidados a uma população com necessidade de cuidados a nível médico, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, com uma situação de dependência funcional associada, mas com uma rede social de suporte (Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2007) tendo um cuidador como responsável. Exigindo uma avaliação e intervenção pela equipa multidisciplinar da UCC.

Deste modo, com a aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão na resolução de situações, assegurou-se a qualidade dos cuidados à comunidade abrangida, tendo em consideração as suas especificidades, o que se tornou um elemento promotor do desenvolvimento e da recuperação dessa comunidade e, ao nível da ECCI com a parceria dos cuidadores informais.

“c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou

incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”.

“Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (Nunes, 2018).

Ao longo do curso de mestrado, vários foram os momentos de aprendizagem e aquisição de conhecimentos, quer ao nível das diferentes unidades curriculares, em contexto de sala de aula, mas também nos trabalhos académicos e investigação realizada, para tornar possível lidar com situações complexas, sempre com uma pesquisa bibliográfica, conjugando estes saberes com os contextos em estágio.

Integrar novos conhecimentos e lidar com questões complexas teve como base os princípios éticos como norteadores da prática, da dignidade do utente e família. A ética “qualifica o nosso agir no cuidar, é ela que nos convida a desempenhar o nosso trabalho e não nos determina necessariamente o que devemos fazer” (Mendes, 2009) constituindo a base para lidarmos com questões complexas. Assim, os princípios éticos são uma referência importante, servindo de linha orientadora na atuação de toda a equipa, nomeadamente, os princípios como beneficência, da não maleficência, da justiça e o respeito pela autonomia, em que o enfermeiro sustenta o seu cuidado ao outro, respeitando as opções das pessoas (Mendes, 2009). É aos enfermeiros, que cabe a responsabilidade por uma melhoria contínua na realização do seu exercício profissional. "Para que a dignidade da pessoa doente, foco dos cuidados e razão de qualquer intervenção, seja o referencial último e inadiável" (Mendes, 2009). Assim, lidar na prática com questões complexas remete-nos para o artigo 99º sobre os Princípios Gerais da Deontologia Profissional do Enfermeiro, nomeadamente, a liberdade, a dignidade, o respeito pela autonomia, a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos, a excelência do exercício, a igualdade, a equidade, a vulnerabilidade e capacitação humana, que demonstra a essência do enfermeiro, mestre na arte do cuidar. (Portugal, Lei n.º 156/2015). No artigo 101º refere-se ao dever para com a comunidade, em que o enfermeiro responsável para com uma comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido, de participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e de colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Portugal, Lei n.º 156/2015).

“d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”.

“Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (Nunes, 2018).

Todas as atividades e progressos no âmbito do projeto foram sendo comunicados à equipa, permitindo uma reflexão e discussão, constituindo também uma oportunidade direta à mudança e melhoria de um projeto de investigação/intervenção em fase de conceção. Também realizámos várias apresentações orais em relação ao Projeto e instituições parceiras. Aqui procurei ser um agente dinamizador no desenvolvimento do conhecimento, e dentro das equipas que integradas, para em conjunto se obterem ganhos efetivos na saúde dos utentes alvo de cuidados e seus cuidadores.

A redação deste relatório também foi uma forma de comunicar o conhecimento e informações desenvolvidas numa determinada temática da Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem em Cuidados Integrados e Apoio Social.

“e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”

Segundo Nunes (2018), o mestre em enfermagem “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida”

Ao longo do percurso pedagógico, são-nos fornecidas ferramentas para evoluirmos no sentido de realizarmos uma aprendizagem autónoma na nossa prática. Deste modo, devemos, enquanto enfermeiros, mantermos uma atualização contínua de conhecimentos, utilizando de modo competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Portugal, Lei nº156/2015, p. 8080). Esta prática foi fundamental na aprendizagem na área da especialidade.

Os “processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). À medida que o curso de Mestrado foi decorrendo, também existiu a necessidade de adquirir e realizar aprendizagens paralelamente ao percurso académico, mas que são sempre enriquecedoras, pois, como enfermeira, a busca por conhecimento deve ser constante, para o desenvolvimento pessoal e profissional. Para isso, participei em sessões online sempre que havia disponibilidade no horário de trabalho e no horário de estágio, sobre “A família como

alvo de cuidados: Comunicação entre equipas e referênciação”, “Revisão Sistemática da Literatura”, “Programa de Análise Qualitativa NVIVO”, “A Família e as suas Dinâmicas: o MDAIF na Prática” e “Mediação Familiar & Parentalidade Positiva” promovidas pela ESSV.

Como é evidenciado pelos Princípios Gerais “a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Portugal, lei n.º 156/2015, p. 8078), a importância de manter a atualização contínua dos conhecimentos, a utilização competente das tecnologias e a formação permanente e aprofundada das ciências humanas (Portugal, lei nº156/2015, 8080).

A atribuição do grau de mestre, requer que o enfermeiro seja possuidor de instrumentos e conhecimentos válidos para promover o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina, que seja capaz de utilizar a evidência científica na prática, e em que a investigação é base na prática baseada em evidência, que, por sua vez constitui a base de todo o conhecimento científico, que sustenta toda a prática e conhecimento de enfermagem, quer seja no planeamento em saúde, na vigilância epidemiológica, na capacitação de grupos e comunidades ou no suporte de programas e planos de saúde.

2. Atividades Realizadas

Pretendo com este capítulo descrever as evidências das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio com relatório final em Enfermagem em Cuidados Integrados e Apoio Social, na UCC de Tondela. Para o qual foi fulcral estabelecer objetivos e estratégias para as atingir e desenvolver e assim adquirir as competências enquanto futura enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária, deste modo, para o desenvolvimento das competências:

- conheci e integrei a dinâmica funcional da UCC de Tondela, inteirei-me dos aspetos funcionais e estruturais, conhecer o Plano Local de Saúde da área geográfica do ACES Dão Lafões e integrei a equipa multidisciplinar que desde o início me acolheu como profissional, com simpatia e disponibilidade e que foram fundamentais no desenvolvimento das competências e na criação e estruturação do referido projeto;
- Atuei sempre de acordo com o Código Deontológico e Proteção dos Direitos Humanos, garantindo a segurança e confidencialidade da informação, mantendo o sigilo profissional e assegurei a privacidade, a dignidade e o respeito do utente e cuidador. O respeito pela privacidade do utente admitido em ECCL, em todas as visitas domiciliárias, oportunidade de vacinação, em todos os contactos com o utente manteve uma conduta ética e deontológica.
- Consegui adquirir competências técnico-científicas, humanas, relacionais e comunicacionais necessárias à prestação de cuidados de Enfermagem Comunitária, na vertente dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, considero que também foram atingidos tendo integrado os programas inseridos na UCC, nomeadamente a ECCL e o programa de vacinação contra o vírus SARS CoV-2, tendo aplicado os meus conhecimentos baseados em evidência científica, identificando as necessidades em contexto domiciliar e fora dele do cuidador, do utente e família, elaborando e implementando um plano de cuidados para suprir as necessidades identificadas, de acordo com as prioridades e promovendo a continuidade dos cuidados, e incluindo também o utente e a família no processo de decisão. Aproveitando todas as oportunidades para o empoderamento do cuidador, utente e família, realizando ensinamentos no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença para que possam tomar decisões que lhes tragam ganhos em saúde.
- Contactei com plataformas de registo que estava menos familiarizada, contudo já tinha trabalhado antes com a plataforma da RNCCI no âmbito do meu trabalho

profissional no início de carreira em UCCI, em que fazíamos registos com uma periodicidade definida e consoante a tipologia em que utente estava inserido. Neste estágio pude observar outras opções do programa associadas à ECCI. No programa Trace Covid 19® tinha contactado antes em contexto do estágio em saúde pública e que dei continuidade neste ensino clínico. Em relação ao Sclínico® também aprimorei os meus conhecimentos ao nível de registos, documentando o processo do doente e as intervenções realizadas com linguagem técnica e científica, com a correspondente avaliação das mesmas e eventual alteração do plano de cuidados.

- Elaborei e desenvolvi um projeto de investigação/intervenção na prática clínica do estágio, e neste sentido foi concebido um projeto na área da Enfermagem em Cuidados Integrados e Apoio Social que potenciase a articulação entre as diferentes entidades referenciadoras e a ECCI. Deste modo, nasceu o projeto “Integrar +”, que consiste na implementação de uma visita pré-admissão, ou seja, antes de o utente ser admitido em ECCI. Este projeto trouxe-me ganhos ao nível do conhecimento prático do planeamento em saúde, da importância da integração dos cuidados para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, da criação de parcerias em comunidade fundamentais para o trabalho do enfermeiro comunitário, ganhos também ao nível da investigação científica e no aperfeiçoamento das competências humanas e relacionais.
- Realizei um estudo de âmbito qualitativo, tendo realizado entrevistas (consultar o guião em apêndice I) a cuidadores a indagar sobre a sua opinião acerca da implementação deste projeto e sobre dificuldades que vivenciaram e estratégias que adotaram com o seu utente ou familiar, entre outras perguntas, tendo sido tão enriquecedor a relação de confiança e proximidade que consegui estabelecer. Tendo este sentido que podia falar com abertura sobre aspetos tão pessoais, havendo alturas que se emocionavam. Todas estas reuniões com os vários parceiros do projeto, com os cuidadores em momentos tao intimistas, contribuíram para desenvolver as minhas competências comunicacionais, relacionais e humanas. E perceber ainda com mais afinco a importância do sigilo, da privacidade que a nossa profissão requer e que é importante transmitir na essência do nosso ser enquanto enfermeira.

2.1 Estudo: Implementação de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão na Equipa de Cuidados Continuados Integrados: papel do enfermeiro na integração dos cuidados

2.1.1. Introdução

A ECCI pertence à RNCCI que, por sua vez, visa a prestação de serviços domiciliários, 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 (Portugal, decreto-Lei n.º 101/2006). Trata-se de 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. Apoiando-se “...nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais” (Artigo n.º 27.º).

As ECCI atuam ao nível dos cuidados ao domicílio, estão sediadas nos ACES, na dependência hierárquica e funcional das UCC ou em cada Unidade Local de Saúde (ULS), que não tenha ACES constituído (Portugal, despacho n.º 3730/2011). Assim, para além dos profissionais dos ACES (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional), estão também em articulação com os parceiros locais e recursos comunitários disponíveis, por forma a promover respostas complementares às necessidades dos utentes admitidos (Artigo n.º 27º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

As características geodemográficas vão definir a dimensão e a capacidade de resposta de cada ECCI, considerando que cada UCC “não deverá ultrapassar o valor máximo de 100.000 utentes, conjugando os critérios de dispersão geográfica, dimensão e características demográficas, sociais e epidemiológicas da população” (Rede Nacional dos cuidados Continuados Integrados, Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários,

2007). O ACES é responsável pelo processo de implementação, em articulação com a Equipa de Coordenação Local (ECL) e Equipa Coordenadora Regional (ECR) da RNCCI. A ECL, por sua vez, é composta por dois elementos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (médico e enfermeiro) e um elemento do setor social, nomeadamente do Centro Distrital do Instituto de Segurança Social, I.P. respetivo.

As principais responsabilidades das ECL são:

identificar as necessidades e propor à coordenação regional ações para a cobertura das mesmas; consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional; divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede; apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede; promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de proximidade; promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede; alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

As condições de funcionamento das ECCI da RNCCI estão definidas na Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro e constituem a:

a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos 8 cuidadores informais; b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante a comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados; c) Prestação de apoio psicoemocional; d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa; e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária; f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia; g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais” (Artigo n.º 8º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro).

Em conformidade com o mesmo disposto legal supracitado, a ECCI tem como foco dos seus cuidados, cuidar o doente e a família, iniciando por uma avaliação das necessidades do doente e diagnóstico do contexto familiar em que o doente está inserido. Existindo vários fatores a considerar, como, a aceitação da doença, as limitações funcionais, a labilidade emocional, o suporte social e financeiro, para que ocorra uma adequada

prestação de cuidados às necessidades reais e complexas do doente na comunidade, objetivando a garantia da dignidade humana, a continuidade dos cuidados e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, as ECCI procuram desenvolver respostas integradas, agregadas e personalizadas, que promovam a continuidade dos cuidados através de um trabalho em equipa e agregando o cuidador, respeitando as suas necessidades e expectativas, sendo este um dos objetivos da RNCCI. De realçar que as ECCI desempenham um papel fundamental para assegurar a continuidade de cuidados no domicílio, quando após alta hospitalar não há possibilidade de internamento, ou quando à data de alta das UCCI, os utentes apresentem critérios para integrar estas equipas proporcionando cuidados de reabilitação e manutenção no ambiente familiar do utente. Deste modo, apenas com um trabalho colaborativo entre os vários profissionais dos diferentes serviços é que a continuidade de cuidados poderá ser assegurada. Trata-se de um trabalho bidirecional que possibilita otimizar a compreensão dos papéis de cada um e dar resposta às reais necessidades dos cidadãos.

A continuidade de cuidados configura-se como um direito dos cidadãos, com maior relevância quando estes necessitam de cuidados/intervenções multiprofissionais dirigidos para as situações crónicas ou complexas. Considera-se que existe continuidade de cuidados quando os mesmos são prestados de maneira a complementarem-se num tempo adequado (Mendes et al., 2017). As mesmas autoras definem continuidade como a “implementação de cuidados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna”. Os cidadãos necessitam de um acesso oportuno e continuado a cuidados de saúde de qualidade. Neste âmbito, o grande desafio dos sistemas de saúde reside na superação das limitações de desempenho decorrentes da setorização organizacional (Serviço Nacional de Saúde, 2017). O Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020 (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, 2015) menciona a integração e a continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos como um dos seus valores e princípios. Em conformidade com o mesmo documento, e no que se refere ao eixo estratégico Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, é proposto “o reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários, hospitalares e continuados, de modo que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita” (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, 2015).

A articulação dos cuidados de saúde assume-se como crucial na racionalização e potencialização dos recursos existentes. Ao aludir-se à interface e à continuidade de cuidados entre instituições de saúde, tem de se reforçar que o principal objetivo desta

articulação são “os ganhos em saúde para todos os cidadãos que obtêm uma correta e eficaz continuidade dos cuidados que necessitam” (Torres & Monte, 2011, p. 1608).

O planeamento da alta hospitalar visa garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos hospitalares e comunitários, a partir da identificação das necessidades do doente/família/cuidador informal. Este processo de planeamento deve aplicar-se a todos os doentes, que precisem de continuidade cuidados ao nível da manutenção/reabilitação, no seu contexto de doença e social, ou que, pelo seu grau de dependência nos autocuidados não lhes permita um regresso a casa em condições de segurança (Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, 2018). Portanto, as equipas de saúde responsáveis pelo referido planeamento, têm de proceder a uma identificação precoce das necessidades de cuidados depois da alta, em colaboração com o utente e os seus familiares/cuidadores planos de cuidados para que se garanta a continuidade de cuidados e o uso adequado dos recursos. Estes devem ser adaptados como forma de reduzir o risco de readmissões ou de complicações, promovendo a educação e ensino, desde o início do processo de cuidados (Everink et al., 2016).

Neste seguimento, as ECCI na elaboração e implementação do plano de cuidados, têm em consideração o contexto familiar e o cuidador. O cuidador informal consiste na pessoa que cuida e ajuda um familiar com algum tipo de doença ou incapacidade. Esta situação, na maioria das vezes, impossibilita que o cuidador informal continue a exercer as suas atividades diárias e profissionais, assumindo apenas a tarefa de cuidar do seu familiar (Santos, 2020). Ainda em conformidade com a mesma autora, a pessoa dependente possui necessidades permanentes, o que irá obrigar o cuidador informal a um significativo esforço e transformação nas suas rotinas diárias, profissionais e sociais. Logo, torna-se fundamental que se reflita sobre o facto de que para cuidar de outro é igualmente necessário estar bem e ter apoios por parte das estruturas formais, onde se incluem as ECCI. É importante que os cuidadores informais tenham a colaboração dos elementos que constituem estas equipas para que haja uma continuidade de cuidados de qualidade do hospital para o domicílio. Pode-se considerar ‘cuidador informal’ aquele “que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Instituto da Segurança Social, 2021, p. 4). O Estatuto do Cuidador Informal, que foi aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que contempla um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio. O mesmo normativo legal prevê o desenvolvimento de projetos-piloto que apliquem de forma experimental as medidas de apoio ao cuidador informal, enquadrados nas condições

previstas no Estatuto. Este apoio poderá traduzir-se, por exemplo, a nível de alimentação, locomoção, no apoio à higiene e medicação, vestuário e em todo o quotidiano e salvaguardas diárias. Para além de estabelecer medidas de apoio, o Estatuto do Cuidador Informal regula os direitos do cuidador informal, designadamente “Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada; Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; Receber informação por parte de profissionais de saúde e da segurança social; Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito; Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais; Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada; Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional; Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto; Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal; Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino e Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais” (Portugal, Lei n.º 100/2019).

De acordo com o Artigo 7.º – Continuidade dos cuidados, as medidas previstas na referida Lei devem respeitar a continuidade dos cuidados, uma vez que “a continuidade dos cuidados é um direito dos cidadãos e consiste na prestação de cuidados dirigidos a satisfazer necessidades crónicas”, considerando que “existe continuidade de cuidados quando estes são prestados de forma complementar, por diferentes prestadores, num tempo adequado”. A continuidade de cuidados deve ser “garantida de forma integrada com base no sistema de saúde e de segurança social, através de intervenções integradas de saúde e apoio social” (Portugal, Lei n.º 100/2019, p. 11). O Artigo 7.º – Medidas de apoio ao cuidador informal preveem que o cuidador informal pode beneficiar das seguintes medidas de apoio:

- a) “Identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada;
- b) Aconselhamento, acompanhamento, capacitação e 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;
- c) Participação ativa na elaboração do plano de intervenção específico a que se refere a alínea anterior;

- d) Participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador informal;
- e) Formação e informação específica por profissionais da área da saúde em relação às necessidades da pessoa cuidada;
- f) Apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário;
- g) Aconselhamento, informação e orientação, tendo em conta os direitos e responsabilidades do cuidador informal e da pessoa cuidada, por parte dos serviços competentes da segurança social, bem como informação sobre os serviços adequados à situação e, quando se justifique, o respetivo encaminhamento;
- h) Aconselhamento e acompanhamento, por profissionais da área da segurança social ou das autarquias, no âmbito do atendimento direto de ação social;
- i) Informação e encaminhamento para redes sociais de suporte, incentivando o cuidado no domicílio, designadamente através de apoio domiciliário” (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, p. 6).
- j) Com a finalidade específica de garantir o descanso do cuidador informal, este pode beneficiar das seguintes medidas:
- k) Referenciação da pessoa cuidada, no âmbito da RNCCI, para unidade de internamento, devendo as instituições da RNCCI e da RNCCI de saúde mental assegurar a resposta adequada;
- l) Encaminhamento da pessoa cuidada para serviços e estabelecimentos de apoio social, designadamente estrutura residencial para pessoas idosas ou lar residencial, de forma periódica e transitória;
- m) Serviços de apoio domiciliário adequados à situação da pessoa cuidada, nas situações em que seja mais aconselhável a prestação de cuidados no domicílio, ou quando for essa a vontade do cuidador informal e da pessoa cuidada” (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, p. 7).

Sequeira (2018) refere que o papel do cuidador informal é complexo, necessitando de apoio para as várias funções, o que implica orientação, ajuda e apoio. O papel dos enfermeiros das ECCI passa por dar informações e orientações empoderando os cuidadores informais para prestação de cuidados no domicílio. É importante também que estes recebam apoio emocional, para que não se tornem vulneráveis à sobrecarga física e psicológica, bem como recebam apoio instrumental para que saibam ultrapassar as situações mais problemáticas. A capacitação do cuidador assume elevada relevância, um estudo realizado por Ugur & Erci (2019), concluiu que os cuidados prestados aos doentes com Acidente

Vascular Cerebral (AVC) e a educação/capacitação dos cuidadores diminuiu a sobrecarga e aumenta a qualidade de vida dos cuidadores.

A forma como cada cuidador informal encara a prestação de cuidados pode ser influenciada por vários fatores, bem como há dificuldades que podem variar de acordo com o grau de dependência da pessoa cuidada, o tempo dedicado ao cuidado, o seu estado de saúde físico e psicológico, a relação que existe entre o cuidador e pessoa cuidada (Pimentel, 2013). Neste contexto, André et al. (2011) referenciam que as necessidades dos cuidadores informais podem refletir-se a nível material, como os recursos financeiros, condições do domicílio, transporte e o acesso aos serviços de saúde; a nível emocional com a existência de uma rede de cuidados que junte a família aos serviços de apoio; a nível da informação em que o cuidador necessita de informação sobre como realizar os cuidados no domicílio.

A sobrecarga do cuidador informal é uma das dificuldades enfrentadas, existindo vários fatores na sua origem, segundo Chiao et al. (2015), numa revisão sistemática identificaram os problemas comportamentais, sintomas psicológicos da pessoa cuidada, fatores sociodemográficos e psicológicos do cuidador de pessoa com demência na comunidade como sendo fontes primárias de sobrecarga em cuidadores informais. Refere ainda a importância de apoio por parte dos profissionais de saúde para reduzir a sobrecarga no cuidador e aumentar a qualidade dos cuidados ao utente. O que vai de encontro ao estudo de Pereira (2018a) que identificou dificuldades como o esforço físico e emocional, a saúde na generalidade, a restrição na vida pessoal, social, familiar e no trabalho e o insuficiente apoio formal enquanto as necessidades identificadas foram o suporte formal e informal, o apoio financeiro, a formação/conhecimento e o reconhecimento do papel de cuidador informal através de políticas sociais. O que se verifica no estudo de Pereira (2018b) onde a dimensão onde os cuidadores informais percecionaram maiores dificuldades foram nas dimensões: reações à prestação de cuidados, exigências de ordem física na prestação de cuidados e os problemas relacionais com o idoso dependente. Palacio et al. (2018) identificou a influência de fatores psicológicos com a inteligência emocional e a perceção de competência na sobrecarga do cuidador que cuida de utentes com cancro avançado, constatou que a resiliência, a estabilidade emocional e aspetos positivos do cuidador foram considerados como fatores protetores contra a sobrecarga do mesmo. Assim, concluem que estes fatores devem ser promovidos pelas equipas de saúde, por forma a facilitar a adaptação e o bem-estar do cuidador.

Sousa et al. (2017) defendem que a intervenção junto dos cuidadores informais é fundamental, uma vez que é necessário desenvolverem-se instrumentos de apoio e de ajuda, onde os profissionais de saúde desempenham um papel crucial. Em primeiro lugar, é

indispensável identificarem-se as principais necessidades dos cuidadores informais no domicílio. Ainda em conformidade com os mesmos autores, os cuidadores informais expressam necessidades de conhecimento, da relação familiar e social, do apoio institucional/formal. Assim, traçaram três tipos de necessidades sentidas pelos cuidadores informais: (i) necessidades relacionadas com a pessoa cuidada; (ii) necessidades acerca do papel do cuidado; (iii) necessidades sobre o contexto. O papel de cuidador informal é muitas vezes assumido por um familiar, como por exemplo, um filho (a) ou cônjuge, como mostra um estudo realizado pela *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE) (2019) e revela, que, em média, 61% dos cuidadores informais são mulheres, em que a Grécia e Portugal apresentam o maior desequilíbrio de género, ou seja, mais de 70% dos cuidadores informais são mulheres. Os cuidados são prestados em dois terços dos casos aos cônjuges ou pais e, quando os cuidadores informais têm uma idade superior ou igual a 65 anos, existe maior probabilidade de cuidar do cônjuge, sendo esta última situação a que requer um cuidado constante, com ambos os géneros a revelar a mesma probabilidade de assumir esse papel. Cuidar de alguém acarreta responsabilidade e dificuldades, daí que, conhecer as dificuldades vivenciadas pelo cuidador é extremamente importante pois vão influenciar a sua saúde e os seus cuidados, devendo o profissional de saúde estar desperto para identificar e atuar nestas situações, procurando estratégias para a resolução destes problemas/dificuldades. Por forma a lidar e a ultrapassar as dificuldades sentidas, os cuidadores informais recorrem a estratégias de *coping*, conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes (Antoniazzi et al., 1998). Segundo Folkman & Lazarus (1980) citado por Antoniazzi et al. (1998), estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo da sua função, nomeadamente o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema. O primeiro é definido como um esforço para estabilizar o estado emocional que é associado ao stress, ou resultado de eventos stressantes. Tem como objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, como por exemplo, fumar um cigarro, tomar um calmante, assistir a uma comédia na televisão, sair para correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. Relativamente ao *coping* focado no problema constitui um esforço para atuar na situação que deu origem ao stress, tentando alterá-la. Assim, visa alterar o problema que está na origem da tensão entre a pessoa e o ambiente e inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas (Antoniazzi et al., 1998). Na atualidade um terceiro tipo de *coping* tem sido mencionado na literatura, nomeadamente, o *coping* focado, que se baseia em valores e crenças mais profundas e permitem a revisão dos objetivos existenciais e das prioridades com base na experiência de vida, como forma de se motivar e sustentar o processo de *coping* e bem-estar durante o período de dificuldades. Refere ainda existe um processo

dinâmico entre os diferentes estilos de *coping*, que são interativos (Folkman, 2010, citado por Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Num estudo conduzido por Palacio et al. (2018), relativamente aos esforços para enfrentar as situações de stress, descobriram que a procura por apoio social, pensamento positivo, expressar as emoções, e resolução do problema foram as estratégias mais frequentemente utilizadas pelos cuidadores. Constituindo fatores de proteção em relação à sobrecarga e possibilitaram uma busca diligente por benefícios dentro da experiência de prestação de cuidados nos participantes do estudo. Segundo Hudson & Payne (2011) citado por Palacio et al. (2018), identificaram três formas de *coping*: procura de apoio, solução de problemas e autocontrole, assim, a adoção de estratégias de *coping* focado na emoção surgiram relacionadas a uma diminuição na percepção de sobrecarga do cuidador informal. O aparecimento do papel de cuidador pode ser repentino após doença aguda e retorno de um hospital ou unidade de internamento, pelo que é relevante prestar atenção a este processo de transição de cuidados.

Entender este processo de transição revela-se importante para apoiar o utente e cuidador no processo de transição. Num estudo de Kiran et al. (2020) procuraram conhecer o que mais afeta a sua experiência na transição para o domicílio, começando inicialmente com um processo de brainstorming. Os participantes identificaram 6 áreas que afetam a sua experiência de transição do hospital para casa: para os cuidados domiciliários e comunitários, e são nomeadamente, o processo da alta, o acompanhamento médico após a alta, a medicação, a educação do utente e do cuidador e a gentileza e cuidado da equipe de saúde no hospital, havendo opiniões diversas em cada área. Realçando os desafios de oportunidade, suficiência, confiabilidade e consistência dos serviços de atendimento domiciliar com financiamento público. Numa fase seguinte envolverão utentes e cuidadores para priorizar áreas de saúde e melhorar o sistema. Os resultados serão usados para informar um padrão de qualidade provincial na transição do hospital para casa.

Portanto, o processo de cuidar de alguém é complexo, requer uma dedicação elevada de quem cuida, para que os seus cuidados sejam com segurança e qualidade. Decorrente do exposto, pretende-se com o presente estudo, conhecer a percepção dos cuidadores acerca da implementação de um projeto-piloto na integração dos cuidados na área da ECCI, conhecendo também as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais para a prestação de cuidados ao familiar/utente no domicílio, na transição do hospital para o domicílio, assim como as estratégias entre outros elementos. O referido projeto também se enquadra no programa SNS + Proximidade, dado que preconiza a integração dos cuidados, afirmando que "...ter um acesso oportuno aos serviços de saúde e, quando necessário, ser facilmente conduzido de um serviço para outro (incluindo para aqueles que podem ser

prestados em casa), sem obstáculos, demoras ou perdas de informação” (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Valorizando uma boa gestão do percurso das pessoas através dos vários serviços de saúde, assegurando-lhes os melhores resultados possíveis para a sua saúde.

2.1.2. Métodos

Neste capítulo descreve-se o tipo de estudo de investigação, seguindo-se a formulação dos objetivos e questões de investigação. Posteriormente são apresentados os participantes, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos metodológicos e éticos realizados. Este capítulo compreende também os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e as principais conclusões do estudo.

Justificação do estudo

O cuidador informal, por norma, faz parte da rede social da pessoa cuidada, podendo ser familiares, amigos, vizinhos ou voluntários, que assumem o cuidado, ajudando a outra pessoa a viver com dignidade. O cuidador informal é aquele que detém grande parte da responsabilidade pelo cuidado à pessoa que necessita de cuidados no domicílio. A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, especialmente aos membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados (Maio, 2018). Deste modo, ainda em conformidade com a mesma autora, o cuidar informal apresenta-se como uma extensão dos papéis da família, sendo, na maioria dos casos, uma decisão consciente para assumir a continuidade de cuidados. Grande parte dos “cuidados continuados prestados a pessoas com doenças crónicas, com algum tipo de incapacidade, fragilidade, ou outra condição de saúde de longa duração, são prestados por cuidadores informais não remunerados” (Teixeira et al., 2017, p. 5). A integração no seio familiar de uma pessoa com dependência causa transformações na dinâmica da vida do agregado familiar. Quanto aos cuidados que os cuidadores informais realizam e devido ao elevado grau de dependência que os doentes geralmente apresentam, estes realizam atividades complexas, como a higiene, alimentação, mobilização e administração de terapêutica. Alguns destes cuidados também poderão obrigar a aprendizagem de técnicas por parte do cuidador informal. Todavia, os estudos mostram que habitualmente os cuidadores informais não são instruídos para a realização dos cuidados mais específicos, não estando completamente preparados para receber o seu familiar no domicílio (Dixe et al, 2019). Prestar cuidados a “uma pessoa com algum nível de dependência exige lidar com uma diversidade de esforços, tensões e tarefas que podem superar as reais possibilidades do cuidador, podendo conduzi-lo à exaustão e ter um impacto a nível físico, psicológico, social e económico quer na vida do cuidador, como da pessoa foco dos seus cuidados” (Teixeira et al., 2017, p. 5). Neste sentido, com o objetivo de apoiar os cuidadores informais é que

existem as ECCI, que são da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Assim, assume importância conhecer-se as necessidades dos cuidadores informais quando recebem o seu familiar no domicílio, para se reduzir as suas dificuldades e potenciar um cuidado de qualidade. As dificuldades dos cuidadores informais na prestação de cuidados relacionam-se com os obstáculos que enfrentam no cuidado e com as repercussões da doença nas atividades básicas no domicílio (Barros, 2013). Por conseguinte, assume grande relevância a visita domiciliária antes do doente ir para domicílio de modo a poder-se capacitar o cuidador informal, assegurando-se a própria continuação dos cuidados à pessoa cuidada. A promoção de medidas de apoio e de suporte ao cuidador informal e de orientações é potenciadora de uma abordagem que se traduz em benefícios quer para a pessoa foco dos cuidados, quer para os cuidadores informais.

Face ao exposto, deliberam-se os seguintes objetivos:

- Conhecer as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais para a prestação de cuidados ao familiar/utente no domicílio;
- Conhecer os apoios que os cuidadores informais dispõem para a prestação de cuidados no domicílio ;
- Identificar as ferramentas utilizadas pelos cuidadores informais para ultrapassar essas dificuldades;
- Conhecer a opinião dos cuidadores informais sobre a importância de uma visita domiciliária antes do familiar/utente ir para domicílio.

Tipo de estudo

Realizámos um estudo qualitativo com enfoque fenomenológico-hermenêutico. A pesquisa fenomenológica objetiva a distinção entre a aparência e os fatores essenciais, de tal forma que o investigador tenta compreender em que constitui o fenómeno e a experiência vivida em questão. Deste modo, assume-se que a reflexão e a escrita são duas atividades distintas que são difíceis de separar e que, através de ambas, se pretende descobrir e revelar a essência da experiência vivida (van Manen, 2017). De acordo com o mesmo autor, possibilita que a pesquisa seja conduzida nos aspetos mais sensíveis e decisivos da enfermagem, porque, para além de contribuir para o corpo de conhecimento da enfermagem, oferece um tipo peculiar de conhecimento que possibilita ao enfermeiro atuar de forma mais reflexiva, com tato e habilidade, em determinadas situações e relacionamentos que emergem na sua prática profissional diária. Por conseguinte, configura-se como uma forma de pesquisa orientada para a descoberta de significados expressos por

uma pessoa acerca da sua experiência (Errasti-Ibarrondo et al, 2019). De acordo com os mesmos autores, a fenomenologia objetiva descobrir como a realidade é constituída e como o ser humano vivencia através de factos conscientes, procurando descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os seres humanos lhe atribuem. A abordagem fenomenológica hermenêutica valoriza a interpretação e a compreensão da experiência humana, sem se restringir unicamente à sua descrição, sendo esta uma maneira de aceder aos fenómenos de interesse para a Enfermagem, no caso concreto em Enfermagem Comunitária. Através da fenomenologia, procura-se descobrir o que significa a experiência vivida e como um determinado fenómeno é vivenciado, sem conjecturar um conhecimento explícito do mesmo (Johnston et al, 2017). Deste modo, a fenomenologia traduz-se numa ciência humana que possibilita estudar o mundo de uma pessoa, tendo em conta a forma como ela o vive, tendo por finalidade uma compreensão mais completa das suas experiências e, concludentemente, o significado que atribui às suas vivências no mundo (Van Manen, 2017). Assim sendo, a fenomenologia não se destina a obter um conhecimento ou técnicas corretas através das quais um resultado pode ser atingido (Van Manen, 2017).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que é um método usado quando não se sabe muito sobre uma determinada situação. A pesquisa qualitativa pode ajudar a formar um fenómeno que mais tarde pode ser testado por métodos quantitativos (Bogdan & Biklen, 2007).

Participantes

Neste estudo qualitativo participaram 8 cuidadores informais de utentes, admitidos na ECCI de Tondela no período de janeiro de 2020 até junho de 2021. Desde janeiro de 2020, a população de utentes em ECCI foi de 24 utentes. A UCC de Tondela dispõe de 5 vagas para a ECCI.

Foram considerados como cuidadores elegíveis para o estudo ser cuidador informal de utente recetor de cuidados pela ECCI de Tondela desde o início do ano de 2020 até junho de 2021 e que concordaram livremente em participar no estudo. Como critérios de exclusão considerámos ser cuidador informal, admitido na ECCI antes do ano de 2020. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão aceitaram voluntariamente participar no estudo 8 cuidadores, constituindo assim a amostra deste estudo.

Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 8 cuidadores de utentes admitidos em ECCI, os utentes são na sua maioria homens e com idade ≥ 65 anos. Os cuidadores na sua maioria são

mulheres. O grau de parentesco com a pessoa cuidada mais frequente é o de cônjuge e com idade ≥ 50 anos e prestam sobretudo cuidados na residência onde vivem. O grau de escolaridade estende-se ao 3º ciclo, sendo o mais prevalente o 1º ciclo. Sendo o grupo profissional prevalente o de Trabalhador não qualificado. O tempo médio de prestação de cuidados é de 39,25 meses, aproximadamente 3 anos.

Assim, na análise dos dados constata-se que os 8 utentes admitidos em ECCI, 5 são homens (62,5%) e 3 são mulheres (37,5%). A maioria dos utentes tinham idade ≥ 65 anos (62,5%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos utentes / familiares

	Feminino		Masculino		Total	
	n (3)	% (37,5)	n (5)	% (62,5)	n (8)	% (100,0)
Idade utente/ familiar						
< 65 anos	2	66,7	1	20,0	3	37,5
≥ 65 anos	1	33,3	4	80,0	5	62,5

Relativamente aos cuidadores, 6 (80,0%) são do género feminino e 2 (20,0%) do género masculino. A maioria dos cuidadores apresenta idade ≥ 50 anos constituindo 75,0% da amostra (feminino n=4; 66,7% vs. masculino n=2; 100,0%). A maioria dos cuidadores informais (n=7; 87,5%) são casados ou vivem em união de facto (feminino n=5; 83,3% vs. masculino n=2; 100,0%). Quanto ao grau de parentesco com a pessoa cuidada, metade dos cuidadores informais (n=4; 50%) são cônjuges; 2 (25,0%) sobrinho(a), 1 (12,5%) é nora/genro e 1 (12,5%) não tem grau de parentesco com a pessoa cuidada. Verifica-se que 6 (80,0%) dos cuidadores prestam cuidados na mesma residência da pessoa cuidada e 2 (20,0%) noutra residência. Em relação ao grau de escolaridade dos cuidadores, 5 (62,5%) possuem o 1.º ciclo do ensino básico, 2 (25,0%) o 3.º ciclo e 1 (12,5%) o 2.º ciclo do ensino básico. No género feminino, estão em maior representatividade os que têm o 1.º ciclo (50,0%) e todos os do género masculino (100,0%) também possuem igual grau de escolaridade. Quanto à profissão, 1 cuidador pertencente à categoria de pessoal administrativo, 1 é trabalhador dos serviços pessoas de proteção e segurança e vendedores, 2 são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta, 2 trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies e 2 trabalhadores não qualificados (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais.

	Feminino		Masculino		Total	
	n (6)	% (80)	n (2)	% (20)	n (8)	% (100,0)
Idade Cuidador						
< 50 anos	2	33,3	0	0,0	2	25,0
≥ 50 anos	4	66,7	2	100,0	6	75,0
Estado civil Cuidador						
Solteiro	1	16,7	0	0,0	1	12,5
Casado/União de Facto	5	83,3	2	100,0	7	87,5
Grau de parentesco						
Esposa/esposo	2	33,3	2	100,0	4	50,0
Sobrinho/ sobrinha	2	33,3	0	0,0	2	25,0
Nora /genro	1	16,7	0	0,0	1	12,5
Sem parentesco	1	16,7	0	0,0	1	12,5
Em que residência presta os cuidados						
Mesma residência	4	66,7	2	100,0	6	80,0
Noutra residência	2	33,3	0,0	0,0	2	20,0
Grau de Escolaridade do Cuidador						
1º ciclo (1º - 4º anos)	3	50,0	2	100,0	5	62,5
2º ciclo (5º e 6º ano)	1	16,7	0	0,0	1	12,5
3º ciclo (7º e 9º ano)	2	33,3	0	0,0	2	25,0
Profissão do Cuidador						
Pessoal administrativo	1	16,7	0	0,0	1	12,5
Trabalhadores dos serviços pessoas de proteção e segurança e vendedores	1	16,7	0	0,0	1	12,5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	16,7	1	50,0	2	25,0
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificiais	1	16,7	1	50,0	2	25,0
Trabalhadores não qualificados	2	33,2	0	0,0	2	25,0

Quanto ao tempo, em meses, que os cuidadores prestam cuidados, verifica-se uma média de 39,25 meses, com um mínimo de 4 meses e um máximo de 132 meses, uma vez que um dos cuidadores exercia este papel há 11 anos.

Instrumento de colheita de dados

Sendo o mundo social construído por indivíduos, a entrevista qualitativa permite ao investigador recolher dados que visam compreender um determinado fenómeno e a sua relação com os sujeitos. Assim, a entrevista tem como objetivo conhecer as crenças, os valores, as atitudes e as motivações das pessoas que se inserem em determinados contextos (DeJonckheere & Vaughn, 2019), no caso concreto a avaliação da capacitação do cuidador informal para receber o seu familiar/utente em domicílio.

No presente estudo, e como método de colheita de dados, recorreremos à entrevista semiestruturada e respetivo consentimento informado (ver projeto em apêndice I), que é um tipo de entrevista em que o entrevistador faz apenas algumas perguntas pré-determinadas, enquanto as restantes perguntas não são planeadas previamente, ou seja, surgem à medida que a entrevista vai decorrendo. Como as entrevistas semiestruturadas combinam os estilos

de entrevista estruturada e não estruturada, elas podem oferecer as vantagens de ambas. Permitem a comparação objetiva dos participantes, além de proporcionar uma oportunidade de explorar espontaneamente tópicos relevantes para um participante em particular. Mas, comparadas às entrevistas estruturadas, as entrevistas semiestruturadas são menos objetivas (DeJonckheere & Vaughn, 2019).

A entrevista utilizada no presente estudo contém questões que possibilitaram recolher dados sobre: idade do cuidador, idade da pessoa cuidada, estado civil, grau de escolaridade, profissão e elementos do agregado familiar, há quanto tempo é cuidador, sentir-se preparado quando a pessoa cuidada foi para casa, se a casa estava preparada para o/a receber, se já tinha algum apoio ou subsídio da segurança social, necessidade de adquirir cama articulada, cadeira de rodas depois do seu familiar vir para casa, necessidade de solicitar Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação, quais as dificuldades vivenciadas no cuidado ao familiar/utente, o que fez para ultrapassar as dificuldades e qual a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária pela ECCL antes do doente vir para domicílio.

As entrevistas decorreram entre os dias 9 e 26 de junho de 2021, e tiveram uma duração entre 9 e 17 minutos, sendo a duração média de 13,25 minutos.

Tendo em consideração os objetivos delineados, recorreu-se à análise qualitativa dos dados recolhidos por gravação de entrevista, que depois de serem transcritas, os dados foram analisados com recurso a análise de conteúdo segundo Laurence Bardin. No final da análise categorial procedeu-se à análise temática.

Procedimentos éticos e legais

Qualquer processo de pesquisa deve iniciar-se com a explicação dos objetivos do estudo. Foi realizado pedido de autorização da realização do estudo à UCC de Tondela, que foi aceite (cf. Anexo I). Foi feito um pedido de autorização à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para aprovação da realização do estudo, o qual foi favorável (cf. Anexo II).

Foi garantida e assegurada a confidencialidade dos participantes no estudo, bem como a confidencialidade dos dados aquando da sua análise. As entrevistas foram gravadas apenas pela investigadora envolvida no projeto, que as guardou em computador próprio com sistema de bloqueio. A investigadora realizou a transcrição das entrevistas que serão destruídas, conforme vontade dos participantes, após discussão e apresentação do trabalho em prova pública. Todos os dados foram codificados com atribuição de uma letra e um número (E1), impossibilitando a sua identificação com a fonte. Assegurou-se que estes

procedimentos estavam em conformidade com a legislação nacional e da UE em vigor (Portugal, Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados).

2.1.3. Resultados

Tendo-se em consideração os objetivos e a problemática exposta anteriormente, recorreu-se à análise qualitativa de dados segundo a análise de conteúdo de Laurence Bardin. Assim, seguiram-se as etapas/passos de análise de dados propostos por Van Manen (1990, cit. por Queiroz et al., 2007, p. 155), no âmbito da fenomenologia hermenêutica: (i) centrar-se na natureza da experiência vivida; (ii) centrar-se no fenómeno que realmente interessa ao investigador, ou seja, voltar-se para a experiência tal como ela é vivida e não como é concetualizada; (iii) realizar uma reflexão fenomenológica, que implica refletir sobre os temas essenciais que caracterizam o fenómeno em estudo; (iv) escrita fenomenológica, isto é, descrever o fenómeno através da arte de escrever e reescrever, tendo por base a experiência pessoal do investigador; voltar-se para a experiência tal como cada participante a vive e não como é concetualizada e recorrer a descrições encontradas na literatura. A fenomenologia hermenêutica ou interpretativa permitiu compreender as vivências dos cuidadores informais para receber o seu familiar/utente em domicílio, potenciando, assim, a continuidade dos cuidados. Considerou-se que esta abordagem fenomenológica era a mais apropriada para se explorar as experiências vividas por estes cuidadores informais. Assim, este estudo procura compreender o fenómeno do ponto de vista dos cuidadores informais, de modo a extrair a sua essência e realizar uma descrição fiel da experiência relatada por cada um.

Tendo por base a análise de conteúdo e o guião da entrevista semiestruturada (ver Apêndice I), apresentam-se os resultados da análise categorial.

- **“Como se sentiu quando o seu familiar veio para casa? (estava preparado(a), considera que a sua habitação tinha barreiras arquitetónicas que dificultassem a prestação de cuidados?)”**

Verifica-se que todos os cuidadores informais não se sentiam preparados para receber o seu familiar, o que é justificado pelo elevado grau de dependência do familiar (E1; E6), por medo face aos cuidados a serem prestados (E2), sendo também considerada a situação como um “choque” (E3) (cf. quadro 1).

Constata-se que 6 cuidadores admitem que a habitação estava inadequada para receber o seu familiar no domicílio, tendo de fazer, a *posteriori*, adaptações, organizando o

espaço. Todavia, como refere o E4, apesar de ter feito um quarto no rés-do-chão da sala, a casa de banho continua a não ter qualquer tipo de condições arquitetónicas adaptadas às necessidades da pessoa cuidada. Apenas 2 cuidadores relataram que a habitação tinha condições para receber o seu familiar, ou seja, estava adequada (cf. quadro 1).

Quadro 1 – Análise categorial da questão: “Como se sentiu quando o seu familiar veio para casa? (estava preparado(a), considera que a sua habitação tinha barreiras arquitetónicas que dificultassem a prestação de cuidados?)”

Categoria	Subcategoria	Unidades de contexto
Sentir-se preparado para receber o familiar	Inadequado	<p><i>E1</i> “Preparada, preparada, não estava assim muito preparada. Porque pensei que ele viesse do hospital não tão dependente.”</p> <p><i>E2</i> “Ai não. Não estava preparada. (...) Eu não me sentia preparada porque tudo me punha medo (...)”</p> <p><i>E3</i> “Foi um bocadinho complicado. Mas pronto.”</p> <p><i>E4</i> “Não, de todo. Não, porque não foi bem o que me disseram. (...) foi um choque muito grande, eu não estava preparada.”</p> <p><i>E5</i> “Não, e depois sentia-me triste e sem forças (...)”.</p> <p><i>E6</i> “Não estava, nem fazia conta disso. Pronto que fosse assim tão rápido. E nunca esperava que ela ficasse como está, esperava que andasse (...)”.</p> <p><i>E7</i> “Quer se dizer, eu faço aquilo que posso, nas minhas coisas. Ninguém está preparado (...)”.</p> <p><i>E8</i> “Eu não, ela antes ainda dava uns passos, ajudava-a a chegar a (...) Ela agora não faz nada (...)”.</p>
Barreiras Arquitetónicas no Domicílio	Ausente	<p><i>E1</i> “ Não estava, não. Tivemos que arredar móveis para termos mais espaço, organizar as divisões, enfim (...)”.</p> <p><i>E3</i> “Não, por isso é que ele não queria la ninguém em casa (...)”.</p> <p><i>E4</i> “Os quartos ficam no primeiro andar (...). Tem um quarto no rés-do-chão, na sala acabei por fazer lá um quarto, mas a casa-de-banho é uma casa-de-banho de serviço, nem uma cadeira de rodas lá entra.”</p> <p><i>E5</i> “Ah pois não. A minha casa transformou-se agora só aqui em baixo. Só vivemos aqui em baixo. Em cima é que tenho as minhas comodidades.”</p> <p><i>E6</i> “A casa não esta a 100% (...). Mudámos os móveis, pronto, a cama também teve de ser posta de outra maneira. E assim essas coisas.”</p> <p><i>E8</i> “Tive de montar um quarto cá em baixo na sala, onde dormimos os dois. Trouxe a nossa cama e de dia sento-a aqui numa cadeirita.”</p>
	Presente	<p><i>E2</i> “Sim porque a esposa também já tinha estado dependente, e tivemos de pedir uma cama articulada (...)”.</p> <p><i>E7</i> “(...) foi a minha mãe que me deu o dinheiro na altura (...) para eu alterar a casa-de-banho.”</p>

- **“Já tinha algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa?”**

No que se refere a já terem algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa, constata-se que 2 cuidadores (E1 e E2) admitiram que já tinham subsídio, apesar de não ser muito. Os restantes 6 cuidadores confirmaram que não tinham e não têm presentemente algum apoio da Segurança Social/subsídio, mas consideraram que seria uma mais-valia (cf. quadro 2).

Quadro 2 – Análise categorial da questão: “Já tinha algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa?”

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de contexto
Ter apoio da Segurança social	Presente	Antes do utente vir para casa	<p>E1 “Ele subsídio tinha como dependente de alguém (...) e ele estava a receber um apoio, mas era pouco.”</p> <p>E2 “O meu tio já recebia qualquer coisa mais, já há algum tempo. Não era muito, mas sempre é uma ajuda.”</p>
	Ausente		<p>E3 “Mas não recebe nenhum tipo de complemento.”</p> <p>E4 “Não sei, há um mês e meio que estou à espera de resposta, porque fui à junta médica pedir (...).”</p> <p>E5 “Não, até hoje não. O apoio é só as senhoras terapeutas (ECCI) que vêm cá. É o apoio que tenho.”</p> <p>E6 “Também nunca pedi la. Também nunca pedi (...) Agora na SS é assim, se eu soubesse que eram capaz de me dar algum apoio nisto ou resolver...”</p> <p>E7 “Não, não. (...) A gente ouviu falar na televisão (...) Ainda não me propus, como se calhar tenho de ir para juntar médicas e isto e aquilo. Nunca me pus a fazer isso.”</p> <p>E8 “Não tenho. Se viesse a ter dava muito jeito porque não tenho condições de pagar tudo aquilo que ela precisa agora, é mais medicamentos, mais fraldas, enfim...”</p>

- **“Alguma vez solicitou ajudas técnicas depois do seu familiar vir para casa?”**

Em relação a esta pergunta todos os cuidadores responderam que necessitaram de adquirir ajudas técnicas. Três dos cuidadores referem que já possuíam estes equipamentos através de um familiar, por dependência prévia do utente/familiar ou providenciada pelo hospital. Os outros cuidadores referem que tiveram de adquirir ajudas técnicas depois, como

cama articulada, cadeira de rodas, mesa articulada, colchão apropriado, cadeira de ir ao banho e andarilho (cf. quadro 3).

Quadro 3 – Análise categorial da questão: “Alguma vez solicitou ajudas técnicas depois do seu familiar vir para casa?”

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de contexto
Necessidade de solicitar ajudas técnicas	Sim	Antes	<p>E3 “<i>Tem uma cadeira de rodas normal e tem as canadianas. Uma semana antes de ele sair dos cuidados continuados, eu fui buscar ao hospital (...).</i>”</p> <p>E6 “<i>Sim, já as tinha [canadianas] (...) A cadeira de rodas foi a doutora da UCCI que a pedi ao hospital (...).</i>”</p> <p>E7 “<i>Por enquanto a bengala a minha irmã deu (...) O andarilho eu falei à minha irmã e ela comprou em Viseu (...).</i>”</p>
		Depois	<p>E1 “<i>(...) veio mais dependente. Ele ficou na cama, tivemos que arranjar material: cama articulada, cadeira de rodas para ele, (...). Todo o material foi preciso, cadeira de rodas, cadeira de ir ao banho e a mesa articulada para ele comer. (...) depois de ele vir para casa.</i>”</p> <p>E2 “<i>(...) tivemos de comprar umas calcanheiras, (...) Sim, foi mais um colchão próprio (...).</i>”</p> <p>E4 “<i>A cadeira de rodas sim. (...) Pedi cadeira de rodas.</i>”</p> <p>E5 “<i>Eu comprei isso tudo. O andarilho comprei, tenho uma pedaleira também comprei, tenho um carro que se for preciso urinar de noite (...)</i>”</p> <p>E8 “<i>Pois, tive, não tinha cama articulada, tinha muito receio que ela caísse da nossa cama abaixo. Não tinha cadeira de rodas para ela estar em segurança.</i>”</p>

- **“Teve necessidade de solicitar Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação? Se sim, foi antes ou depois de ter o utente em casa?”**

Conforme os relatos de 3 cuidadores, os mesmos tiveram a necessidade de solicitar, antes do utente ir para o domicílio, Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação, enquanto 2 cuidadores solicitaram esse apoio após a chegada do utente ao domicílio. Por sua vez, o E6 refere que já solicitou, mas ainda aguarda resposta. O E4 referiu que não solicitou esse tipo de apoio, uma vez que contratou uma pessoa para ajudar na alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação. Por

sua vez, o E7 relatou que também não pediu ajuda, dado que no momento não necessita, conseguindo desempenhar tais tarefas (cf. quadro 4).

Quadro 4 – Análise categorial da questão: “Teve necessidade de solicitar Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação? Se sim, foi antes ou depois de ter o utente em casa?”

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de contexto
Necessidade de solicitação de Serviços de Apoio ao Domicílio	Presente	Presente Antes de vir para o domicílio	<p>E1 “<i>Sim, sim, para me ajudar a fazer as tarefas porque eu sozinha não conseguia (...), praticamente foi mais a higiene e alimentação (...).</i>”</p> <p>E2 “<i>fazer limpeza à casa (...) iam umas senhoras de uma associação (...) vinham fazer a limpeza e trazer a comida (...).</i>”</p> <p>E3 “<i>Sim, foi solicitado, antes. Mas como ele rejeitou, só lhe entregam bens alimentares para ele cozinhar uma vez por mês (...).</i>”</p>
		Presente Depois de vir para o domicílio	<p>E5 “<i>Tenho a comida que me vem trazer ao almoço, pago o que determinei com a associação (...). “Vem [uma senhora] uma vez ou duas por semana ajudar porque eu não posso fazer nada. Não posso fazer nada porque tenho muitas dores.</i>”</p> <p>E8 “<i>Tive, depois que eu vi que não ajudava nada. Porque eu sozinho não conseguia nem tenho experiência com essas coisas. Ela precisa de ajudar para tomar banho, para vestir, mudar a fralda, levantar, neste momento precisa de ajuda para tudo. (...) Pedi ajuda para alimentação e para a higiene dela uma vez por dia.</i>”</p>
		Aguarda resposta	<p>E6 “. <i>E temos de esperar até que eles digam que sim. A minha nora já la foi pedir, e até agora ainda não disseram nada (...).</i>”</p>
	Ausente		<p>E4 “<i>Não, não. É a senhora que contratei que também ajuda nisso.</i>”</p> <p>E7 “<i>Eu cá me vou desenrascando, para já não preciso.</i>”</p>

➤ **“Como se sente como cuidador? (dificuldades sentidas, estratégias para ultrapassar as dificuldades)”**

Emergiram 5 categorias como dificuldades sentidas pelos cuidadores, nomeadamente, físicas, psicológicas/emocionais, financeiras, sociais e falta de

disponibilidade. Assim, na subcategoria dificuldades físicas salientam-se dois indicadores de resposta, nomeadamente: satisfação das necessidades do utente, com 3 unidades de registo e limitações físicas do cuidador, referenciada 3 vezes. Nas dificuldades psicológicas/emocionais, emergiram os seguintes indicadores de resposta: insónia (n=2), receio da morte do familiar/ utente (n=2), preocupação (n=2), revolta (n=1), personalidade do utente/ familiar (n=1), cansaço mental (n=2), perda do papel de cuidador (n=1), tristeza (n=1) e ansiedade (n=1). Verifica-se que 3 cuidadores referem dificuldades financeiras. O E5 relatou dificuldades sociais, nomeadamente a falta de apoio familiar/terceiros e 2 cuidadores referiram a falta de disponibilidade, tendo o E4 justificado com a sua situação laboral (cf. quadro 5).

Em relação às estratégias para os cuidadores poderem superar as dificuldades na prestação de cuidados ao utente/familiar, emergiram 8 subcategorias: *coping* emocional (n=2), capacitação do cuidador (n=1), apoio familiar (n=3), capacitação do utente/ familiar (n=1), apoio na satisfação dos autocuidados (n=1), cuidados de saúde (n=4), apoio social (n=2) e desejar ter um cuidador a tempo integral (n=1) (cf. quadro 5).

Quadro 5 – Análise categorial da questão: “Como se sente como cuidador? (dificuldades sentidas, estratégias para ultrapassar as dificuldades)”

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de contexto
Fatores dificultadores no cuidar o utente/familiar	Físicos	Satisfação das necessidades do utente	<p>E1 “(..) porque pensei que ele viesse do hospital não tão dependente. (...) ele precisava de ajuda para tudo.”</p> <p>E2 “<i>Em princípio foi muito custoso, muito, porque eu não conseguia dar aquilo, por aquilo metia-me confusão. (...) A comida pela sonda (...).</i>”</p> <p>E8 “<i>Ela precisa de ajuda para tomar banho, para vestir, mudar a fralda, levantar, neste momento precisa de ajuda para tudo (...) Tenho dificuldades em tomar conta dela porque ela depende de mim para tudo, estou preocupado por ela, com a saúde dela (...). Vê-la assim e eu não me sinto capaz de ficar com ela assim.</i>”</p>
		Limitações físicas do cuidador	<p>E5 “<i>As dificuldades olhe, é eu nem me poder mover e nem poder fazer as coisas. (...). Constantemente sempre debaixo de dores (...).</i>”</p> <p>E6 “<i>Tenho dores na cervical, mas ando devagar (...).</i>”</p> <p>E1 “<i>Só durante o dia é que eu lá estava e eu sentia-me assim um bocado cansada. Ultimamente sentia-me muito cansada já (...).</i>”</p>
	Psicológicos/emocionais	Insónia	<p>E1 “<i>(...) Em termos psicológicos, eu não conseguia dormir (...). Muito cansada porque andava com muito stress. (...)</i>”</p> <p>E2 “<i>As noites eu, como fui a uma psiquiatra, ela receitou-me uns comprimidos para dormir e depois pronto, comecei a dormir bem (...)</i>”</p>
		Receio da morte do familiar/ utente	<p>E1 “<i>Ele adormecia, mas nunca sabíamos o que íamos encontrar de manhã (...).</i>”</p> <p>E2 “<i>(...) tinha medo que quando lá chegasse abaixo ele tivesse para o outro lado (...).</i>”</p>
		Preocupação	<p>E2 “<i>(...) ele estava muito aflito, ofegante, a gemer. E eu para mim foi uma aflição tao grande, com tanta pena dele, tanta pena dele (...) Ainda chorei muito.</i>”</p> <p>E8 “<i>(...) ela depende de mim para tudo, estou preocupado por ela, com a saúde dela (...).</i>”</p>
		Revolta	E3 “ <i>Por um lado sinto-me assim... (...) o único apoio que ele tem é meu e do meu tio (...). Ninguém quer saber dele e são oito irmãos.</i> ”
		Personalidade do utente/ familiar	E3 “ <i>(...) ele é uma pessoa muito complicada. Ele é muito teimoso. Tem de ser feito tudo à maneira dele (...).</i> ”
		Cansaço mental	<p>E4 “<i>(...) Emocionalmente eu estou esgotada. Porque não é fácil conseguir gerir isto tudo. Porque sou sozinha e tenho tudo ao meu encargo, tanto em casa como no trabalho (...).</i>”</p> <p>E6 “<i>(...) Às vezes enervo e tenho dias, sou sincero, tem dias que me mói o cérebro de uma maneira (...).</i>”</p>
		Perda do papel de cuidador	E4 “ <i>Vai-me custar que um dia ela vá. Mas tem de ser, é bom para ela porque ela está acompanhada 24h e eu não tenho essas condições para lhe poder dar (...). ela para nós é como se fosse da família.</i> ”

		Tristeza	E5 “(...) sentia-me triste e sem forças e depois cada vez mais dores (...).”
		Ansiedade	E7 “Isso é o que me afeta mais. Afeta-me mais porque eu também sempre fui muito nervosa e entro muito em ansiedade. Tenho de tomar o antidepressivo (...).”
	Financeiros	Inadequado	E4 “(...) Porque falei a várias pessoas para ir para lá, mas claro, eu também não posso pagar mais do que a reforma dela. E mesmo assim já estou a suportar o resto das despesas (...).” “Sinto que não há apoios. (...) Eu fui pedir ajuda à Segurança Social há um mês e meio, quer dizer... Se eu não tivesse condições de lhe comprar as fraldas, não sei como é que seria. E6 “(...) Hoje o dinheiro não chega para tudo (...).” E8 “(...) Mas tudo isso custa dinheiro (...).”
	Sociais	Falta de apoio familiar/ terceiros	E5 “(...) E depois se é preciso ir a algum lado também tenho dificuldades, porque não tenho ninguém (...). Eu não tenho filhos e ele tem 3 filhos, que estão na Alemanha, (...) e também só tem contacto com um (...).”
	Falta de disponibilidade	Falta de disponibilidade	E3 “É mais quando é para levá-lo às consultas a Viseu, que perco algum tempo. Mas no que eu posso ajudar eu ajudo (...).” E4 “(...) Não tenho vida nem disponibilidade para tratar de uma pessoa que usa fralda (...). Quando eu às 7 de manhã já estou no trabalho (...).”
Categoria	Subcategorias	Unidades de contexto	
Estratégias do cuidador facilitadoras do cuidar	Coping emocional	E3 “Tento lidar, tenho que respirar fundo (...). Porque ele a mim consegue-me ouvir (...).” E6 “(...) Começo a pensar, ando para aqui, ando para ali. Pego na carrinha e vou dar uma volta. Vou até ali abaixo e deixo-me lá estar (...).”	
	Capacitação do cuidador	E1 “(...) elas que traziam a comida passada, mas era eu que injetava. (...) Mas depois elas [enfermeiras da ECCI] ensinaram-me e eu depois com o tempo acostumei-me e já não me custava nada fazer isso (...).”	
	Apoio familiar	E1 “(...) eu e o meu marido. Quando era preciso virá-lo ele ia me ajudar, ia comigo. Ficamos os dois a cuidar dele.” E4 “a minha sorte foi a miúda (filha) estar os primeiros dias, (...) e ocupar-se de tratar dela.” E6 “Mesmo assim ela [nora] não pode fazer mais, está sempre a ligar, já hoje me ligou duas vezes ‘como é que você está?’ assim e assado.”	

Capacitação do utente/ familiar	E4 “Consegui arranjar uma senhora que vai lá das 8:30 às 13:30, que a levanta, a veste, (...)” “O médico também lhe passou a fisioterapia.”
Apoio na satisfação dos autocuidados	E8 “Pedi ajuda para alimentação e para a higiene dela uma vez por dia.
Cuidados de saúde	E2 “As noites eu, como fui a uma psiquiatra, ela receitou-me uns comprimidos para dormir e depois pronto, comecei a dormir bem (...)” E4 “Olhe neste momento estou de baixa médica, porque cheguei ao meu limite. Estou a fazer medicação. E vamos ver.” E6 “(...) tenho de ir buscar a receita das minhas injeções, tenho de as levar senão não posso andar (...)” E7 “Eu tenho de andar como um antidepressivo e um bocadinho de calmante. Porque se eu não tomar à noite, já não durmo.”
Apoio Social	E4 “Eu pedi ajuda para ela ir para um lar (...)” “(...) foi ir à assistente social e pouco mais (...) Porque de resto não há ajudas nenhuma.” E6 “(...) Agora na Segurança social é assim, se eu soubesse que eram capaz de me dar algum apoio nisto ou resolver...”
Cuidador a tempo integral	E5 “(...) O que eu queria era uma pessoa que viesse para aqui a tempo inteiro, eu tenho uma em vista, mas só pode vir para aqui para o ano que vem (...)”

➤ **“Qual a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente vir para domicílio?”**

Procurou-se saber qual a opinião dos cuidadores informais sobre a importância de uma visita domiciliária antes do utente/familiar vir para o domicílio, verificando-se que a maioria (n=6) a considera muito pertinente, justificando que esta seria uma forma de estarem mais capacitados para prestar cuidados ao utente/familiar, sentindo-se mais apoiados, para que fossem avaliadas as condições da habitação, se há condições monetárias para se poder dar resposta capaz a todas as necessidades da pessoa cuidada, se há a necessidade de ajudas técnicas e, inclusive, para avaliar a disponibilidade do próprio cuidador informal para a prestação de cuidados de forma integral. Dois dos cuidadores consideram pertinente a visita domiciliária antes do doente vir para domicílio, sendo esta uma forma de se inteirarem de tudo quanto seria necessário para prestarem cuidados ao utente/familiar, para se fazer um diagnóstico das condições da habitação, ou seja, para que a equipa tivesse noção da realidade de cada um (cf. quadro 6).

Quadro 6 – Análise categorial da questão: “Qual a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente vir para domicílio?”

Categoria	Subcategoria	Unidades de contexto
Opinião do cuidador sobre a visita domiciliária pré-admissão	Muito pertinente	<p>E1 “<i>Eu acho que seria. Seria importante(...), para as pessoas que estão mais acamadas que precisam de ajuda, deviam ter mais apoio em termos de equipamento. (...) O apoio é muito importante porque uma pessoa quando sai do hospital, devia haver o apoio através do hospital. Porque a pessoa já está dependente (...).” Nesta transição é muito importante fazer o apoio (...).</i>”</p> <p>E2 “<i>Acho que sim, é bom. (...) porque há muitas pessoas que às vezes até nem tem condições (...). Eu acho que as pessoas se falarem com uma equipa antes de as pessoas virem, acho que até ficam mais à vontade. (...) Sentem-se mais seguras, como eu fiquei quando elas vieram. Senti-me apoiada, mas muito, muito mesmo (...).</i>” (...) parece que nós ficamos auxiliadas, temos ali uma família.”</p> <p>E4 “<i>Eu acho que é muito importante, extremamente importante para verem as condições das casas, para verem a disponibilidade do cuidador. Se tem condições para assumir esse encargo. Porque não é só dizer “sim senhor, eu trato”. É preciso tempo, é preciso disponibilidade. E também é preciso dinheiro para tratar as pessoas. Porque as reformas são baixas e se se quer dar dignidade a um idoso é preciso também monetariamente ter essa ajuda. (...) E ter condições habitacionais para isso e pronto, é todo um complemento que devia ser nestes casos, das pessoas que vêm para casa debilitadas, dependentes. Haver uma ponderação da situação.</i>”</p> <p>E5 “<i>Muito boa (...). Essas coisas são sempre importantes, então não é, é sempre importante. (...) Isso é sempre bom. E onde a pessoa se há-de dirigir (...).</i>”</p> <p>E6 “<i>Sim, muito importante. (...). É melhor na situação ver, antes de vir para casa, o que era preciso, o que não era preciso. (...). Antes da pessoa vir para casa, ser corrigido. Como é que as coisas estão e não estão, (...) e o futuro melhorar. Era o ideal.</i>”</p> <p>E8 “<i>Eu acho que seria muito bom porque assim viam as condições da pessoa na casa dela. Se tem condições ou não. Se a família está preparada para tomar conta. Podia-se pedir logo a cama própria ou cadeira de rodas para a pessoa estar. É muito bom.</i>”</p>
	Pertinente	<p>E3 “<i>Para verem qual a forma dele estar ali. (...) Sim, também para vocês terem o conhecimento, para verem as condições que eles têm. Acho que sim.</i>”</p> <p>E7 “<i>Sim. Acho bem irem primeiro ver as condições e a situação das pessoas para saberem como devem agir. (...) Sim, muitas vezes a gente não sabe onde há-de se dirigir. Não está informada para seja o que for.</i>”</p>

2.1.4. Discussão

Os resultados obtidos indicam que, numa amostra de 8 cuidadores informais, entrevistados, 6 (80,0%) são do género feminino e 2 (20,0%) do género masculino, com prevalência da faixa etária igual ou superior aos 50 anos (80,0%), cujo grau de parentesco com a pessoa cuidada mais prevalente é o de cônjuge (n=4; 50%), prestando, na sua maioria (n=6, 80,0%), cuidados na mesma residência da pessoa cuidada. Em relação ao grau de escolaridade dos cuidadores, sobressaem os cuidadores informais (n=5; 62,5%) com o 1.º ciclo do ensino básico. Estes resultados corroboram os encontrados noutros estudos. Figueiredo (2013) também constatou que a maioria dos cuidadores informais de pessoa com doença crónica incapacitante e dependente eram mulheres, na faixa etária dos 32-90 anos, com baixas habilitações literárias (74,1%). No que se refere ao grau de parentesco com a pessoa cuidada, 48,9% eram cônjuges/companheiros(as). De igual modo, Dantas (2020), no seu estudo, registou que a maioria dos cuidadores informais era do género feminino, com uma média de idade de 59,4 anos, sendo cônjuge da pessoa cuidada, o que é consensual ao estudo de Dixe & Querido (2020), que registou uma amostra constituída maioritariamente por cuidadores informais do género feminino e que eram cônjuges da pessoa cuidada. Todavia, nestes estudos, prevaleceram os cuidadores reformados, enquanto no presente estudo, os cuidadores estão ativos profissionalmente, corroborando o estudo de Martins et al. (2014), onde 76.9% dos cuidadores encontravam-se empregados. No estudo de Teixeira (2018), também a maioria dos cuidadores (género feminino) coabitava com a pessoa cuidada, tal como no estudo de Dixe e Querido (2020), o que é corroborado com o presente estudo. Estes resultados corroboram a ideia que a responsabilidade do cuidador informal recai maioritariamente sobre os familiares mais próximos, particularmente o cônjuge.

Quanto ao tempo em meses que os cuidadores prestam cuidados ao utente/familiar, verificou-se um mínimo de 4 meses e um máximo de 132 meses, correspondendo-lhe uma média de 39,25 meses. Khanal & Chalise (2020), onde a maioria dos cuidadores informais também era do género feminino e já prestavam cuidados ao seu familiar no domicílio há mais de 4 anos.

No que se refere aos cuidadores informais do presente estudo sentirem-se preparados para receber o seu familiar, verificou-se que todos relataram que não se sentiam preparados, quer pelo elevado grau de dependência do familiar aquando da sua ida para o

domicílio, por medo face aos cuidados a serem prestados e porque foi uma situação que se traduziu em “choque”. Como refere Sequeira (2018), o papel do cuidador informal é complexo, o que implica que estes tenham apoio quer antes da chegada do utente/familiar ao domicílio, quer durante todo o processo de prestação de cuidados, para que possam desempenhar as várias funções com o mínimo de dificuldades possíveis e para que possam dar resposta às necessidades da pessoa cuidada. Tudo isto implica orientação, ajuda e apoio, no caso concreto por parte dos enfermeiros das ECCI, transmitindo informações e orientações, empoderando os cuidadores informais para prestação de cuidados no domicílio. Martins et al. (2014) referem que há a necessidade de orientar os cuidadores informais, antes da alta hospitalar do utente/familiar, ao nível da sua ação para a continuidade dos cuidados, promovendo-se capacidades e competências, sendo esta uma forma de se colmatarem as dificuldades percecionadas, minimizando, deste modo, o impacto negativo relacionado com a prestação de cuidados no domicílio.

Relativamente, ao facto de a habitação estar preparada para receber o utente/familiar no domicílio, constatou-se que 6 cuidadores admitem que a habitação estava inadequada para receber o seu familiar, tendo de fazer, *a posteriori*, adaptações, organizando o espaço. Apenas 2 cuidadores relataram que a habitação tinha condições para receber o seu familiar, ou seja, estava adequada. De igual modo, Pereira (2018a) constatou no seu estudo que as habitações não estavam, na sua maioria, preparadas em termos arquitetónicos e de organização do espaço para receber o familiar em casa, o que corrobora a necessidade de uma visita domiciliária antes do doente vir para domicílio para que se possa fazer uma criteriosa avaliação das necessidades a serem colmatadas e preparar-se atempadamente o domicílio com as condições necessárias à situação do utente/familiar.

Quanto aos cuidadores informais terem algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa, constatou-se que 2 cuidadores admitiram que já tinham subsídio, apesar de não ser muito. Os restantes 6 cuidadores confirmaram que não tinham e não têm presentemente algum apoio da Segurança Social/subsídio, mas consideram que seria uma mais-valia. Também a este nível, ganha toda a relevância a visita domiciliária para que se informem os cuidadores informais sobre os apoios da Segurança Social/subsídio, como previsto na Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, ou seja, a continuidade de cuidados deve ser “garantida de forma integrada com base no sistema de saúde e de segurança social, através de intervenções integradas de saúde e apoio social” (Portugal, lei n.º 100/2019, p. 11). Estes pressupostos são reforçados com o facto de se ter constatado que todos os cuidadores necessitaram de adquirir ajudas técnicas. Três dos cuidadores referem que já possuíam estes equipamentos através de um familiar, por dependência prévia do utente/familiar ou providenciada pelo hospital. Os outros cuidadores

relatam que tiveram de adquirir ajudas técnicas depois, como cama articulada, cadeira de rodas, mesa articulada, colchão apropriado, cadeira de ir ao banho e andarilho. Conforme os relatos de 3 cuidadores, os mesmos tiveram a necessidade de solicitar, antes do utente ir para o domicílio, Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação, enquanto 2 cuidadores solicitaram esse apoio após a chegada do utente ao domicílio. Beneficiar de serviços de apoio domiciliário é um direito consignado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Os serviços de apoio ao domicílio contemplam um novo serviço para ajuda ao cuidador informal, que consiste na permanência de um profissional desse apoio durante os períodos de ausência dos cuidadores informais, no sentido de proporcionar as condições necessárias para que os cuidadores informais possam estar capacitados para a prestação dos cuidados, promovendo igualmente o seu bem-estar e uma melhor conciliação entre a sua vida pessoal, familiar e profissional.

No que respeita às necessidades vivenciadas pelos cuidadores na prestação de cuidados ao utente/familiar, emergiram 5 categorias: físicas, psicológicas/emocionais, financeiras, sociais e falta de disponibilidade. Assim, na subcategoria dificuldades físicas salientam-se dois indicadores de resposta, nomeadamente: dificuldades em satisfazer os autocuidados do utente/familiar, com 3 unidades de registo; limitações físicas do cuidador, referenciada 3 vezes. Nas dificuldades psicológicas/emocionais, emergiram os seguintes indicadores de resposta: insónia (n=2), receio da morte do familiar/ utente (n=2), preocupação (n=2), revolta (n=1), personalidade do utente/ familiar (n=1), cansaço mental (n=2), perda do papel de cuidador (n=1), tristeza (n=1) e ansiedade (n=1). Verifica-se que 3 cuidadores referem dificuldades financeiras. O E5 relatou dificuldades sociais, mormente a falta de apoio familiar/terceiros e 2 cuidadores referiram a falta de disponibilidade, tendo o E4 justificado com a sua situação laboral. Estes resultados corroboram os encontrados por Melo *et al.* (2014), mencionam que a prestação de cuidados conduz a um desgaste emocional e que gera stress entre os cuidadores informais. Estes deparam-se com constantes desafios, sendo que, um dos primeiros desafios é a transição para o novo papel. A sobrecarga do cuidador informal está associada a desgaste físico e mental, o esforço que este realiza faz sentir-se incapaz, exausto física e psicologicamente, sozinho e com medo.

Num estudo de Amaral *et al.* (2020) em 77 cuidadores informais concluíram que as dificuldades mais percecionadas pelos cuidadores estão relacionadas com as dimensões “reações à prestação de cuidados”; “Exigências de ordem física na prestação de cuidados” e “Problemas relacionais com a pessoa dependente”. Assim como Martins *et al.* (2014), cujo estudo demonstrou os cuidadores informais percecionam maiores dificuldades em termos de exigências de ordem física, nas reações à prestação de cuidados, onde sobressaiu o medo, a preocupação, a revolta, a ansiedade, e nas restrições da sua vida social. Varizo (2011)

refere que as dificuldades sentidas diariamente pelos cuidadores informais devem-se à falta de reconhecimento social e de informação, à constante necessidade de supervisão, assistência e ao esgotamento dos recursos físicos, emocionais e económicos. Estas dificuldades resultam na diminuição da qualidade de vida do cuidador informal, o que requer apoio profissional. Khanal & Chalise (2020) mencionam que com o aumento do nível de dependência da pessoa cuidada, aumentam as dificuldades percebidas pelos cuidadores informais, desde as exigências físicas na prestação de cuidados, as restrições na vida social e desgaste emocional, o que se traduz em sobrecarga do cuidador informal. A este respeito refere que Teixeira (2018), no seu estudo, constatou que os cuidadores informais revelavam sobrecarga intensa. A sobrecarga objetiva incluiu as dimensões “Impacto da prestação de cuidados” e “Relação interpessoal” e a sobrecarga subjetiva abrangeu os itens “Expectativas face ao cuidar” e “Perceção da autoeficácia”. Maior sobrecarga na dimensão relativa às expectativas face ao cuidar, seguindo-se a relação interpessoal, o impacto da prestação de cuidados e a perceção da autoeficácia. Ainda no estudo de Pereira (2018a) o esforço físico e emocional, a saúde na generalidade, a restrição na vida pessoal, social, familiar e no trabalho e o insuficiente apoio formal foram identificados como dificuldades, enquanto que as necessidades identificadas foram o suporte formal e o suporte informal, o apoio financeiro, a formação/conhecimento e o reconhecimento do papel de cuidador informal através de políticas sociais.

O cuidar no domicílio influencia a vida do cuidador informal no seu quotidiano, por tal, torna-se necessário que as ECCI prestem um maior apoio, dando-lhes motivação e valorizando o seu trabalho. Estes resultados refletem a importância de se assumir os cuidadores informais como um foco dos cuidados, uma vez que estes desempenham um importante papel na continuidade dos cuidados. Deste modo, é fundamental que as suas necessidades sejam identificadas e façam parte do plano de intervenção da ECCI. Assume, assim, toda a relevância o processo de capacitação do cuidador informal para cuidar do utente/familiar no domicílio deve ser promovido pelos profissionais de saúde, através da proteção e restauração face aos stressores e apoiar os cuidadores informais a nível psicológico, através de uma boa comunicação.

Ramos (2012) também constatou que há alterações na vida dos cuidadores informais, cujas implicações são a vários níveis, com destaque para as implicações na vida social, sobrecarga psicológica, implicações nas atividades que antes prazerosas, implicações em termos de saúde, sobrecarga física, Implicações nas atividades de vida diária, sobrecarga monetária e alterações na vida familiar e profissional. Neste sentido, importa referir que as necessidades dos cuidadores informais devem ser avaliadas pela equipa multidisciplinar, para que se possa necessariamente apoiá-los de forma estruturada.

É imprescindível atender às suas necessidades, uma vez que a vivência de todo o processo de doença do seu familiar exige muito de si, podendo apresentar um elevado risco de desgaste físico e emocional. Não se pode subvalorizar as suas necessidades. Como tal, assume grande relevância a intervenção dos enfermeiros, o que pressupõe sempre a identificação da situação familiar, dos seus recursos, das suas incapacidades, dos seus medos, uma vez que só assim se poderá estabelecer um plano assistencial que possibilite satisfazer as necessidades dos cuidadores informais. Deve sentir-se, na prática profissional, que os cuidadores informais também são verdadeiramente cuidados.

Em relação às estratégias para os cuidadores poderem superar as dificuldades na prestação de cuidados ao utente/familiar, emergiram 8 subcategorias: *coping* emocional (n=2), capacitação do cuidador (n=1), apoio familiar (n=3), capacitação do utente/familiar (n=1), apoio na satisfação dos autocuidados (n=1), cuidados de saúde (n=4), apoio social (n=2) e desejar ter um cuidador a tempo integral (n=1). Estas estratégias vão ao encontro do que realmente as ECCI podem fazer junto dos cuidadores, ou seja, vê-los como um dos focos de atenção, capacitando-os através de intervenções que potenciem uma melhoria na sua vida e que influenciem positivamente a prestação de cuidados. Como referem Martins et al. (2014, p. 182) é imprescindível conhecer-se esta realidade, o que possibilita à equipa “garantir que quem cuida não fique por cuidar”.

Assim, os cuidadores procuraram adotar estratégias de *coping* tanto focado na emoção, como também focado no comportamento, procurando adquirir apoio de cuidadores formais, capacitação do cuidador e utente e ter apoio de terceiros.

A capacitação quer do utente na sua autonomia e bem-estar, e do cuidador na prestação de cuidados, na capacidade de resolução dos problemas e de obtenção de informação constitui uma das estratégias relevantes mencionadas pelos participantes. Segundo um estudo de Ugur & Erci (2019), em que utilizou método experimental verdadeiro a utentes pós-AVC e cuidadores com 2 grupos, um em que prestaram cuidados de enfermagem ao domicílio ao utente e sessões de educação/capacitação do cuidador e o outro grupo controle em que não realizaram intervenção nenhuma. Os resultados obtidos indicaram que, os cuidados prestados aos doentes com AVC e a educação dos seus cuidadores diminuiu a sobrecarga e aumentou a qualidade de vida dos cuidadores.

Procurou-se saber qual a opinião dos cuidadores informais sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente vir para domicílio, verificando-se a maioria (n=6) a considera muito pertinente, justificando que esta seria uma forma de estarem mais capacitados para prestar cuidados ao utente/familiar, sentindo-se mais apoiados, para que fossem avaliadas as condições da habitação, se há condições monetárias para se poder dar

resposta cabal a todas as necessidades da pessoa cuidada, se há a necessidade de ajudas técnicas e, inclusive, para avaliar a disponibilidade do próprio cuidador informal para a prestação de cuidados de forma integral. Dois dos cuidadores consideram pertinente a visita domiciliária antes do doente vir para domicílio, sendo esta uma forma de se inteirarem de tudo quanto seria necessário para prestarem cuidados ao utente/familiar, para se fazer um diagnóstico das condições da habitação, ou seja, para que a equipa tivesse noção da realidade de cada um. Estes resultados corroboram a importância da visita domiciliária, que se constitui num importante instrumento de atenção à saúde, dando a oportunidade, a partir do conhecimento da realidade local do cuidador informal, da sua estrutura familiar, condições habitacionais, necessidade de ajudas e apoio ao cuidador informal, fortalecimento, inclusive, os vínculos entre o cuidador informal/utente/profissional de saúde, para além de atuar na promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa cuidada (Menezes et al. , 2017). A visita domiciliária consiste na prestação de cuidados de saúde no local de habitação do utente, no seu meio natural, possibilitando uma maior proximidade do enfermeiro com o utente/cuidador, revelando-se como melhor meio de conhecimento desta díade no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio, permitindo-lhes ganhos em saúde (Filipe, 2011). Garcia & Teixeira (2009 p, 16) referem que a visita domiciliária é uma “metodologia de trabalho de carácter educacional, assistencial e exploratório”. É definida como a prestação de cuidados de saúde ou de âmbito social, no local de residência do utente/família, no seu meio ambiente. Esta possibilita uma maior proximidade do profissional de saúde com a família, revelando-se o melhor recurso para conhecer a família no seu contexto habitacional relacional, estrutural e redes de apoio, com o objetivo de aconselhar, orientar e capacitar as pessoas para a resolução dos seus problemas, para que se tornem autónomas, proporcionando-lhes ganhos em saúde e a todos os elementos do núcleo familiar. Assume-se como uma estratégia que possibilita aos enfermeiros aproximarem-se do domicílio do utente e, no caso concreto, do cuidador informal, tornando exequível conhecer o seu meio físico e psicossocial, procurando identificar as características socioculturais e antecedentes de saúde dos elementos da família, bem como permite detetar precocemente problemas de saúde e/ou necessidades, para que se possa intervir de forma preventiva e eficazmente, objetivando apoiar, guiar e aconselhar a pessoa e seus familiares (Pinto, 2016).

Segundo Martins & Santos (2020), as intervenções dos enfermeiros junto dos cuidadores informais focados na sua capacitação e da pessoa para satisfazer as necessidades nos autocuidados, na identificação e resolução das barreiras arquitetónicas para a obtenção de um ambiente seguro e na monitorização da pessoa cuidada. Havendo evidências que as intervenções destes profissionais contribuem para uma melhor efetividade

na capacitação da pessoa/cuidador informal no processo de autogestão da doença, com melhoria da autonomia da pessoa e consequentes ganhos em saúde. Ainda segundo este autor, a promoção da capacitação traz ganhos não só na otimização dos autocuidados das atividades de vida diárias, no equilíbrio, prevenção de quedas, na diminuição do grau de dependência da pessoa cuidada e no controlo dos sintomas, mas também sobre a importância de melhorar a cognição, de estabelecer estratégias de controlo da ansiedade, diminuição do stress, otimização do papel de prestador de cuidados e das estratégias de *coping* e na redução da sobrecarga do cuidador. Realçam também a importância do investimento na capacitação do utente e do cuidador informal, mantendo a continuidade de cuidados, sendo um recurso benéfico para as famílias, para a comunidade e para a sociedade em geral face ao aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado.

Tendo em conta estes resultados e a evidência científica, considera-se importante que se faça a visita domiciliária antes do utente/familiar ir para o domicílio, como forma de se diagnosticarem todas as necessidades dos cuidadores informais, promover a sua saúde, aconselhamento, transmissão de informações e ensinamentos em áreas específicas da prestação de cuidados. Será fundamental que os cuidadores informais tenham acesso a esta visita domiciliária, que se assume como um suporte para a sua adaptação ao papel de cuidador e um recurso que as pode ajudar a minimizar as dificuldades no seu autocuidado e nos cuidados à pessoa cuidada. É também fundamental que o enfermeiro avalie as necessidades de aprendizagem do cuidador informal e respetiva família, promovendo reforços positivos em relação às capacidades de desenvolvimento das suas habilidades em cuidar do seu familiar, o que se traduzirá num aumento da sua qualidade de vida e da pessoa cuidada. Na visita domiciliária, o enfermeiro tem de demonstrar respeito pelas capacidades, crenças e valores do cuidador informal, usando da escuta ativa e estabelecimento de uma relação empática para que as interações estabelecidas durante a visita domiciliária sejam bem-sucedidas. Pinto (2016) refere que as visitas domiciliárias contemplam objetivos e estratégias a curto, médio e longo prazo, cujas estratégias implementadas devem passar pela realização de formação/capacitação dos cuidadores informais, avaliação das suas necessidades e intervenção da enfermagem na pessoa cuidada e no seu cuidador.

Neste sentido, e como já referido, após a análise qualitativa dos dados e após uma reflexão crítica sobre a literatura, elaborámos um projeto de intervenção “Integrar +”. Para além destes pressupostos, contribuíram para o desenvolvimento deste projeto as instituições envolvidas, nomeadamente a UCC de Tondela e a ESSV como instituições promotoras do projeto-piloto e as UCCI Acredita, de Farminhão e de Santa Comba Dão

enquanto instituições parceiras para a concretização do mesmo. E com conhecimento prévio e concordância da ECL, ECR e RNCCI.

2.1.5. Conclusões do estudo

A primeira conclusão a que se chegou é que se conseguiu dar resposta às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados.

Pode concluir-se que todos os cuidadores informais não se sentiam preparados para receber o utente/familiar no domicílio.

Apurou-se que 6 cuidadores admitem que a habitação estava inadequada para receber o seu familiar, tendo de fazer, *a posteriori*, adaptações, organizando o espaço. Apenas 2 cuidadores relataram que a habitação estava adequada.

Quanto a os cuidadores informais terem algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa, apenas 2 cuidadores admitiram que já tinham subsídio, apesar de não ser muito, os restantes 6 cuidadores confirmaram que não tinham e não têm presentemente algum apoio da Segurança Social/subsídio. Constatou-se que todos os cuidadores necessitaram de adquirir ajudas técnicas. Todavia, 3 já possuíam equipamentos através da chegada do familiar ao domicílio, por dependência prévia do mesmo ou providenciada pelo hospital. Os outros cuidadores tiveram de adquirir ajudas técnicas depois, como cama articulada, cadeira de rodas, mesa articulada, colchão apropriado, cadeira de ir ao banho e andarilho. Houve a necessidade por parte de 3 cuidadores de solicitar, antes do utente ir para o domicílio, Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação, enquanto 2 cuidadores solicitaram esse apoio após a chegada do utente ao domicílio.

Concluiu-se ainda que as necessidades vivenciadas pelos cuidadores na prestação de cuidados ao utente/familiar foram: físicas, psicológicas/emocionais, financeiras, sociais e falta de disponibilidade, e cujas estratégias para superarem essas dificuldades na prestação de cuidados ao utente/familiar, se traduziram na capacitação do cuidador e utente/familiar, apoio na satisfação dos autocuidados, apoios familiar e social, cuidados de saúde, *coping* emocional e desejar ter um cuidador a tempo integral.

A opinião dos cuidadores informais sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente vir para domicílio foi considerada 'muito pertinente' (n=6) e 'pertinente' (n=2), vendo na mesma uma forma de estarem mais capacitados para prestar cuidados ao utente/familiar, sentindo-se mais apoiados e para que fossem avaliadas as condições (físicas, humanas, materiais e técnicas) indispensáveis à continuidade de cuidados do utente/familiar no domicílio.

3. Avaliação por Competências

A realização do estágio e do presente estudo **“Implementação de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão na Equipa de Cuidador Continuados Integrados: O papel do enfermeiro na integração dos cuidados”** tem o propósito do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária expressas em diário da República no Regulamento nº 428/2018, artigo 2º para a obtenção do grau de mestre de acordo com o capítulo III, Artigo 15º. Do Decreto-Lei n.º 63/2016 exibido em diário da República.

Ao nível do planeamento em saúde tive a oportunidade de elaborar em contexto de estágio um projeto de investigação/intervenção, numa temática sugerida pelos profissionais, nomeadamente, na área da integração dos cuidados e com a articulação entre os vários serviços que referenciam utentes e a ECCL, sendo esta área uma das prioridades do SNS. Foi extremamente enriquecedor desenvolver as fases do planeamento do projeto, a fase de inicial de discussão sobre como se iria desenhar o projeto, que instrumentos se poderiam usar para implementar, como e quando. A importância de estabelecer as parcerias em comunidade foi uma competência também atingida neste âmbito. Foram várias as reuniões que promovi e intervim no âmbito deste projeto que mostraram a importância de trabalhar em comunidade, com apoio e intervenção de várias instituições, pois todas elas têm o seu contributo na comunidade. Antes da sua implementação foi realizada uma visita domiciliária pré-admissão teste para avaliar a viabilidade e operacionalização da mesma, sendo que o retorno foi positivo dos profissionais e cuidador envolvido.

Este projeto-piloto permitiu-me estabelecer ligação e aproximar parceiros na comunidade, sendo efetuados várias reuniões ao longo do estágio no âmbito deste projeto que não só contribuíram para reforçar a importância destas articulações como também para desenvolver as minhas competências comunicacionais.

A par do desenvolvimento do projeto, pude também contribuir no processo de investigação científica através da elaboração de um estudo qualitativo a cuidadores informais para conhecer a sua opinião sobre o projeto-piloto entre outras vivências enquanto cuidadores. Que foi igualmente rico não só ao nível de investigação, mas também no contacto com os cuidadores pois com o método de entrevista possibilitou um contacto direto com os mesmos, estabelecendo uma relação de confiança e aprimorando as minhas competências relacionais e humanas.

Desenvolvi conhecimentos em várias plataformas de registo, seja ao nível da RNCCI, do SClínico ou do Trace Covid 19, pautando por realizar registos com linguagem correta e científica.

Este estágio na UCC reforçou o quão fundamental é o papel do enfermeiro no seio da comunidade, tem por missão, contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde à população da sua área geográfica de intervenção. Atuando em indivíduos, famílias e grupos saudáveis ou vulneráveis/fragilizados (SNS, 2021). Abraçando projetos de intervenção comunitária, em diversas áreas, como a Saúde Escolar, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, monitorização da ECCL, preparação pré-parto, entre outras, que mostram toda a diversidade e alcance do trabalho do enfermeiro comunitário, a possibilidade de fazer a diferença, de melhorar o futuro e que tanto me cativa.

Pude constatar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na comunidade, junto da população que lhe está mais próxima, sendo um apoio às famílias que cuidam de outros, identificando problemas, procurando estratégias de resolução e intervenções, promovendo a sua capacitação enquanto cuidadores, melhorando assim a qualidade e segurança dos seus cuidados.

Desde sempre, procurei aproveitar todas as oportunidades, com o intuito de obter um elevado crescimento profissional e pessoal como futura enfermeira especialista.

Face ao que foi exposto, considero que, os objetivos propostos foram concretizados, as atividades realizadas e assim concretizadas as competências do enfermeiro especialista. Todo o meu percurso foi gratificante, enriquecedor e muito profícuo em termos de autonomia e aquisição de competências, como enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, resultando numa avaliação muito boa.

Considerações Finais

Face aos resultados apurados, enfatiza-se a importância da preparação do cuidador informal para satisfazer as várias necessidades do utente a nível de autocuidados, nas dificuldades em posicionar, na alimentação por sonda ou nos cuidados a outro dispositivo e que tenha de haver preparação. É de grande relevância os ensinamentos e a educação para a saúde aos cuidadores informais, utente e famílias pelos profissionais de saúde nas visitas domiciliárias e reavaliação constante pelos enfermeiros da aquisição destas competências por parte do cuidador informal, capacitando-o para a prestação de cuidados e capacitar o próprio utente/familiar no caso de ter autonomia para isso. Não se pode imiscuir das limitações físicas de alguns cuidadores, porque há muitos idosos a cuidar de outros idosos, tal como demonstrou o presente estudo. Assume igual importância o domicílio estar preparado com antecedência para as condições do utente, o que poderá implicar, em muitos casos, fazerem-se pequenas alterações/obras.

Mediante as dificuldades que os cuidadores informais apresentaram é indispensável que estes tenham ajudas técnicas, como a cama articulada, mesa articulada para comer na cama, cadeira higiénica ou de rodas, dispositivos de marcha do utente, estes equipamentos vão facilitar, como referiram os entrevistados, a prestação de cuidados e a tarefa do próprio cuidador que pode, por exemplo, sentar o doente na cama se esta for articulada, sem grande esforço físico, permitir mais segurança caso haja uma cama com grades. Se os cuidadores tiverem as ajudas técnicas antes do utente/familiar ir para o domicílio facilita a transição do utente, pois o cuidador sente a sua tarefa facilitada, o que vai ao encontro do projeto “Integrar+”, cuja construção adveio da necessidade/sugestão dos profissionais da ECCI de Tondela aumentarem o potenciamento da articulação entre a sua unidade e os serviços de saúde que referenciam os utentes para a mesma, com a finalidade de aumentar os ganhos em saúde. É fundamental informar os cuidadores informais que na comunidade há autarquias e empresas que alugam este tipo de equipamentos e a visita domiciliária serve também como meio de informação destas opções. Assim como os Serviços de Apoio ao Domicílio constituem um suporte importante, pois quase todos os entrevistados demonstraram a necessidade destes serviços para auxílio nas tarefas. Neste sentido, deve colmatar-se a falta de informação sobre que serviços existem e, assim, as equipas de saúde também podem informar sobre, inclusive, a importância de contratar os serviços atempadamente, se possível, no sentido de quando o doente chegar a casa, o cuidador já ter apoio nos cuidados, o que aumenta a segurança do cuidador informal para a prestação

de cuidados, ficando menos sobrecarregado. Tem de se divulgar mais sobre o apoio social, pois verificou-se que ainda há pouca informação/conhecimento, aqueles que podem ter direito a ajudas/subsídios muitas vezes desconhecem-no. As equipas também devem prestar apoio a nível psicológico/emocional ao cuidador informal.

Por tudo o descrito, deve dar-se continuidade ao projeto: “**Integrar +**”, que tem como foco a importância da articulação entre os serviços e a preparação da chegada do doente ao domicílio, para que se possa avaliar precocemente a capacitação do cuidador informal para receber o seu familiar/utente em domicílio; identificar e avaliar as condições socioeconómicas, habitacionais e outros elementos pertinentes para se poder dar seguimento ao ingresso do utente na ECCI; estabelecer uma articulação precoce com outros recursos na comunidade; potenciar a continuidade dos cuidados e o fluxo de comunicação entre os serviços de referência; apoiar os familiares/cuidadores neste processo de transição; aumentar os ganhos em saúde quer para a pessoa cuidada, quer para o cuidador informal.

Em suma, a realização do Estágio em Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social foi fundamental para a aquisição de competência necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Deste modo, foram adquiridas as competências patentes no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, através do estágio realizado na UCC de Tondela, da elaboração do estudo de investigação junto dos cuidadores e criação e desenvolvimento do projeto de intervenção designado de “**Integrar+**”, que visa potenciar a integração dos cuidados aos utentes que são admitidos em ECCI, melhorando a qualidade e segurança dos mesmos. Envolveu todo um processo de pesquisa, incorporando novos conhecimentos, criando novos projetos na prática do cuidar, para um ganho efetivo em saúde do utente, cuidador, família e comunidade. Convicta das exigências profissionais e da responsabilidade acrescida que se concretizou este percurso que tando me enriqueceu, tanto profissional como pessoalmente.

Referências bibliográficas

- Amaral, M. O. P., Matos, N. A. M., Veija, N. J., Matos, D. S. P. (2020). Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. *Archives oh Health Sciences* 2020 jan-mar: 27(1) 37-41. ISBN: 2318-3691. DOI: 10.17696/2318-3691.27.1.2020.1710
- André, S.M.F.S., Cunha, M., & Rodrigues, V.M.C.P. (2010). Família enquanto entidade cuidadora. *Millenium*; 31, 131–134. https://www.researchgate.net/publication/266485721_FAMILIA_ENQUANTO_ENTIDADE_CUIDADORA/link/55e4331a08ae6abe6e8e9850/download
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Estudos de Psicologia* 3 (2). 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Barros, M. L. A. M. (2013). "Um olhar sobre o Cuidador Informal". [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus]. http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/10557/1/RELAT%C3%93RIO_UM%20OLHAR%20SOBRE%20O%20CUIDADOR%20INFORMAL.pdf
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2007). Chapter 4: Qualitative Data. *Qualitative research for education: An introduction to theories and methods*. 5th ed. (pp. 133-142). Boston: Allyn and Bacon. http://math.buffalostate.edu/dwilson/MED595/Qualitative_intro.pdf
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *"International nursing review,"* 62(3), 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- DeJonckheere, M., & Vaughn, L.M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Com Health*; 7:e000057, 1-8. doi:10.1136/fmch-2018-000057
- Dantas, P.D.F. (2020). A sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira: Um estudo transversal-descritivo. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34496/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Pe dro_Dantas.pdf

- Dias, E. N., Pais-Ribeiro, J. L., (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, nº2 maio/ago. pp. 55-66. ISSN: 2177-093X. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- 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
- Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., van Hoof, S.J.M., Schols, J.M.G.A., & Kempen, G.I.J.M. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*; 12; 16:5. doi: 10.1186/s12877-016-0187-4.
- Errasti-Ibarrondo, B.E., Díez-Del-Corral, M.P., Jordán, J.A., & Arantzamendi, M. (2019). van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? *Nursing Inquiry*; 26, 2-10. DOI: 10.1111/nin.12259.
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2019). Guia Orientador dos Estágios – 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária 2019/2021. Viseu: ESSV IPV
- Figueiredo, C.G. (2013). Vulnerabilidade ao stress do cuidador informal. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu]. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1971/1/FIGUEIREDO,%20Carla%20Gon%20C3%A7alves%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado2.pdf>
- Filipe, M.F.S.S. (2011). Visita domiciliária: contributos da enfermagem na manutenção da amamentação. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra Faculdade de Medicina]. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20122/1/Visita%20domicili%C3%A1ria_Contributos%20da%20enfermagem%20na%20manuten%C3%A7%C3%A3o%20da%20amamenta%C3%A7%C3%A3o_F%C3%A1tima_Filipe.pdf
- Freire RMA, Lumini MJ, Martins MM, Martins T, Peres HHC. (2016). Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2749. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0860.2749>.

- Garcia, I., & Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 15(1), 165-178. <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365/837>
- Gato, A. P. (2013). Enfermagem Comunitária: Memória e Identidade(s). [Tese de Doutorado em Saúde Pública – Da assistência aos pobres aos Cuidados de Saúde Primários: o papel da Enfermagem] (1926-2002). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. 2013. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEEC_III EncontroBoasPraticas/AnaPaulaGato_EnfermagemComunitariaMemorialIdentidade.pdf
- Justo F. (2019). Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCI. Que Realidade? [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31362/1/Publica%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Filipa%20Justo.pdf>
- Instituto da Segurança Social (2021). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal (8004 – v1.03)*. Departamento de Prestações e Contribuições. https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004_Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4
- Johnston, C. M., Wallis, M., Oprescu, F. I., & Gray, M. (2017). Methodological considerations related to nurse researchers using their own experience of a phenomenon within phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 574–584. <https://doi.org/10.1111>
- 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>
- Kiran, T., Wells, D., Okrainec, K., Kennedy, C., Devotta, K., Mabaya, G., Phillips, L., Lang, A., & O'Campo, P. (2020). Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home - brainstorming results from group concept mapping: a patient-oriented study. *CMAJ open*, 8(1), E121–E133. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190009>
- Maió, E.P. (2018). Capacidades do Cuidador Informal para cuidar da Pessoa com Dependência no autocuidado. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde].

<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3841/1/Tese%20Elsa%20Preciosa%20Maio%205160012.pdf>

- Martins, C.S.G., Corte, A.E.M., & Marques, E.M.B.G. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*; Vol. 1, 177-184. http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_177.pdf
- Martins, R., & Santos, C. (2020). *Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença*. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (No 2), 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Menezes, N.G.A., Silva, G.K.R., Nascimento, M.N.B., Santos, R.D.O., & Barros, A.M.M.S. (2017). Um olhar da enfermagem voltado à importância da visita domiciliar na ESF: Uma revisão de literatura. *International Nursing Congress Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society*; 1-5. <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/5589/2285>
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto- Enfermagem*, 18 (1), pp. 165-169. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>
- Mendes, F.R.P., Gemitto, M.L.G.P., Caldeira, E.C., Serra, I.C., & Casas-Novas, M.V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*; 22(3), 841-853. DOI: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- Nunes, L. (2016). Os Limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*. 59 nº2. Março-abril. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia em Enfermagem*. Lusodidacta. 2ª Ed. ISBN: 978-989-8075-86-4
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). Health at a Glance - OECD indicators. Paris: Author. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Lisboa.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Palacio, C., Krikorian, A., & Limonero, J. T. (2018). The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden. *Palliative & supportive care*, 16(3), 269–277.
<https://doi.org/10.1017/S1478951517000268>
- Pereira, M. S. M. (2018a). Cuidadores informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida. [Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Especialização em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais].
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28267/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Mestrado_GerontologiaSocial_MartaPereira.pdf
- Pereira, C. A. R. (2018b). Cuidador informal de idosos dependente: Avaliação das dificuldades e autoeficácia. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde].
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/17875/1/pauta-relatorio-5.pdf>
- Phaneuf, M. (2001). Planificação de Cuidados: um sistema de integração personalizada. Coimbra. ISBN: 972-8535-78-3
- Pimentel, L. (2013). *Filho és Pai serás, Cuidar de Pessoas Idosas em Contexto Familiar*. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 9789898218940
- Pinto, M.A.F. (2016). Consulta de Enfermagem Domiciliária. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Porto].
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21289/1/Marco%20Pinto%20final%20total.pdf>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República* IA(109) <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114448786/201712290000/73500502/diploma/indice>
- Portugal, Despacho n.º 3730/2011. (2011, fevereiro 25). Identifica as unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para os anos de

2010 e 2011. *Diário da República*. II(40). <https://dre.tretas.org/dre/282532/despacho-3730-2011-de-25-de-fevereiro>

Portugal. Lei n.º 156/2015. (2015, setembro 16). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I(181). 70309896 (dre.pt)

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

Portugal, Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016, setembro 13). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. [Portugal]. *Diário da República*, I(176), pp. 3159-3191. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Portugal, Portaria nº 50/2017. (2017, fevereiro 2). *Diário da República*, I(24) <https://dre.pt/application/conteudo/106388650>

Portugal, Regulamento 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, II(135), pp. 19354-19359. <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Portugal, Lei n.º 58/2019. (2019, agosto 08). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Diário da República*, I(151), pp. 4–40. Acedido em https://www.cnpd.pt/home/legis/nacional/Lei_58_2019.pdf

Portugal, Lei n.º 100/2019, (2019, setembro 6). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. *Diário da República*, I(171). <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6): Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II(26). pp. 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Queiróz, A.A., Meireles, M.A., & Cunha, S.R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência, 2007. XI. ISBN 978-972- 8930-38-7.

Ramos, C.P. (2012). Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira

Interior. Faculdade Ciências da Saúde].
<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1180/1/Dificuldades%20e%20Necessidades%20de%20Cuidadores%20Informais%20de%20Idosos%20Dependentes%20da%20Beira%20Interior.pdf>

Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, Missão para os cuidados de saúde primários (2007) – Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Setembro. Lisboa. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Orientacoes-para-a-constituicao-nos-centros-de-saude2.pdf>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2018). Manual de Planeamento e Gestão de Altas. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf

Regulamento (UE) 2016/679 (27 de abril de 2016). Parlamento Europeu e do Conselho relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

Rodrigues, M. J. T. (2018). Capacidades autopercecionadas pelo cuidador informal no cuidado à pessoa dependente. [Mestrado em Enfermagem à Pessoa Crítica 5ª ed, Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria.]. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3842/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20aluna%20maria%20joao%20rodrigues%20n%C2%BA%205160016.pdf>

Sant'ana, E. R. R. B; Taia, L; Medeiros, M. (2001) -*O significado de visita domiciliar para usuários de um programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) em Goiânia*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

Santos, A.G. (2020). *Cuidadores Informais, e agora! – O papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32706/1/ADRIANA_GALA_SANTOS.pdf

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Coord, 2ªed.). LIDEL

- Serviço Nacional de Saúde (2017). Bilhete de Identidade Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários. UCC Tondela. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *SNS+ Proximidade. Mudança centrada nas pessoas*. Serviço Nacional de Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNsProximidade-1.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2021a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. UCC Tondela. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182151/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2021b). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. UCC Tondela. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Sakellarides, C; Araújo, F. (2020). Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. *Acta Med Port* 2020 Jul-Aug;33(7-8):456-458. <https://doi.org/10.20344/amp.14130>
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., & Fortuño, M. L. (2017). Necessidades Dos Cuidadores Familiares De Pessoas Com Demência a Residir No Domicílio: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 45-50. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0166>
- Teixeira, A.M.D.P. (2018). Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Dependente no Autocuidado. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde]. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3835/1/Tese%20Vers%C3%A3o%204%20Final%20%2BAlexandra%20Teixeira.pdf>
- Torres, A.P.M., & Monte, B.A.P. (2011). A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e o seu impacto a nível regional. *17.º Congresso da APDR*. Bragança-Zamora, pp. 1607-1619. <https://core.ac.uk/download/pdf/153410316.pdf>.
- Ugur, H. G., & Erci, B. (2019). The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality of Life. *Acta clinica Croatica*, 58(2), pp. 321–332. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.16>
- Van Manen, M. (2017). *But is it phenomenology?* *Qualitative Health Research*, 27(6), 775–779. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- Varizo, M. C. C. (2011). Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Doentes Dependentes. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da

Universidade

Fernando

Pessoa].

http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2846/3/T_24392.pdf

World Health Organization (2017, junho 21). WHO: What is people-centred care? [Video].

<https://www.youtube.com/watch?v=pj-AvTOdk2Q>

Apêndices

Apêndice I – Projeto “Integrar+”



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

PROJETO DE INTERVENÇÃO “INTEGRAR +”

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima

Nº 2975

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

junho de 2021

PROJETO DE INTERVENÇÃO

“INTEGRAR +”

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima, Nº 2975

Projeto realizado no âmbito do Estágio com Relatório Final:
Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, do 5º
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na UCC do ACeS
Dão Lafões – Unidade de Tondela sob orientação da Sr.ª Enfermeira
Paula Carvalho Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e
supervisão pedagógica da Professora Doutora Odete Amaral.

junho, 2021

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 – Instituições de Saúde que integram o projeto Integrar + – fase piloto.....	121
Figura 2 – Modelo de Intervenção do projeto-piloto. Legenda: * A Unidade de Cuidados Paliativos de Tondela está integrada no CHTV.....	122

Lista de abreviaturas, siglas e abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CCI	Cuidados Continuados Integrados
Cf.	conforme
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CSP –	Cuidados de Saúde Primários
EPE	Entidade Pública Empresarial
ECCI	Equipa de cuidados continuados integrados
EGA	Equipa de Gestão de Altas
p.	página
RNCCI	Rede de Cuidados Continuados Integrados
SNS	Serviço Nacional de Saúde
Sra.	Senhora
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
UC	Unidade de Convalescença
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCCT	Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULDm	Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS	Unidade Local de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMCSP - Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários

UMDR Unidade de Média Duração e Reabilitação

URAP Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF Unidade de Saúde Familiar

USP Unidade de Saúde Pública

Sumário

Pág.

Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e abreviaturas	
Sumário	
Introdução.....	107
1. Enquadramento teórico	109
2. Estrutura do Projeto Integrar +	117
2.1. <i>Objetivos</i>	118
2.2. <i>Entidades Promotoras e Parceiras</i>	118
2.3. <i>Modelo de Intervenção do Projeto</i>	121
2.4. <i>Metodologia</i>	122
2.5. <i>Visita domiciliária Pré-Admissão</i>	123
2.6. <i>Avaliação do Projeto</i>	124
Considerações finais.....	125
Referências bibliográficas	127
Apêndices do projeto-piloto	130
Apêndice I – Formulário da Visita Pré-Admissão na ECCI de Tondela.....	131
Apêndice II – Consentimento Informado ao cuidador informal para aplicação do Formulário da Visita Pré-Admissão na ECCI de Tondela.....	135
Apêndice III – Apresentação do projeto-piloto a elementos da ECR e da RNCCI.....	137
Apêndice IV – Apresentação do projeto-piloto às UCCI	143
Apêndice V – Resumo do Projeto de Intervenção Integrar +.....	147
Apêndice VI – Guião da Entrevista a Cuidadores Antes da Implementação do Projeto	151
Apêndice VII – Consentimento Informado da entrevista.....	153
Apêndice VIII – Cronograma de atividades do projeto-piloto.....	155
Anexos do projeto-piloto.....	156
Anexo I – Declaração das Instituições para colaboração no Projeto-piloto.....	157
Anexo II – Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, Chaves, & Duarte, 2012)..	163
Anexo III – Autorização para aplicação da Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, Chaves, & Duarte, 2012)	167

Introdução

O desenvolvimento deste projeto surge no decurso do estágio com relatório final na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Tondela, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu.

A enfermagem comunitária trouxe um novo paradigma para a enfermagem, direcionando o foco do cuidado para o contexto comunitário, dirigido não só aos indivíduos, mas também às suas famílias, a grupos e à comunidade, considerando os vários determinantes que envolvem as suas situações de vida e saúde. Assim, *“a identidade da enfermeira comunitária integra a preocupação com o outro, uma visão global da saúde e da pessoa, empenho na participação das pessoas, humanização, intervenção comunitária, as preocupações com a promoção de estilos de vida saudáveis e com a continuidade e articulação dos cuidados e a propensão para o trabalho em equipa”* (Gato, 2013).

Este projeto designado “Integrar⁺” foi desenhado como o objetivo de fomentar a articulação e a integração entre prestadores de cuidados de saúde de diversas instituições de saúde colocando o indivíduo e as famílias no centro das intervenções de todos os profissionais e serviços. Deste modo, aumentar os ganhos em saúde dos utentes e cuidadores. Considerámos como intervenientes neste projeto os cuidadores informais e utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Tondela.

O Projeto “Integrar⁺” surgiu por sugestão/necessidade sentida pelos profissionais da ECCI de Tondela no sentido de potenciar a articulação entre a mesma e as entidades referenciadoras, visando a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do utente e cuidador informal. A evidência científica tem demonstrado a necessidade de reforçar a integração dos cuidados e o apoio ao cuidador informal. A integração constitui hoje uma prioridade a nível nacional e a sua importância pode ser comprovada pela literatura e conferências produzidas sobre esta matéria e programas prioritários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nomeadamente o Programa “Literacia em saúde e integração de cuidados”. Ao longo das últimas décadas têm-se verificado alterações populacionais importantes e um aumento da esperança média de vida que conduz a uma população mais envelhecida com predomínio das doenças crónicas e comorbilidades. A prestação de cuidados a estes utentes requer uma atuação a vários níveis de cuidados, sendo importante promover a continuidade dos mesmos, garantindo a sua qualidade.

A ECCI, conforme o Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, consiste numa equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) 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. Tendo presente as funções e características da ECCI e os recursos locais (humanos e outros) disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde e serviço local da segurança social, conjugados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias, assume toda a relevância preparar a reinserção do utente no domicílio. As ECCI constituem-se como equipas de proximidade que asseguram a prestação de cuidados em contexto domiciliário, a pessoas em situação de dependência e aos seus familiares e/ou cuidadores, sempre que estas cumpram os critérios de ingresso e sejam encaminhadas, mediante referenciação formal da equipa de saúde familiar correspondente ou das equipas de gestão de alta dos hospitais de referência da zona geográfica (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007). Assim, as ECCI asseguram a prestação de cuidados de índole promocional, preventiva, curativa e de reabilitação, sendo equipas especializadas nas diferentes áreas da enfermagem.

Para tal, e no âmbito deste projeto, propomos a realização de uma visita domiciliária pré-admissão do utente em fase de transição para a ECCI com o intuito de avaliar, precocemente, a perceção do cuidador informal em relação às dificuldades sentidas com o processo de transição, avaliar o meio (condições socioeconómicas, habitacionais, barreiras arquitetónicas) e avaliar as necessidades de ajudas técnicas facilitadoras da prestação de cuidados no domicílio e promotoras da melhoria da qualidade de vida e conforto do utente, promovendo a articulação atempada com outros recursos da comunidade. Através da visita domiciliária pré-admissão, poder-se-á preparar o cuidador informal aquando da ida do utente para o domicílio, preparar ou iniciar a adaptação da habitação para o receber, solicitar atempadamente, caso seja necessário, ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade, e serviços de apoio ao domicílio.

Assim, com esta visita e por forma a ultrapassar as dificuldades iniciais, pretendemos aumentar a segurança e apoio aos cuidadores informais para que haja uma efetiva continuidade de cuidados. Pretendemos potenciar a comunicação entre a ECCI e outras entidades referenciadoras, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados e segurança/capacitação do cuidador informal.

De seguida iremos apresentar alguma evidência científica que fundamente o projeto e a sua importância, a estrutura e metodologia no planeamento do mesmo.

1. Enquadramento teórico

A importância de uma articulação eficaz entre os vários serviços de saúde tem ganhado cada vez mais relevância, pois, com a evolução do SNS nas últimas décadas, várias foram as alterações e criação de serviços para dar resposta às necessidades de saúde da população. Como a criação de serviços de cirurgia de ambatório, de hospital de dia e com o propósito de redução do número de dias de internamento hospitalar e segurança do doente, estabeleceu-se uma rede/agrupamentos de centros de saúde a nível nacional, em que a reorganização aconteceu com a criação de diversas unidades funcionais, tais como Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e UCC e com a RNCCI e as suas diversas unidades de internamento e de domicílio, para dar resposta aos utentes que deixaram de ser capazes de viver sem apoio de outrem. Esta área foi evoluindo, aumentando gradualmente e de modo diversificado a sua capacidade de resposta (Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde, 2017).

A RNCCI surgiu em 2006 (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho) e visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Permite prestar cuidados de forma individualizada, multidisciplinar, humanizada, com proximidade, proporcionando uma continuidade dos mesmos com diferentes setores da saúde para uma promoção e recuperação contínua da autonomia e conforto do utente, sempre com o envolvimento da família (Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde, 2021). A par das transformações sociodemográficas e sobretudo com o aumento do envelhecimento da população, têm surgido novos desafios, particularmente reabilitar, reinserir e desenvolver políticas de envelhecimento ativo, para o que o SNS tem contribuído com a criação de respostas, tendo em conta a crescente necessidade de cuidados em determinados grupos populacionais (Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2011). Como já referido, uma dessas áreas de atuação foi a reforma da saúde em Portugal, com expressão na criação da RNCCI através da publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Numa articulação conjunta entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, foram, assim, criadas unidades de internamento [unidades de convalescença (UC), de média duração e

reabilitação (UMDR), de longa duração e manutenção (ULDM) e de cuidados paliativos (UCP)], unidades de ambulatório [unidade de dia e de promoção da autonomia (UDPA)], equipas hospitalares [equipas de gestão de altas (EGA) e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos] e equipas domiciliárias ECCI) e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos]. A criação destas respostas multissetoriais tem como finalidade

promover a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal, sustentado por diversos *stakeholders*, como entidades públicas (hospitais, centros de saúde, centros distritais do Instituto da Segurança Social, I.P.) sociais e privadas (da Rede Solidária e da rede lucrativa), tendo o Estado por principal incentivador (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011, p. 7).

Na procura de identificar os valores pelos quais a RNCCI guia a sua atividade, estes consistem na

a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; f) avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; h) Participação das pessoas em situação de dependência e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede; i) Participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (Artigo n.º 6º, do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

A ECCI pertence à RNCCI que, por sua vez, visa a prestação de serviços domiciliários, 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 (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Trata-se de 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." apoiando-se "...nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais (Artigo n.º 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Ao nível do domicílio atuam as ECCI, sediadas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), na dependência hierárquica e funcional das UCC ou em cada Unidade Local de Saúde (ULS), que não tenha ACES constituído (Despacho n.º 3730/2011, de 25 de fevereiro).

Estruturalmente, as ECCI integram as UCC de cada ACES que, para além dos profissionais dos ACES (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional), está em articulação com os parceiros locais e recursos comunitários disponíveis, como forma de promoção de respostas complementares às necessidades dos utentes admitidos (Artigo n.º 27º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). A dimensão e a capacidade de resposta de cada ECCI estão dependentes das características geodemografias onde se insere, tendo em conta que cada UCC "não deverá ultrapassar o valor máximo de 100.000 utentes, conjugando os critérios de dispersão geográfica, dimensão e características demográficas, sociais e epidemiológicas da população" (Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007). A implementação deste processo é da responsabilidade dos ACES, em articulação com a Equipa de Coordenação Local (ECL) e Equipa Coordenadora Regional (ECR) da RNCCI. A ECL é composta por dois elementos dos CSP (médico e enfermeiro) e um elemento do setor social, nomeadamente do Centro Distrital do ISS, I.P. respetivo.

As principais responsabilidades das ECL são:

identificar as necessidades e propor à coordenação regional ações para a cobertura das mesmas; consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional; divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede; apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede; promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de

proximidade; promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede; alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

A Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, define as condições de funcionamento das equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados da RNCCI:

“a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais; b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante a comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados; c) Prestação de apoio psicoemocional; d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa; e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária; f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia; g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais” (Artigo n.º 8º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro).

Em conformidade com o mesmo disposto legal supracitado, na prestação de cuidados, a ECCI tem como foco ‘cuidar do doente e família’, partindo de uma avaliação técnica das reais necessidades do doente e do diagnóstico do contexto familiar em que o doente se insere. São fundamentais vários fatores, nomeadamente a aceitação da doença, as limitações funcionais, a labilidade emocional, o suporte social e financeiro, para que ocorra uma adequada prestação de cuidados às necessidades reais e complexas do doente na comunidade, objetivando a garantia da dignidade humana, a continuidade dos cuidados e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, procura desenvolver respostas integradas, agregadas e personalizadas, que garantam a continuidade de cuidados aos cidadãos. A promoção integrada da continuidade de cuidados só é possível através de um trabalho em equipa com o envolvimento dos utentes e respetivos cuidadores, respeitando-se sempre as suas necessidades e expectativas, sendo este um dos objetivos RNCCI.

Importa ainda salientar que, em casos de alta hospitalar e face à impossibilidade de integração direta em unidade de internamento, as ECCI desempenham um importante papel para assegurar a continuidade de cuidados no domicílio, possibilitando simultaneamente o início de um processo de reabilitação e de manutenção dos cuidados no ambiente familiar. Noutras situações, mais concretamente aquando da alta das UCCI, por vezes, os doentes têm critérios de integração na ECCI. Não obstante, apenas com um trabalho colaborativo

entre os vários profissionais dos diferentes serviços é que a continuidade de cuidados poderá ser assegurada.

A continuidade de cuidados constitui-se como um direito dos cidadãos, com maior relevância quando estes necessitam de cuidados/intervenções multiprofissionais dirigidos para as situações crónicas ou complexas. Considera-se que existe continuidade de cuidados quando os mesmos são prestados de maneira a complementarem-se num tempo adequado (Mendes et al, 2017). A integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos é um dos valores e princípios subjacentes no Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020 (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, 2015).

Em conformidade com o mesmo documento, e no que se refere ao eixo estratégico Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, é proposto “o reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita” (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, 2015 p.15).

Os cuidados continuados constituem uma prestação de cuidados destinada a pessoas que, independentemente da sua idade, não têm autonomia física, resultante ou agravada por doença crónica, demência, deficiência, doença severa e/ou incurável. A fim de dar resposta a estas limitações, os cuidados continuados integrados prestam cuidados de reabilitação ou manutenção, para que o utente ganhe ou mantenha alguma autonomia nas suas atividades de vida diária, potenciando a sua readaptação ao seu contexto social e familiar. Estas atividades, tidas como fundamentais para a maximização da qualidade de vida da pessoa, podem ser desenvolvidas no domicílio do doente (cuidados domiciliários) ou em unidades de internamento de curta, média ou longa duração.

De referir ainda que o planeamento da alta se configura como um processo que vai além da simples transferência do utente do hospital para outra qualquer instituição de cuidados ou para o domicílio. Configura-se como uma parte relevante e dinâmica no plano de tratamento e continuidade dos cuidados. Deste modo, para que se garanta a continuidade de cuidados e o uso adequado dos recursos, as equipas de saúde responsáveis pelo referido planeamento, têm de proceder a uma identificação precoce das necessidades de cuidados depois da alta, desenvolvendo com a participação do utente e dos seus familiares/cuidadores planos de cuidados, os quais devem ser adaptados como forma de reduzir o risco de readmissões ou de complicações, assegurando ações programadas de ensino, desde o início do processo de cuidados (Everink et al, 2016).

Deste modo, para potenciar a continuidade dos cuidados aos utentes da ECCI de Tondela, este projeto visa a realização de uma visita domiciliária a realizar por parte da equipa antes do utente ingressar na mesma, ou seja, uma visita domiciliária pré-admissão do utente, no sentido de potenciar a continuidade dos cuidados prestados e aumentar os ganhos em saúde para o cuidador e para a pessoa alvo dos cuidados.

Como referido na introdução, este projeto pretende ir ao encontro das necessidades e lacunas identificadas pela equipa da ECCI de Tondela. No entanto, o mesmo também se enquadra no programa SNS + Proximidade. Uma vez que este preconiza a integração dos cuidados, afirmando que "...ter um acesso oportuno aos serviços de saúde e, quando necessário, ser facilmente conduzido de um serviço para outro (incluindo para aqueles que podem ser prestados em casa), sem obstáculos, demoras ou perdas de informação" (SNS, 2018). Reforçando a importância de uma boa gestão do percurso das pessoas através dos vários serviços de saúde, assegurando-lhes os melhores resultados possíveis para a sua saúde. "Esta necessidade de integração de cuidados torna mais clara ainda a verdadeira importância do SNS – ele proporciona toda a diversidade de serviços de saúde necessários para que os percursos desejáveis sejam possíveis" (Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde, 2017).

De destacar que o aumento da esperança média de vida, que resulta em situações de dependência, comorbilidades e carência social, exige respostas integradas dos vários serviços e unidades que prestam cuidados. E a qualidade de cuidados prestada é diretamente influenciada pela qualidade da transição da informação (Justo, 2019). E cada vez tem-se procurado centrar mais cuidados de saúde no domicílio do utente/família. Como referem Stanhope e Lancaster (2011, p. 882), os cuidados de saúde domiciliários não são apenas cuidados prestados em casa. Mas envolvem por base uma equipa de saúde multidisciplinar, com o objetivo de maximizar o potencial em saúde e minimizar os efeitos da doença.

A visita domiciliária é uma intervenção fundamental em enfermagem, pois o ambiente familiar é um dos fatores que influenciam, diretamente, o processo saúde/doença individual, familiar e coletivo. Assim, as visitas domiciliárias enquanto consultas, devem conter atividades de avaliação e identificação de necessidades e problemas do doente, família, e também contemplar uma resposta às mesmas através de um plano integrado de intervenção (Pinto, 2016).

A prestação de cuidados no domicílio ganha maior relevância e tem as vertentes de diagnóstico, tratamento, reabilitação e paliativa, e permite ao profissional de saúde supervisionar os cuidados prestados pela família ou cuidador, prestar cuidados de

enfermagem no domicílio, quando necessário, conhecer e avaliar as condições de saneamento em que vive a família e orientar sobre a prestação de cuidados de saúde no domicílio Kawamoto *et al* (1995) citado em Sant'ana, Taia & Medeiros (2001). De acordo com o mesmo autor a visita domiciliária possibilita que o profissional de saúde aplique os seus conhecimentos no local onde vive a família, tendo em consideração as condições habitacionais em que vive e o seu meio familiar, proporcionando um planeamento de intervenções de enfermagem de acordo com as condições observadas no domicílio, intervenções personalizadas. Possibilita também um relacionamento mais próximo com o profissional de saúde por ser um ambiente sigiloso e menos formal, havendo uma maior liberdade de exposição dos problemas e mais tempo comparativamente com o ambiente nos serviços de saúde. Aponta também algumas desvantagens como o horário de trabalho e as tarefas domésticas, que podem impossibilitar ou dificultar a visita, o maior gasto de tempo, na deslocação e na realização da visita, sendo um método dispendioso pois exige custos em recursos humanos e na deslocação.

A visita domiciliária permite conhecer o ambiente familiar e social em que vive a família. Conhecer melhor o cuidador informal que presta cuidados ao utente, as suas dificuldades e necessidades, o que se une de extrema importância. Os cuidadores informais defrontam-se com exigências, a nível emocional, físico e instrumental decorrentes do processo de cuidar e que têm de dar resposta. Este papel acarreta sobrecarga e o consequente desgaste que lhe está inerente. Pelo que a promoção do bem-estar merece por parte dos profissionais nas áreas da saúde, nomeadamente enfermeiros, e social, especial atenção. Uma vez que deles dependem os utentes que têm a seu cargo e torna-se fulcral capacitar os cuidadores informais para o desempenho deste papel.

Existe cada vez mais necessidade de prestar cuidados em casa, o papel do cuidador informal tem ganho mais relevo. Assumindo também elevada responsabilidade, quer ao nível das funções desempenhadas, quer ao nível do tempo que este requer, mas também como aliados da equipa de saúde. Segundo Martins & Santos (2020), numa revisão integrativa concluíram que há evidência que as intervenções dos enfermeiros contribuem para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa e do cuidador informal no processo de autogestão da doença, com melhoria da autonomia da pessoa e consequentes ganhos em saúde. Considerando os enfermeiros como elementos fundamentais na capacitação dos cuidadores informais.

2. Estrutura do Projeto Integrar +

O projeto “Integrar +” pretende-se desenvolver de forma contínua, abraçado pela ECCI de Tondela, permitindo conhecer o cuidador e o seu espaço físico onde serão prestados os cuidados, espaço social e comunidade por forma a identificar dificuldades e necessidades e, atempadamente, precipitar cuidados e intervenções. Deste modo, visa facilitar o processo de transição do utente para o domicílio, apoiando e capacitando o cuidador, promovendo a segurança e a continuidade dos cuidados. Este projeto foi sendo construído e desenhado ao longo do Estágio com relatório final inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSV e das várias reuniões realizadas com a orientadora pedagógica do estágio da ESSV, a ECCI de Tondela, com a Sr.^a Enfermeira Rosa Lopes da EGA do Centro Hospitalar Tondela de Viseu (CHTV) e com a Sr.^a Enfermeira Helena Rebelo da ECL. Foi realizada ainda reunião com a Dr.^a Maria José Hespanha, coordenadora da ECR e com as Sr.^a Enfermeiras Purificação Gandra e Cristina Alves, coordenadora nacional e elemento da equipa técnica da RNCCI, respetivamente. Estas reuniões tinham como objetivo apresentar o projeto, discutir o propósito, os pontos fortes e fracos e obter uma avaliação e interesse em integrar o projeto. O projeto foi sempre acolhido com recetividade e agrado pela iniciativa evidenciando a sua pertinência e carácter de intervenção comunitária e de articulação entre os serviços de saúde, referindo-se ao projeto como ‘uma realidade desejável’. A ECCI, realçada a sua importância no âmbito da integração dos cuidados, promovendo a continuidade e qualidade dos mesmos, englobando o cuidador nas decisões e intervenções, fomentando a capacitação e segurança dos cuidados, e será integrado no plano da UCC como uma das atividades a desenvolver no âmbito do programa da ECCI. Os enfermeiros, sendo os profissionais de saúde que mais próximos estão dos cuidadores informais, devido à sua prestação de cuidados no domicílio, são muitas vezes o primeiro recurso quando surgem dificuldades ou necessidades no processo de cuidar. Neste âmbito destaca-se como uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, nomeadamente, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, na medida em que “Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 28).

2.1. *Objetivos*

O projeto contempla os seguintes objetivos:

- Avaliar precocemente a perceção do cuidador informal relativamente às dificuldades sentidas durante o processo de transição do utente para o domicílio;
- Avaliar o meio - Identificar as condições socioeconómicas, habitacionais e outros elementos pertinentes no domicílio;
- Potenciar o fluxo de comunicação entre a ECCI e outras entidades referenciadoras, potenciando a continuidade e a qualidade dos cuidados;
- Identificar as ajudas técnicas necessárias e facilitadoras da prestação de cuidados ao utente e promotoras da melhoria da sua qualidade de vida e conforto;
- Estabelecer uma articulação precoce com outros recursos na comunidade;
- Informar o cuidador informal sobre recursos/instituições de apoio na comunidade;

Para facilitar o entendimento e intervenção de cada uma das instituições de saúde envolvidas no processo de referenciação e continuidade de cuidados será elaborado um fluxograma. No final e após a sua implementação pretendemos que este projeto contribua para aumentar os ganhos em saúde do utente e do cuidador informal, potenciar a comunicação entre a ECCI e outras entidades referenciadoras, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados e segurança / capacitação do cuidador.

2.2. *Entidades Promotoras e Parceiras*

O projeto **Integrar** + tem como entidade promotora a Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela ao nível da ECCI e a Escola Superior de Saúde de Viseu e como entidade parceiras, a Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, com o conhecimento prévio e aceitação da elaboração do projeto pela Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados da região Centro, da Equipa de Coordenação Regional e Equipa de Coordenação Local e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados propostas para participar na implementação piloto do referido projeto. A integração dos

cuidados pressupõe um trabalho em equipa, e este projeto da ECCI será articulado com as entidades referenciadoras e prestadoras de cuidados, nomeadamente:

- O Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE (CHTV, EPE), na Equipa de Gestão de Altas (EGA) – A EGA analisa a situação do utente, e se verificar que este tem as condições necessárias e recomendadas para ser encaminhado para a RNCCI, envia uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência do doente/família. Durante o período de internamento é necessário planear a alta atempadamente, tendo em consideração as necessidades do utente em cuidados de saúde, a rede comunitária e a existência de suporte familiar. Toda a informação relevante é transmitida à ECCI sobre as necessidades em saúde do utente que procura também conhecer os apoios familiares/sociais necessários. Com este projeto é pretendido uma articulação precoce com a ECCI por forma a possibilitar a deslocação da ECCI ao domicílio do cuidador ou onde serão prestados os cuidados para realizar a sua avaliação (autorização em anexo V).
- A Unidade de Cuidados Paliativos – esta unidade nesta região integra o CHTV, aos utentes internados em que se perspetive a necessidade de continuidade de cuidados pela ECCI, deve ser feita atempadamente a referenciação e articulação com esta equipa para que possa realizar a visita domiciliária pré-admissão assim que possível.
- A RNCCI representada pelas UCCI – à semelhança do descrito anteriormente, durante o internamento do utente, se este tiver critérios para ECCI, é solicitada a articulação precoce para a avaliação pela equipa.
- Entidade Coordenadora Local – A ECL articula com a ECR, assegurando o acompanhamento e a avaliação da rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência.

A ECCI recebe a informação das diferentes entidades referenciadoras onde o utente se encontra e irá programar a visita domiciliária pré-admissão, para avaliar no terreno a perceção da capacitação da família/cuidador informal, as suas necessidades socioeconómicas, as características habitacionais e a necessidade de ajudas técnicas. Após esta avaliação pelo preenchimento do *Formulário de Pré-admissão do utente na ECCI de Tondela* (cf. apêndice I) e respetivo consentimento informado ao cuidador (cf. apêndice II), verifica-se se há condições de o utente ir para o domicílio. Esta visita visa implementar precocemente intervenções e estratégias para aumentar a qualidade dos cuidados no

domicílio, quer estejam relacionados com o cuidador, com o espaço habitacional, com as ajudas técnicas ou com serviços de apoio domiciliário. A ECCI dará o *'feedback'* do resultado desta visita para a instituição onde o utente está internado, de modo a dar continuidade ao processo de alta com a garantia de que a qualidade dos cuidados se manterá após a mesma. Assim, pretende-se providenciar todas as diligências no sentido de tornar célere este processo de referenciação, mas sustentado na qualidade da continuidade de cuidados. Desta forma, esta visita domiciliária deverá ser o mais precoce possível a fim de não prolongar o tempo de internamento e com isso todas as complicações que possam daí advir.

Foram selecionadas algumas Instituições com Unidades de Internamento neste projeto-piloto que referenciam utentes com maior frequência para a ECCI de Tondela, e que aceitaram colaborar no mesmo (cf. anexo I), e com as quais foram realizadas reuniões presenciais e por videoconferência com a ECR/RNCCI e com as UCCI (cf. apêndices III e IV, respetivamente), sendo enviado previamente um resumo do projeto-piloto (cf. apêndice V).

Apresenta-se de seguida na figura 1, um breve esquema com a designação das instituições que se pretendem articular com a ECCI neste projeto.

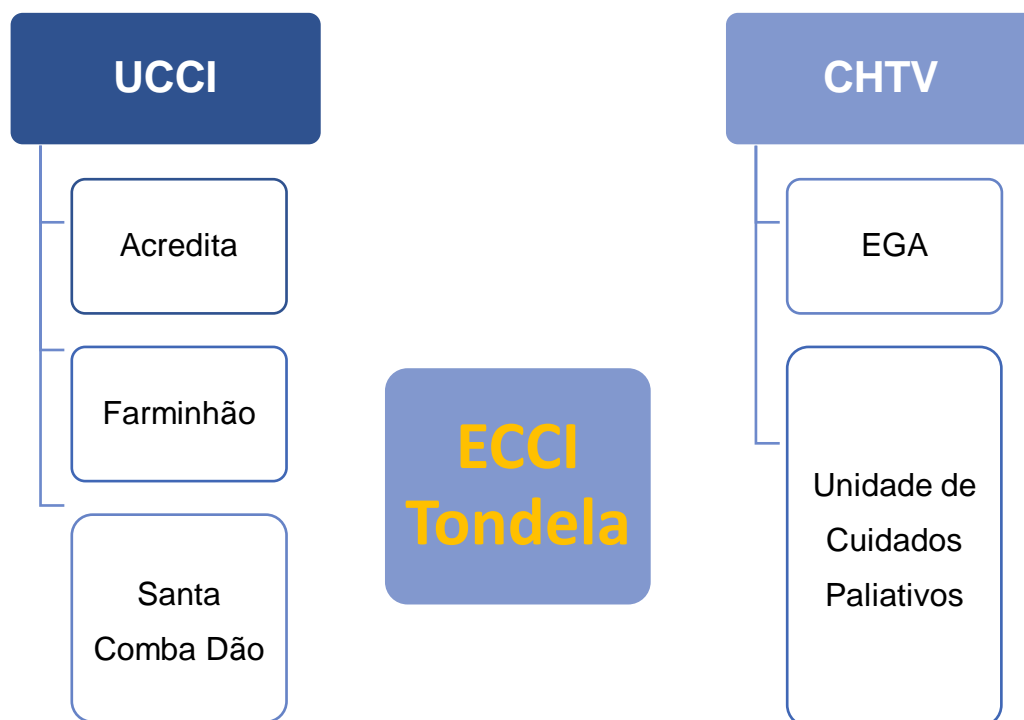


Figura 1 – Instituições de Saúde que integram o projeto Integrar⁺ – fase piloto.

2.3. Modelo de Intervenção do Projeto

A operacionalização esquemática do projeto encontra-se descrita sob o formato de um fluxograma. Este procura explicitar o papel da visita domiciliar pré-admissão no processo de referenciação dos utentes para a ECCI, provenientes dos vários serviços de saúde e domicílio. Foi elaborado após leitura da evidência científica (prática baseada na evidência), análise da evidência prática da ECCI (evidência baseada na prática), designadamente da ECCI de Tondela e reuniões realizadas previamente com a Sr.^a Enfermeira Rosa Lopes da EGA do CHTV e com a Sr.^a Enfermeira Helena Rebelo da ECL, cujo objetivo é mostrar de forma simplificada o processo de articulação entre os diferentes serviços de saúde com a ECCI, expondo a importância da realização da visita pré-admissão no processo de referenciação do utente (figura 2).

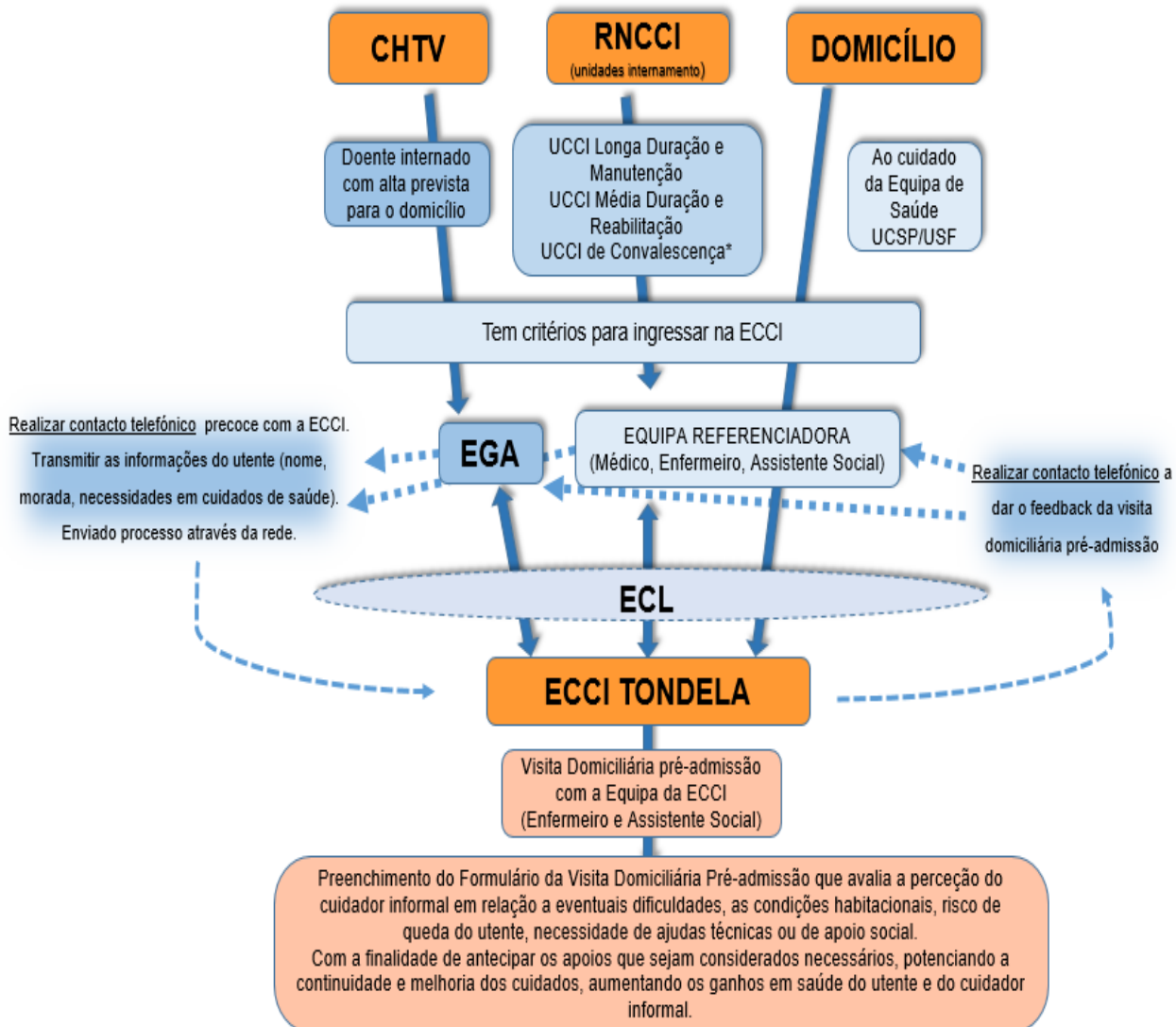


Figura 2 – Modelo de Intervenção do projeto-piloto. Legenda: * A Unidade de Cuidados Paliativos de Tondela está integrada no CHTV.

2.4. Metodologia

Numa fase inicial do projeto realizámos um estudo exploratório-descritivo, de base qualitativa, com recurso a entrevistas aos cuidadores informais e respetivo consentimento informado (cf. apêndice VI e VII), com o intuito de perceber as dificuldades do cuidador informal no processo de transição do utente para domicílio ou dificuldades decorrentes do

processo de cuidar, que ajudas técnicas e apoios ao domicílio teve necessidade de adquirir e qual a opinião do cuidador acerca da importância da implementação deste projeto.

A população-alvo do projeto:

- Cuidadores informais de utentes alvos de intervenção pela ECCI de Tondela;

Deste modo, os objetivos nesta fase são:

- Caracterizar socio demograficamente o cuidador;
- Avaliar as dificuldades sentidas no processo de transição do familiar/utente para o domicílio;
- Indagar sobre a opinião do cuidador informal sobre a importância de uma visita domiciliária antes de o utente ingressar na ECCI.

2.5. *Visita domiciliária Pré-Admissão*

A Visita Domiciliária Pré-Admissão deverá ser agendada com o cuidador a partir do momento em que é comunicado à ECCI a futura admissão de um utente. Esta visita deverá ser realizada com pelo menos um Enfermeiro da ECCI e o Técnico do Serviço Social.

Como um meio facilitador desta avaliação inicial, foi elaborado um Formulário da Visita Domiciliária Pré-Admissão do utente na ECCI de Tondela onde serão preenchidos dados relativamente ao utente que vai ingressar em ECCI incluindo o grau de dependência fornecido pela equipa referenciadora, dados sociodemográficos do prestador de cuidados, experiência prévia na prestação de cuidados, se já solicitou algum apoio ao domicílio ou ajuda técnica e condições habitacionais (cf. apêndice I) incluindo o preenchimento da Escala de avaliação do risco de queda no domicílio validada para a população portuguesa (Gonçalves, Chaves, Duarte, 2012) (cf. anexo II), devidamente autorizada pelos autores da mesma (cf. anexo III). O cuidador informal é informado de todo o processo e participa no projeto após assinatura do consentimento informado (cf. Apêndice II).

A criação e desenvolvimento do projeto contemplou várias atividades já descritas e que se encontram esquematizadas em cronograma (cf. apêndice VIII).

2.6. *Avaliação do Projeto*

A implementação do projeto, numa fase inicial, decorrerá num período de 9 a 12 meses. Após este período, pretende-se efetuar a avaliação do mesmo através de um questionário para avaliação da satisfação e das alterações sentidas pelos utentes, cuidadores, profissionais e parceiros, utilizando também a análise de Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT).

Considerações finais

O envelhecimento da sociedade atual, o aumento da esperança média de vida e o conseqüente aumento do número de idosos, tem-se refletido em índices de dependência crescentes. Neste sentido, os cuidadores informais surgem cada vez mais como parceiros no desempenho de cuidados de saúde a estes utentes com dependência, sendo os idosos os principais utilizadores dos serviços de saúde, pelo que este grupo deverá ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde. Pois estes familiares/cuidadores necessitam de apoio por parte de profissionais das áreas da saúde e social, na capacitação e auxílio daqueles que cuidam do outro num momento delicado das suas vidas.

Assim, o enfermeiro é um elemento fundamental no seio da equipa multidisciplinar, de grande proximidade com o utente e cuidador, promovendo apoio e capacitação para que estes possam exercer a sua função (Martins & Santos, 2020).

Este projeto é desenvolvido no âmbito da promoção da continuidade de cuidados à pessoa com dependência que vai para o domicílio a cargo do seu cuidador, em processo de integração em ECCI. E que, ao potenciar cuidados de proximidade, seja possível maximizar o potencial de saúde do utente e promover apoio e capacitação do cuidador, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Referências bibliográficas

- Everink, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., van Hoof, S.J.M., Schols, J.M.G.A., & Kempen, G.I.J.M. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*; 12; 16:5. doi: 10.1186/s12877-016-0187-4.
- Fernandes, J., Rodrigues, J., Ramos, L. (2019). USF Serra da Lousã (2016). Manual de Visitação Domiciliária. <http://www.newsite.usf-serradalousa.com/wp/wp-content/uploads/2016/11/Visita%C3%A7%C3%A3o-Domicili%C3%A1ria-Revis%C3%A3o-Jul16-Dez19.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7.
- Gato, A. P. (2013). *Enfermagem Comunitária: Memória e Identidade(s)*. [Tese de Doutoramento em Saúde Pública – Da assistência aos pobres aos Cuidados de Saúde Primários: o papel da Enfermagem (1926-2002)]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. 2013. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEEC_III EncontroBoasPraticas/AnaPaulaGato_EnfermagemComunitariaMemorialdentidade.pdf
- Justo F. (2019). *Continuidade de Cuidados: Comunicação entre Unidades Hospitalares e ECCI. Que Realidade?* [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31362/1/Publica%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Filipa%20Justo.pdf>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão E Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Mendes, F.R.P., Gemito, M.L.G.P., Caldeira, E.C., Serra, I.C., & Casas-Novas, M.V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*; 22(3), 841-853. DOI: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- Nogueira M., Fonseca R. (1977). A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. *Rev. Esc. Enf.*, 1/(1):28-50, 1977. 0080-6234-reeusp-11-1-028.pdf (scielo.br)

- Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006, junho 6). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, I-A, (109), pp. 3856-3865. <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Portugal, Despacho n.º 3730/2011. (2011, fevereiro 25). Identificação das unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010 e 2011. *Diário da República* II (40). <https://dre.tretas.org/dre/282532/despacho-3730-2011-de-25-de-fevereiro>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020*. DGS. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Portugal, Portaria n.º 50/2017. (2017, fevereiro 2). Portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro. *Diário da República*. I(24). <https://dre.pt/application/conteudo/106388650>
- Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2017). SNS+ Proximidade. Mudança centrada nas pessoas. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNsProximidade-1.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2021). Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Rede Nacional do Cuidados Continuados Integrados. <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>
- Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (2007). *Cuidados Continuados Integrados: nos cuidados de Saúde Primários – Carteira de Serviços*. Lisboa. <https://silو.tips/download/ministerio-da-saude-missao-para-os-cuidados-de-saude-primarios-cuidados-continua>

- Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf
- Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*. Lisboa. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>
- Sant'ana, E. R. R. B; Taia, L; Medeiros, M. -O significado de visita domiciliar para usuários de um programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Stanhope, M.; Lancaster, J. - *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2011.
- Torres, A.P.M., & Monte, B.A.P. (2011). A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e o seu impacto a nível regional. 17.º Congresso da APDR. Bragança-Zamora, pp. 1607-1619. <https://core.ac.uk/download/pdf/153410316.pdf>.

Apêndices do projeto-piloto

Apêndice I – Formulário da Visita Pré-Admissão na ECCI de Tondela

FORMULÁRIO DA VISITA DOMICILIÁRIA PRÉ-ADMISSÃO NA ECCI DE TONDELA

Data da avaliação: ___/___/_____.

Elementos da ECCI:

Dados do utente a ingressar em ECCI

1. Idade: _____ anos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Género: Feminino Masculino	
3. Origem da dependência	
<input type="checkbox"/> Processo de envelhecimento	<input type="checkbox"/> Acidente
<input type="checkbox"/> Doença. Qual? _____.	<input type="checkbox"/> Outra
4. Escala de Barthel - pontuação total: _____ ou Grau de dependência: _____.	

Dados do prestador de cuidados

5. Idade: _____ anos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Género: Feminino Masculino	
7. Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)/união de facto
<input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)/separado(a)
8. Situação profissional	
<input type="checkbox"/> Ativo(a)	<input type="checkbox"/> Pré-reforma
<input type="checkbox"/> Reformado(a) por idade	<input type="checkbox"/> Reformado(a) por invalidez
<input type="checkbox"/> Desempregado(a)	<input type="checkbox"/> Doméstica/nunca trabalhou
<input type="checkbox"/> Baixa clínica: Motivo: _____	
9. Profissão atual: _____.	
10. Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever	
<input type="checkbox"/> Ensino básico 1º ciclo (1º- 4º anos de escolaridade)	
<input type="checkbox"/> Ensino básico 2º ciclo (5º - 6º anos de escolaridade)	

<input type="checkbox"/> Ensino básico 3º ciclo (7º - 9º anos de escolaridade)	
<input type="checkbox"/> Ensino secundário	
<input type="checkbox"/> Ensino superior	
11. Relação de parentesco	
<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Nora/genro
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Outro: _____
Doença/incapacidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Se sim, qual? _____.	

Situação como prestador de cuidados

É a única pessoa a prestar cuidados?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não. Se não, quem colabora e em quê? _____.
12. Há quanto tempo é prestador de cuidados? _____.	
13. Vive na mesma habitação da pessoa alvo de cuidados?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Esporadicamente	
14. Tem a seu cargo outras pessoas?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Se sim, quantas? _____.	
15. Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Se sim, de quem? _____.	
16. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17. O seu familiar pode ficar sozinho?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Se sim, por quanto tempo? _____.	
18. Considera que precisa de formação dos profissionais de saúde para aumentar as suas competências na prestação de cuidados?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Se Sim, em que áreas/autocuidados?	
<input type="checkbox"/> Higiene	<input type="checkbox"/> Alimentação por via oral
<input type="checkbox"/> Alimentação por SNG ou PEG	<input type="checkbox"/> Uso do sanitário/ eliminação intestinal e vesical
<input type="checkbox"/> Posicionar	<input type="checkbox"/> Vestir e despir

<input type="checkbox"/> Deambular	<input type="checkbox"/> Transferir
<input type="checkbox"/> Usar cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Gestão do regime terapêutico
<p>19. Já realizou algum contacto junto da Segurança Social? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, em que âmbito? _____.</p>	
<p>20. Recebe algum subsídio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
<p>21. Teve necessidade de adquirir ajudas técnicas ou de adaptar a sua habitação para receber a pessoa alvo dos cuidados?</p>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual ou quais?	
<input type="checkbox"/> Cama articulada e colchão	<input type="checkbox"/> Andarilho
<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Cadeira sanitária
<input type="checkbox"/> Adaptação do WC	<input type="checkbox"/> Adaptação do quarto
<input type="checkbox"/> Outras: _____.	
<p>22. Solicitou apoio de uma instituição de Cuidados ao domicílio?</p>	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Se sim, que serviços solicitou?	
<input type="checkbox"/> Cuidados de higiene e conforto: com que frequência? _____.	
<input type="checkbox"/> Alimentação: com que frequência? _____.	
<input type="checkbox"/> Limpeza à habitação: com que frequência? _____.	

Condições habitacionais

<p>23. Aquecimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, especificar o tipo de aquecimento:</p>	
<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Aquecedor a gás
<input type="checkbox"/> Aquecedor elétrico	<input type="checkbox"/> Lareira
<input type="checkbox"/> Cobertores elétricos	<input type="checkbox"/> Outro: _____.
<p>24. Abastecimento de Gás: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual? _____.</p>	
<p>25. Higiene da habitação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>26. Abastecimento de água: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual? _____.</p>	
<p>27. Utilização da água de rede privada para consumo humano?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Controlo da qualidade da água? Sim	Não	
29. Serviço de tratamento de resíduos <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Observações:

Apêndice II – Consentimento Informado ao cuidador informal para aplicação do
Formulário da Visita Pré-Admissão na ECCI de Tondela

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com o investigador.

Caro Senhor(a) cuidador informal:

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um projeto-piloto na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela, na ECCI e no âmbito da integração dos cuidados entre várias instituições de saúde, designado “Integrar +”. Os objetivos principais são: aplicar um formulário ao cuidador informal numa Visita Pré-Admissão, antes do utente ingressar em ECCI de modo a identificar precocemente necessidades e implementar estratégias e intervenções para potenciar a continuidade dos cuidados de saúde no domicílio, promovendo a manutenção da qualidade dos mesmos.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, através da sua participação nesta entrevista. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados do prestador de cuidados e da pessoa alvo de cuidados, pois os investigadores consagram como obrigação o dever do sigilo profissional.

Se desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à sua disposição o seguinte contacto: telemóvel: (+351) 927593408. E-mail – teresa.lima@hotmail.com.

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Assinatura: _____ Data _____

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima (Enfermeira)

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Eu, _____, cuidador informal de _____, depois de devidamente informado (a) **aceito participar** respondendo ao Formulário proposto _____, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do cuidador informal:

_____.

Apêndice III – Apresentação do projeto-piloto a elementos da ECR e da RNCCI



Projeto ECCI: integrar +

Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela
Mestrado em Enfermagem Comunitária no âmbito do Estágio de Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social

Mestranda: Teresa Costa Lima
Tutoria: Mestre e Enfermeira Especialista Paula Carvalho
Orientação Pedagógica: Professora Doutora Odete Amaral

Introdução

- ▶ Este projeto surgiu por sugestão/necessidade sentida pelos profissionais da UCC de Tondela no sentido de potenciar a articulação entre a ECCI com as entidades referenciadoras;
- ▶ Visando a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do cuidador informal;
- ▶ A evidência científica aponta para a necessidade de reforçar a integração dos cuidados e o apoio ao cuidador informal.



Prioridade do SNS

Fase inicial do projeto

Momento da entrevista....

- ▶ Entrevistas realizadas pelo mestrando a cuidadores informais cujos familiares/utentes estejam ou estiveram ao cuidado da ECCI, antes da implementação do projeto;
- ▶ Objetivos:
 - ▶ Caracterizar socio demograficamente o cuidador;
 - ▶ Avaliar as dificuldades sentidas no processo de transição do familiar/utente para o domicílio;
 - ▶ Indagar sobre a opinião do cuidador informal sobre a importância de uma visita domiciliária antes de o utente ingressar na ECCI;

Fase da implementação do projeto

- ▶ Este projeto de integração de cuidados visa a implementação de uma...

Visita Domiciliária Pré-Admissão

Objetivos da Visita Domiciliária Pré-Admissão

- ▶ Avaliar precocemente a perceção do cuidador informal relativamente às dificuldades sentidas durante o processo de transição do utente para o domicílio;
- ▶ Avaliar o meio - Identificar as condições socioeconómicas, habitacionais e outros elementos pertinentes no domicílio;
- ▶ Potenciar o fluxo de comunicação entre a ECCL e outras entidades referenciadoras, potenciando a continuidade e a qualidade dos cuidados;
- ▶ Identificar as ajudas técnicas necessárias e facilitadoras da prestação de cuidados ao utente e promotoras da melhoria da sua qualidade de vida e conforto;
- ▶ Estabelecer uma articulação precoce com outros recursos na comunidade;
- ▶ Informar o cuidador informal sobre recursos/instituições de apoio na comunidade;

Elaborado um Modelo de intervenção do projeto

sobre a intervenção de cada instituição no processo de transição

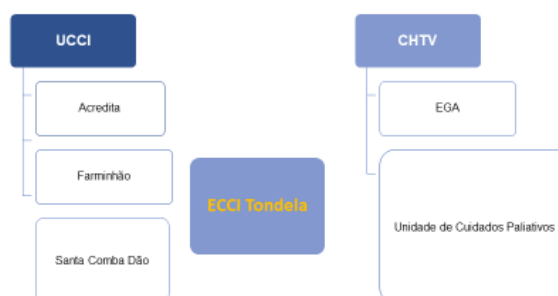
Modelo de intervenção do processo de transição

- ▶ Leitura da evidência científica;
- ▶ Análise da evidência prática da ECCI, designadamente Tondela;
- ▶ Realizadas previamente reuniões com:
 - ▶ Enfermeira Rosa Lopes da EGA do CHTV;
 - ▶ Enfermeira Helena Rebelo da ECL;
 - ▶ Dr^a Maria José Hespanha, coordenadora da ECR;
 - ▶ Enfermeira Purificação Gandra, coordenadora nacional da RNCCI na altura da reunião;
 - ▶ Enfermeira Cristina Alves Henriques, elemento da equipa técnica da RNCCI, atual coordenadora da RNCCI.

Modelo de intervenção



Unidades que referenciam utentes com mais frequência para a ECCI de Tondela



Formulário da Visita de Pré-Admissão do utente em ECCI

FORMULÁRIO DA VISITA PRÉ-ADMISÃO NA ECCI DE TONDELA

Data da avaliação: ____/____/____

Elementos da ECCI:

--	--

Dados do utente a ingressar em ECCI

1. **Idade** _____ anos

2. **Gênero:** Feminino Masculino

3. **Origem da dependência**

Processo de envelhecimento Acidente

Doença: Qual? _____ Outra _____

4. **Escala de Barthel**: pontuação total: _____ ou _____

Grau de dependência: _____

Dados do prestador de cuidados

5. **Idade** _____ anos

6. **Gênero:** Feminino Masculino

7. **Estado civil**

Solteiro(a) Casado(a)/unido de facto

Viúvo(a) Divorciado(a)/separado(a)

8. **Atuação profissional**

Atual Pré-reforma

Reformado(a) por idade Reformado(a) por invalidez

Situação como prestador de cuidados

9. **É a única pessoa a prestar cuidados?**

Sim Não. Se não, quem colabora e em quê? _____

10. **Há quanto tempo é prestador de cuidados?** _____

11. **Vive na mesma habitação de pessoa alvo de cuidados?**

Sim Não

Esporadicamente

12. **Tem a seu cargo outras pessoas?**

Sim Não

Se sim, quantas? _____

13. **Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?**

Sim Não

Se sim, de quem? _____

14. **Teve algum spo de preparação para prestar cuidados?**

Sim Não

15. **O seu familiar pode ficar sozinho?**

Sim Não

Se sim, por quanto tempo? _____

16. **Considera que precisa de formação dos profissionais de saúde para aumentar as suas competências na prestação de cuidados?**

Sim Não

Se sim, em que áreas/subáreas?

Higiene Alimentação por via oral

Alimentação por SNG ou PEG Uso do sanitário/eliminação intestinal e vesical

Posicionar Vestir e despir

Manobular Transferir

Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, C.; Chaves, C. & Duarte, J., 2012)

Sala de estar/Jantar Existe Não Existe	Sim	Não
Existe mesa de centro		
Espaço inadequado para deambular sem esbarrar em móveis (<80cm)		
Objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, livros ou artigos de costura		
Tapetes sem antiderrapante		
Bordas de tapetes grandes ou carpetes solta		
Piso escorregadio		
Degraus na sala		
Piso solto ou danificado		
Degraus entre a sala e outra divisão da casa		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
Quarto de dormir Existe Não Existe		
Espaço inadequado para deambular ou deslocar sem esbarrar em mobiliário (<80cm)		

Avaliação

- ▶ A implementação do projeto numa fase inicial será num período de 9 a 12 meses de aplicação prática.
- ▶ Após este período, pretende-se efetuar a avaliação do mesmo através de um questionário para avaliação da satisfação e das alterações sentidas pelos utentes, cuidadores, profissionais e parceiros, utilizando também a análise SWOT.



Projeto ECCI: integrar +




Grata pela atenção!

Mestranda: Teresa Costa Lima

Tutoria: Mestre e Enfermeira Especialista Paula Carvalho

Orientação Pedagógica: Professora Doutora Odete Amaral

Apêndice IV – Apresentação do projeto-piloto às UCCI.


Projeto ECCL: integrar +

Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela
Mestrado em Enfermagem Comunitária no âmbito do Estágio de Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social

Mestranda: Teresa Costa Lima
Tutoria: Mestre e Enfermeira Especialista Paula Carvalho
Orientação Pedagógica: Professora Doutora Odete Amaral

Introdução

- ▶ Este projeto surgiu por sugestão / necessidade sentida pelos profissionais de saúde da UCC de Tondela no sentido de potenciar a articulação entre a ECCL com as entidades referenciadoras;
- ▶ Visa a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do cuidador informal;
- ▶ A evidência científica aponta para a necessidade de reforçar a integração dos cuidados e o apoio ao cuidador informal.

 **Prioridade do SNS**

Fase da implementação do projeto

- ▶ Este projeto de integração de cuidados visa a implementação de uma...

Visita Domiciliária Pré-Admissão

Enfermeiro + Técnico do Serviço Social

Objetivos da Visita Domiciliária Pré-Admissão

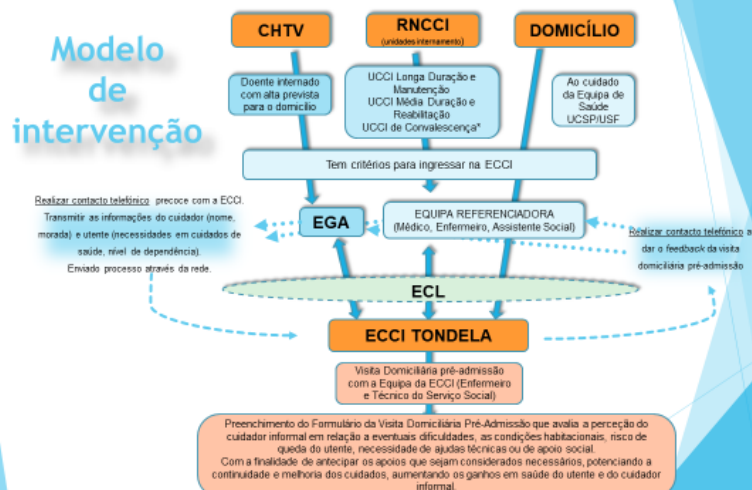
- ▶ Avaliar precocemente a perceção do cuidador informal relativamente às dificuldades sentidas durante o processo de transição do utente para o domicílio;
- ▶ Avaliar o meio - Identificar as condições socioeconómicas, habitacionais e outros elementos pertinentes no domicílio;
- ▶ Potenciar o fluxo de comunicação entre a ECCL e outras entidades referenciadoras, potenciando a continuidade e a qualidade dos cuidados;
- ▶ Identificar as ajudas técnicas necessárias e facilitadoras da prestação de cuidados ao utente e promotoras da melhoria da sua qualidade de vida e conforto;
- ▶ Estabelecer uma articulação precoce com outros recursos na comunidade;
- ▶ Informar o cuidador informal sobre recursos/instituições de apoio na comunidade;

Elaborado um Modelo de intervenção do projeto

sobre a intervenção de cada instituição no processo de transição

Modelo de intervenção do processo de transição

- ▶ Leitura da evidência científica;
- ▶ Análise da evidência prática da ECCL, designadamente Tondela;
- ▶ Realizadas previamente reuniões com:
 - ▶ Enfermeira Rosa Lopes da EGA do CHTV;
 - ▶ Enfermeira Helena Rebelo da ECL;
 - ▶ Dr^a Maria José Hespanha, coordenadora da ECR;
 - ▶ Enfermeira Purificação Gandra, coordenadora nacional da RNCCI na altura da reunião;
 - ▶ Enfermeira Cristina Alves Henriques, elemento da equipa técnica da RNCCI, atual coordenadora da RNCCI.



Operacionalização do projeto

► Como?

- Através de contacto telefónico por parte da UCCI para a ECCI fornecendo as informações do cuidador: nome, morada, e do utente: necessidades em cuidados de saúde, incluindo o grau de dependência, o score na Escala de Barthel ou outra que a UCCI avalie;

Contacto telefónico da UCC de Tondela é o 232814047.
A enfermeira Tânia Coimbra é a responsável pela ECCI.
No caso de ela não estar presente, outro enfermeiro da UCC recebe a informação.

Operacionalização do projeto

► Quando?

1. Deverá ser efetuado o contacto telefónico aquando da referenciação do processo do utente em suporte informático, ou com 15 dias de antecedência, se possível;
2. A ECCI agenda a Visita Domiciliária Pré-Admissão do utente com o cuidador;
3. Realiza a visita (o utente poderá aparecer no sistema entretanto como “proposta de transferência” ou “colocado”);
4. A ECCI devolve o contacto telefónico à UCCI, dando informações sobre a visita, com o processo de admissão em andamento.

Avaliação do projeto

- ▶ A implementação do projeto numa fase inicial será num período de 9 a 12 meses de aplicação prática.
- ▶ Após este período, pretende-se efetuar a avaliação do mesmo através de um questionário para avaliação das alterações sentidas pelos utentes, cuidadores e profissionais, análise SWOT.



Projeto ECCL: integrar +

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Mestranda: Teresa Costa Lima

Tutoria: Mestre e Enfermeira Especialista Paula Carvalho

Orientação Pedagógica: Professora Doutora Odete Amaral

Apêndice V – Resumo do Projeto de Intervenção Integrar +



Projeto de Intervenção: Integrar +

Projeto realizado no âmbito do Estágio com Relatório

Final: Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar-se na UCC do ACeS Dão Lafões – Unidade de Tondela

Trabalho efetuado sob a orientação da Sr.ª Enfermeira Paula Carvalho Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e supervisão pedagógica da Professora Doutora Odete Amaral da Escola Superior de Saúde de Viseu

Viseu, junho de 2021

Introdução

Este projeto surgiu por sugestão / necessidade sentida pelos profissionais de saúde da UCC de Tondela no sentido de potenciar a articulação entre a ECCI com as entidades referenciadoras. Consiste na implementação de Visita Domiciliária Pré-Admissão, antes de o utente ser admitido em ECCI. Tem como objetivo geral contribuir para a integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos, constituindo um dos valores e princípios subjacentes no Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015). Este projeto também se enquadra no programa SNS + Proximidade, que preconiza a integração dos cuidados reforçando a importância de uma boa gestão do percurso das pessoas através dos vários serviços de saúde, assegurando-lhes os melhores resultados possíveis para a sua saúde (SNS, 2018). A evidência científica aponta para a necessidade de reforçar a integração dos cuidados e o apoio ao cuidador informal. Este projeto visa a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, promovendo a segurança do cuidador informal;

E tem como objetivos:

- Avaliar precocemente a perceção do cuidador informal relativamente às dificuldades sentidas durante o processo de transição do utente para o domicílio;
- Avaliar o meio - Identificar as condições socioeconómicas, habitacionais e outros elementos pertinentes no domicílio;
- Potenciar o fluxo de comunicação entre a ECCI e outras entidades referenciadoras, potenciando a continuidade e a qualidade dos cuidados;
- Identificar as ajudas técnicas necessárias e facilitadoras da prestação de cuidados ao utente e promotoras da melhoria da sua qualidade de vida e conforto;
- Estabelecer uma articulação precoce com outros recursos na comunidade;
- Informar o cuidador informal sobre recursos/instituições de apoio na comunidade;

Ao longo da construção do projeto foram efetuadas reuniões com a:

- Enfermeira Rosa Lopes da EGA do CHTV;
- Enfermeira Helena Rebelo, da ECL;
- Dr^a Maria José Hespanha, coordenadora da ECR;
- Enfermeira Purificação Gandra, coordenadora nacional da RNCCI na altura da reunião;

- Enfermeira Cristina Alves Henriques, elemento da equipa técnica da RNCCI, atual coordenadora da RNCCI.

Parceiros no projeto

Constituem parceiros neste projeto:

- A Escola Superior de Saúde de Viseu, Politécnico de Viseu;
- A Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar Tondela-Viseu;
- Unidades de Internamento da RNCCI.

Operacionalização do projeto:

Aquando da referenciação informática do utente, a EGA ou Equipa referenciadora deverá contactar via telefónica a ECCI de Tondela, nos 15 dias antes da alta, se possível, fornecendo as informações do cuidador (nome, morada) e informações do utente, nomeadamente, necessidades em cuidados de saúde ou outras informações relevantes, incluindo o grau de dependência ou o score na Escala de Barthel ou outra que a instituição utilize. Assim a ECCI poderá precocemente agendar a Visita Domiciliária Pré-Admissão com o cuidador antes do utente ir para o domicílio.

Após a realização da visita, a ECCI devolve o contacto telefónico à EGA ou Equipa referenciadora, dando informações sobre a mesma, mantendo o processo de referenciação ou transferência e ajustando o planeamento da alta.

Contacto telefónico da UCC de Tondela é o 232814047. A enfermeira Tânia Coimbra é a responsável pela ECCI, no caso de ela não estar presente, outro enfermeiro da UCC recebe a informação.

Avaliação do projeto

A implementação do projeto numa fase inicial será num período de 9 a 12 meses de aplicação prática. Após este período, pretende-se efetuar a avaliação do mesmo através de

um questionário para avaliação das alterações sentidas pelos utentes, cuidadores, profissionais e parceiros através de uma análise SWOT.

Referências bibliográficas

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020*.

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

Serviço Nacional de Saúde (2017). SNS + proximidade. Mudança centrada nas pessoas.

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/20171120_LivroSNsProximidade-1.pdf

Apêndice VI – Guião da Entrevista a Cuidadores Antes da Implementação do Projeto

Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Mestranda: Teresa Lima

Orientação pedagógica: Prof. Doutora Odete Amaral

Guião da Entrevista A Cuidadores Antes da Implementação do Projeto

Data da entrevista: ___/___/_____.

I parte – Dados referentes à caracterização sociodemográfica do cuidador informal

1. Idade do cuidador: ____ Género feminino masculino
- a. Idade do utente: ____ Género feminino masculino
2. Estado civil do cuidador informal.
3. Grau de escolaridade.
4. Profissão/ocupação.
5. Grau de parentesco do cuidador informal com o utente.

II parte - Questões orientadoras – guião da entrevista

6. Há quanto tempo presta cuidados a este utente? _____ (anos, meses ou dias)
7. Presta cuidados na mesma residência onde mora ou presta noutra residência?
8. Como se sentiu quando o seu familiar veio para casa? (estava preparado(a), considera que a sua habitação tinha barreiras arquitetónicas que dificultassem a prestação de cuidados?)
9. Já tinha algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa?
10. Alguma vez solicitou ajudas técnicas depois do seu familiar vir para casa?
11. Teve necessidade de solicitar Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação? Se sim, foi antes ou depois de ter o utente em casa?

12. Como se sente como cuidador? (dificuldades sentidas, estratégias para ultrapassar as dificuldades.)
13. Qual a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliar antes do doente vir para domicílio?

Apêndice VII – Consentimento Informado da entrevista

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com o investigador.

Caro Senhor(a) cuidador informal:

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um projeto-piloto na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito da integração dos cuidados entre várias instituições de saúde. Pretende-se numa fase inicial e no âmbito do estudo “Implementação de uma visita domiciliária pré-admissão em Equipa de Cuidados Continuados Integrados: perceção do cuidador informal” realizar entrevistas a cuidadores informais, cujos familiares/utentes estão ao cuidado da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Este estudo tem os seguintes objetivos: caracterizar a situação sociodemográfica do cuidador informal, avaliar as dificuldades sentidas no processo de transição do familiar/utente para o domicílio e avaliar sobre a opinião do cuidador informal sobre a importância de uma visita domiciliária antes de o utente ingressar na ECCI.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, através da sua participação nesta entrevista. A entrevista será gravada (áudio) e será conduzida pela mestrande, Teresa Lima. Para facilitar a recolha e análise da informação, pede-se a sua autorização para proceder à gravação da entrevista.

A informação recolhida é confidencial e será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em publicações ou apresentações) sem nunca revelar/divulgar a sua identidade, pois os investigadores consagram como obrigação o dever do sigilo profissional. Posteriormente os dados recolhidos serão destruídos.

Se desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à sua disposição o seguinte contacto: (+351) 927593408 – E-mail – teresa.lima@hotmail.com.

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima (Enfermeira)

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Eu, _____, cuidador informal, depois de devidamente informado e esclarecido (a) aceito participar voluntariamente no estudo “Implementação de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão na ECCI: papel do enfermeiro na integração dos cuidados” _____, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do cuidador informal:

_____.

Anexos do projeto-piloto

Anexo I – Declaração das Instituições para colaboração no Projeto-piloto.

24/08/2021

Correio – Teresa Lima – Outlook

RE: Solicitação de resposta (via e-mail) com a informação de aceitação na colaboração da sua instituição no projeto Integrar +

Margarida Rodrigues <margaridarodrigues@assf.pt>

qui, 12/08/2021 09:29

Para: Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com>

Bom dia,

Acuso a receção do email, e confirmo que tal como conversado em reunião, em que nos foi apresentado o projeto, estamos disponíveis a integrar o mesmo e a colaborar com a ECCI de Tondela.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Rodrigues
Enfermeira Coordenadora
UCCI Farminhão

margaridarodrigues@assf.pt

Tel. 232 998 368

FAX 232 998 369

Rua da Escola N.º29 – Farminhão 3510-643 Viseu



De: Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com>

Enviado: 11 de agosto de 2021 13:10

Para: Margarida Rodrigues <margaridarodrigues@assf.pt>

Cc: UCC Tondela <ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: Solicitação de resposta (via e-mail) com a informação de aceitação na colaboração da sua instituição no projeto Integrar +

Projeto de Intervenção: Integrar +

Eu, Teresa Raquel Costa Lima, enfermeira na Unidade de AVC do Hospital São Teotónio de Viseu e estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viseu, realizei estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e onde desenvolvi com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados um projeto no âmbito da integração dos cuidados designado de Projeto "Integrar +".

O projeto consiste na realização de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão do utente em ECCI antes de o utente vir para domicílio, como já foi explicitado através de uma reunião por videoconferência para apresentação e discussão do projeto, com aceitação de colaboração da sua instituição no mesmo.

Neste sentido, serve o presente e-mail para solicitar uma resposta (via email) de aceitação da colaboração da sua Instituição no referido projeto.

<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATZmYAZC1hNWU3LWI3YWUIMDACTAwCgBGAAADnV6rCTLqFUKkh8%2F4kfnDrAcAC...> 1/2

11/08/2021

Correio – Teresa Lima – Outlook

Re: Solicitação de resposta (via e-mail) com a informação de aceitação na colaboração da sua instituição no projeto Integrar +

UCCI Santa Comba Dão <ucc.scm.scd@gmail.com>

qua, 11/08/2021 14:31

Para: Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com>**Cc:** rmpsantos <rmpsantos@sapo.pt>; Ana Marília Andrade <mariliaaandrade@hotmail.com>

Exma Senhora Enfermeira Teresa Lima,

Após a videoconferência de 16 de julho, na qual nos foi apresentado o Projeto: Integrar+, encarrega-me o Sr Provedor, Rui Manuel Prata dos Santos, de formalizar por esta via, a nossa disponibilidade para colaborar no projeto em questão.

Atenciosamente,
A Diretora Técnica da UCCI,
Maria Filipa Costa Prata

Em qua., 11 de ago. de 2021 às 13:09, Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com> escreveu:
Projeto de Intervenção: Integrar +

Eu, Teresa Raquel Costa Lima, enfermeira na Unidade de AVC do Hospital São Teotónio de Viseu e estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viseu, realizei estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e onde desenvolvi com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados um projeto no âmbito da integração dos cuidados designado de Projeto "Integrar +".

O projeto consiste na realização de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão do utente em ECCI antes de o utente vir para domicílio, como já foi explicitado através de uma reunião por videoconferência para apresentação e discussão do projeto, com aceitação de colaboração da sua instituição no mesmo.

Neste sentido, serve o presente e-mail para solicitar uma resposta (via email) de aceitação da colaboração da sua Instituição no referido projeto.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor para qualquer esclarecimento.

Enfermeira Teresa Costa Lima

--

Santa Casa da Misericórdia de Santa Comba Dão
Unidade de Cuidados Continuados Integrados
Quinta do Pereiro
3440 - 393 Santa Comba Dão
232 880 865 - 232 880 860

24/08/2021

Correio – Teresa Lima – Outlook

Re: solicitação de resposta (via e-mail) com a informação de aceitação na colaboração da sua instituição no projeto Integrar +

Direcção Técnica - UCC - Acredita <dtecnicaucc@acreditaipss.pt>

seg, 16/08/2021 15:31

Para: Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com>

Cc: UCC Tondela <ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt>

Boa tarde

Enf.^a Teresa Lima,

O Enfermeiro Coordenador - Francisco Almeida - e a Técnica de Serviço Social - Adriana - estiveram presentes na reunião de apresentação realizada no passado dia 5 na qual foi manifestada a disponibilidade imediata da nossa Unidade para colaborar no projeto. Caso pretenda formalizar as condições da parceria em documento próprio (protocolo de colaboração, eventualmente), agradecemos envio.

Com os melhores cumprimentos,

Katy Aguiar

Às 13:05 de 11-08-2021, Teresa Lima escreveu:

Projeto de Intervenção: Integrar +

Eu, Teresa Raquel Costa Lima, enfermeira na Unidade de AVC do Hospital São Teotónio de Viseu e estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viseu, realizei estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e onde desenvolvi com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados um projeto no âmbito da integração dos cuidados designado de Projeto "Integrar +".

O projeto consiste na realização de uma Visita Domiciliária Pré-Admissão do utente em ECCI antes de o utente vir para domicílio, como já foi explicitado através de uma reunião por videoconferência para apresentação e discussão do projeto, com aceitação de colaboração da sua instituição no mesmo.

Neste sentido, serve o presente e-mail para solicitar uma resposta (via email) de aceitação da colaboração da sua Instituição no referido projeto.

Com os melhores cumprimentos e ao dispôr para qualquer esclarecimento.

Enfermeira Teresa Costa Lima

--

Katy Aguiar

Direção Técnica/Gestão da Qualidade

24/08/2021

Correio - Teresa Lima - Outlook

UCC Acredita
Lugar das Curtinhas, Bairro Novo do Soito
Travassós de Baixo, 3505 - 564, Viseu
Tlf: 232 471 477
Fax: 232 471 479
ucc@acreditaipss.pt

sic c/ps c/ps Graçacinda Ramos para avaliar e informar o que tiver por conveniente
15/06/21

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Av. Rei Dom Duarte,
3504-509 Viseu

Jose L. Gomes
(Enfermeiro Diretor)

*ao Enf. Director
c/ps c/ps*

Exmo. Sr. Presidente, do
Conselho de Administração do Centro Hospitalar
Tondela-Viseu
Dr. Nuno Miguel Domingues Duarte

*Autorização
dos Terceiros
da INFRA-ESTRUTURA
da INFRA-ESTRUTURA
SINA ZAPES*

Dr. Nuno Miguel Domingues Duarte
(Presidente do C. A.)
"Integrar +"

Assunto: Pedido de autorização para participação da Equipa de Gestão de Altas no Projeto

*- SE-RE CONH
COMENTO.*

Eu, Teresa Raquel Costa Lima Enfermeira na Unidade de AVC do Hospital São Teotónio de Viseu e estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viseu, encontro-me a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e estou a desenvolver um projeto no âmbito da integração dos cuidados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) designado Projeto Integrar +".

*16/06/21
Jose L. Gomes
(Enfermeiro Diretor)*

Assim, venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a colaboração da Equipa de Gestão de Altas (EGA) da Instituição que V. Exa dirige, sendo parceiros neste projeto de intervenção e integração dos cuidados. O mesmo consiste na implementação de uma visita domiciliária pré-admissão do utente em ECCI, pelo que o contributo da EGA neste projeto no âmbito da referenciação seria fundamental. Os objetivos do projeto são: avaliar precocemente a perceção do cuidador informal em relação às dificuldades sentidas com o processo de transição do utente para o domicílio, avaliar as condições socioeconómicas, habitacionais e outros elementos pertinentes no domicílio, identificar ajudas técnicas facilitadoras da admissão no domicílio, estabelecendo uma articulação precoce com outros recursos na comunidade, informar o cuidador informal sobre recursos na comunidade, potenciar a comunicação entre a ECCI e outras entidades referenciadoras, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados e segurança/capacitação do cuidador, apoiar os cuidadores no processo de transição e aumentar os ganhos em saúde do utente e do cuidador informal.

Estou disponível para qualquer esclarecimento, email: teresa.lima@hotmail.com ou 6888@hstviseu.min-saude.pt

Agradecendo desde já a atenção dispensada e aguardo a resposta de Vossa Excelência.

Viseu, 7 de junho de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima
(Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima)

927593408

*Enf. Raquel
c/ps Raquel
e - enf c/ps Gomes de 12/06/21
* verso J.*

Hospital de São Teotónio - Viseu
Serviço de Administração
405
14/06/21
16/06/21
Enf Graçacinda

Não existe qualquer inconveniente na colaboração
do elemento de Enfermagem de EGA,

visto que por norma, este já fez o contacto
previo com a ECCI para averiguar a existência
de risco e condições para receber o utente em
causa.

Engle Graça

(16.6.2021)

Anexo II – Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, Chaves, & Duarte, 2012)

Sala de estar/Jantar <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe	Sim	Não
Existe mesa de centro		
Espaço inadequado para deambular sem esbarrar em móveis (<80cm)		
Objetos alheios espalhados pelo chão como brinquedos, livros ou artigos de costura		
Tapetes sem antiderrapante		
Bordas de tapetes grandes ou carpetes soltas		
Piso escorregadio		
Degraus na sala		
Piso solto ou danificado		
Degraus entre a sala e outra divisão da casa		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
Quarto de dormir <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe		
Espaço inadequado para deambular ou deslocar sem esbarrar em mobiliário (<80cm)		
Possui tapetes dos lados da cama sem antiderrapante		
Quando se desloca da cama até à porta existe algum obstáculo? (objetos no chão)		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui degraus no quarto		
Possui degraus entre o quarto e outra divisão da casa		
Quando se senta na sua cama, os seus pés ficam no ar, sem estar em contacto com o chão?		
Levanta-se lentamente depois de sentar-se ou deitar-se?		
Usa tecidos escorregadios, tais como cetim e/ou edredão		
Deixa as gavetas dos móveis abertas		
Pouca luminosidade dentro do quarto durante a noite (ausência de candeeiros ou algum ponto de luminosidade)		
O interruptor está distante da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
Instalações sanitárias <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe		
Possui degraus dentro da casa de banho		
Existem barras de apoio na sanita		
Existem barras de apoio lateral rebatíveis da vertical		
No espaço livre de instalação sanitária é possível fazer uma manobra para rotação de 180º		
O lavatório não interfere com a área de transferência para a sanita		
Não existe elementos ou superfícies cortantes, abrasivas sob o lavatório		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Paredes e chão têm a mesma cor e padrão		
Usa toalha e/ou sabão sem estarem ancorados na parede		
É possível instalar um assento no banheiro ou no seu interior		
Existem barras de apoio na banheira		
Presença de poliban/base de duche		
É possível entrar para o interior da base de duche uma pessoa na sua cadeira de rodas		
É possível transferir uma pessoa na cadeira de rodas para um assento no interior		

da base de duche		
Existem barras de apoio junto à base de duche		
Existe ressalto entre a base de duche e o piso adjacente		
O piso de base de duche está inclinado na direção do ponto de escoamento		
O chuveiro é do tipo telefone e tem um tubo com um comprimento não inferior a 1,5m e é utilizado com chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre		
Possui tapete antiderrapante no local do chuveiro ou banheira ou dentro do poliban/chuveiro		
Encontra-se sempre o piso molhado		
Os toalheiros, a sanita, e o lavatório sal mal fixados		
Ausência de luz noturna		
Os interruptores estão distantes da porta		
Pouca luminosidade durante o dia		
As torneiras são do tipo monocomando e acionadas por alavanca		
Os controlos e mecanismos operáveis (controlos da torneira, controlos de escoamentos, válvulas de descargas da sanita) são operados por uma mão fechada e oferece resistência mínima e não requer uma preensão firme nem rodar o pulso)		
Corredor Existe <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe		
Ausência de barras de apoio		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Possui tapetes		
Largura não inferior a 0,9m		
Comprimento 1,5m		
Comprimento inferiora 1,5m, mas possível rotação de 360°		
Possui fios elétricos no chão (por exemplo o fio do telefone)		
Possui degraus no corredor		
Existe mobiliário no espaço		
Ausência de luzes noturnas no corredor		
Ambiente tem pouco luminosidade durante o dia		
Os interruptores estão em outra divisão da casa		
Cozinha <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe		
Piso escorregadio		
Piso solto ou danificado		
Espaço inadequado para deambular (espaço entre os móveis menor que 80cm)		
Possui degraus dentro do ambiente		
Possui degraus entre a cozinha e outro ambiente		
Possui piso escorregadio próximo à pia e/ou fogão		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários altos que necessitem de um auxílio (escadas ou bancos) para alcançá-los		
Os mantimentos e/ou utensílios são colocados em prateleiras ou armários muito baixos que necessite agachar ou fletir o tronco para alcançá-los		
Os interruptores estão distantes da porta		
Encontra-se sempre com o piso molhado		
Pouca luminosidade durante o dia		
Escadas ou degrau <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe		
Ausência de corrimão de ambos os lados		
Com corrimão em um dos lados		
Tapete(s) no início, no final ou no meio da escada		
Desprovida de iluminação durante a noite (escuras)		
Degraus escorregadios		
Degraus danificados (quebrados, proeminentes, soltos ou bordas) sem		

antiderrapante ou em mau estado de conservação		
Largura inadequada para deslocar duas pessoas (menor que 1,2 m)		
Os interruptores que acendem as luzes da escada estão distantes		
Pouca luminosidade durante o dia		
Pátio/Jardim <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe		
Porta com largura possível para passar uma cadeira de rodas		
Superfície irregular por onde caminha (terra, brita, buracos)		
Piso danificado por onde caminha		
Possui degraus ou desníveis por onde caminha		
Possui jardim ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (lixos, entulhos, sacos ou latas) por onde caminha		
Do lado exterior da porta de acesso é possível fazer uma manobra para rotação de 360°		
Possui inclinações acentuadas (ingreme)		
Quintal <input type="checkbox"/> Existe <input type="checkbox"/> Não Existe		
Superfície irregular (terra, brita ou grama)		
Piso danificado		
Possui degraus ou desníveis		
Possui plantas ou raízes de árvores que sirvam de obstáculos		
Possui obstáculos (lixo, entulho ou latas)		
Possui animais de estimação ou criações livres pela área		
Possui vegetação que dificulte visualização total da área		

Observações: _____.

Anexo III – Autorização para aplicação da Escala de avaliação do risco de queda no domicílio (Gonçalves, Chaves, & Duarte, 2012)

24/08/2021

Correio – Teresa Lima – Outlook

Re: PEDIDO de autorização para aplicação da Escala de avaliação do risco de queda no domicílio

Claudia Chaves <claudiachaves21@gmail.com>

sex, 13/08/2021 15:04

Para: Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com>

Cara Teresa Lima,

Agradecemos o seu interesse no âmbito do estudo "Escala de avaliação do risco de queda no domicílio" de Gonçalves, C., Chaves, C. & Duarte, J. (2012) e autorizamos a sua replicação.

Estamos ao dispor para melhores esclarecimentos que julgue serem necessários e gostaríamos de receber a divulgação dos V/ resultados.

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Chaves

Em sex., 13 de ago. de 2021 às 11:12, Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com> escreveu:

Bom dia Professora Doutora Cláudia Chaves,

O meu nome é Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima, sou enfermeira e estudante do 5º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária e 6º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação pedagógica da Professora Odete Amaral.

Estou a desenvolver o meu estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela, na área de Enfermagem em Cuidados Integrados e Apoio Social e pretendo desenvolver um projeto na área da ECCI, para implementar uma visita domiciliária pré-admissão do utente na mesma, e os objetivos são:

- ▶ Avaliar precocemente a perceção do cuidador informal relativamente às dificuldades sentidas durante o processo de transição do utente para o domicílio;
- ▶ Avaliar o meio - Identificar as condições socioeconómicas, habitacionais e outros elementos pertinentes no domicílio;
- ▶ Potenciar o fluxo de comunicação entre a ECCI e outras entidades referenciadoras, potenciando a continuidade e a qualidade dos cuidados;
- ▶ Identificar as ajudas técnicas necessárias e facilitadoras da prestação de cuidados ao utente e promotoras da melhoria da sua qualidade de vida e conforto;
- ▶ Estabelecer uma articulação precoce com outros recursos na comunidade;
- ▶ Informar o cuidador informal sobre recursos/instituições de apoio na comunidade;

Em relação ao espaço físico queria solicitar autorização a si e aos restantes autores do estudo, com o consentimento da Professora Odete, para aplicar a "Escala de avaliação do risco de queda no domicílio" (Gonçalves, C.; Chaves, C.; Duarte, J., 2012), para integrar o Formulário de pré-admissão do utente em ECCI que se encontra proposto no Projeto Integrar +. Visualizei esta escala no estudo de Fátima Gonçalves:

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1975/1/GON%c3%87ALVES%2c%20F%c3%a1tima%20Cl%c3%a1udia%20Sousa%20-%20disserta%c3%a7%c3%a3o%20mestrado.pdf>

Não encontrei o artigo original de validação da Escala.

Este projeto vai ser contratualizado pela UCC de Tondela para implementação futura.

24/08/2021

Correio - Teresa Lima - Outlook

Desde já muito agradecida,
Aguardo resposta e estou disponível para qualquer esclarecimento,
Com os melhores cumprimentos,
Teresa Lima

Anexos

Anexo I – Autorização da UCC de Tondela para execução do estudo

26/08/2021

Correio – Teresa Lima – Outlook

Autorização para execução do projeto no âmbito da ECCI

UCC Tondela <ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt>

qua, 19/05/2021 08:57

Para: Teresa Lima <teresa.lima@hotmail.com>

Exma. Sra. Enfermeira

Teresa Lima

Dado que foi uma necessidade sentida pela UCC de Tondela pela sua equipa nuclear de enfermagem, e ser uma proposta da mesma, tendo em conta a importância para nós deste tema e da sua relevância para as nossas atividades ao nível dos cuidados ao utente futuramente internado em ECCI e o seu cuidador informal, concedo autorização para a realização do estudo solicitado, estando garantidas as condições relativas ao consentimento informado dos participantes e confidencialidade dos dados.

Com os melhores cumprimentos,

Enfª Gestora Pureza Carmo

Direção de Enfermagem ACeS Dão Lafões

Coordenador da UCC Tondela

Tef. 232 814047

Telm. 963697712

Centro de Saúde de Tondela



ACeS Dão Lafões

Unidade de Cuidados na Comunidade Tondela

Avenida 25 de Abril s/n

3460-549 Tondela, PORTUGAL

TEL +351 232 814 040 ou +351 232 814047

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro

 	
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	
PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Retorno parecer favorável 29.07.2021</i>
ASSUNTO:	Título: "Implementação de uma visita domiciliária pré-admissão em Equipa de Cuidados Continuados Integrados: perceção do cuidador informal." (processo 52-2021). Parecer sobre a ressubmissão do projecto Autores: Teresa Raquel Simões Lopes da Costa Lima/Maria Odete Pereira Amara/Paula Margarida Ribeiro Gonçalves Carvalho/Pureza de Fátima Ferreira da Rocha e Carmo de Almeida Centro Hospitalar Tondela-Viseu/Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela
	 Dr. João Rodrigues Vice-Presidente
Com base no parecer emitido anteriormente e nas alterações efetuadas pela autora do estudo, somos de parecer favorável à proposta apresentada.	
 Dr. Maria Ramos  Dr. Fátima Costa Vice	
O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro	
 Prof. Doutora Isabel Vitória Figueiredo	
	