



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção da Sobrecarga de Cuidadores Informais no Contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Verónica Alexandra Pelejão Lopes

Orientação: Professora Doutora Helena Reis do Arco

2.ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção da Sobrecarga de Cuidadores Informais no Contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Verónica Alexandra Peleção Lopes

Orientação: Professora Doutora Helena Reis do Arco

2.ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

*Não basta dar os passos que nos devem levar um dia ao
objectivo, cada passo deve ser ele próprio um objectivo em si
mesmo, ao mesmo tempo que nos leva para diante
(Goethe, s.d.)*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora clínica, a Sra. Enfermeira Especialista AA por partilhar comigo os seus saberes e a sua arte do cuidar na comunidade. À minha orientadora pedagógica, a Sra. Professora Doutora Helena Reis do Arco, pelo seu enorme envolvimento no meu processo de aprendizagem, numa tutoria estimulante e de proximidade, ao longo do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e do Estágio Final. À Sra. Enfermeira Chefe, à Equipa de Cuidados Continuados Integrados, e, em geral, a todos os profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade, pelo acolhimento.

À minha família, por todo o apoio e motivação, sem ela, não teria sido possível encetar esta caminhada, rumo ao meu objetivo, tornar-me mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública!

RESUMO

O envelhecimento da população é um dos fenómenos mais relevantes do século XXI, com consequências sociais, económicas e culturais. A perda de autonomia e a dependência podem surgir, quando associadas a estilos de vida não saudáveis e a condições socioeconómicas baixas. A exigência do cuidar impõe, geralmente, uma pluralidade de esforços, tensões e tarefas que dominam as potencialidades do cuidador, conduzindo-o à exaustão.

Deste modo, em consonância com a estratégia da governação clínica, em resposta às necessidades de apoio e de reconhecimento dos cuidadores informais, colaborou-se com os enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, de uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo, enquanto mestranda da especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na “Prevenção da Sobrecarga de Cuidadores Informais no Contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados”.

Neste Relatório de Estágio, utilizou-se a Metodologia do Planeamento em Saúde, para a estruturação do projeto de intervenção comunitária.

Palavras-chave: Cuidador Informal; Sobrecarga; Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

The aging of the population is one of the most relevant phenomena of the 21st century, with social, economic and cultural consequences. Loss of autonomy and dependence may arise, when associated with unhealthy lifestyles and low socioeconomic conditions. The requirement of caring usually imposes a plurality of efforts, tensions and tasks that dominate the caregiver's potentialities, leading to exhaustion.

Thus, in line with the strategy of clinical governance, in response to the needs of support and recognition of informal caregivers, it collaborated with the nurses of the Integrated Continuing Care Team, a Community Care Unit in the Lisboa and Vale do Tejo Region, as a masters student in the field of Community Nursing and Public Health, in the "Prevention of Overloading Informal Caregivers in the Context of an Integrated Continuing Care Team."

In this Internship Report, the Health Planning Methodology was used to structure the community intervention project.

Key-words: Informal Caregiver; Overload; Nursing Interventions.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APA - *American Psychological Association*

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVPP - Anos de Vida Potencial Perdidos

AVS - Anos de Vida Saudável

CCDRLVT - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CI - Cuidador Informal

CILE - Consentimento Informado Livre e Esclarecido

DDD - Dose Diária Definida

DGS - Direção-Geral de Saúde

Dr. - Doutor

Dr.ª - Doutora

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSP - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ENEAS - Estratégia Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável

ERPI - Estrutura Residencial para Idosos

FOFA - Forças Oportunidades Fraquezas Ameaças

h - horas

hab - habitantes

ICN - *International Council of Nurses*

IDS - Índice de Desempenho Setorial

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISF - Índice Sintético de Fecundidade

Km - Quilómetros

MF - Ministério das Finanças

MS - Ministério da Saúde

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PC - Prestador de Cuidados

PIB - Produto Interno Bruto

PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo

PNS - Plano Nacional de Saúde

pp. - páginas

PRSLVT - Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

PS - Planeamento em Saúde

RLVT - Região de Lisboa e Vale do Tejo

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s.d. - sem data

s.p. - sem página

SWOT - *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

TSSS - Técnica Superior de Serviço Social

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UE - União Europeia

UF - Unidade Funcional

UNECE - *United Nations Economic Commission for Europe*

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

0. - INTRODUÇÃO	15
1. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. - SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL	21
1.2. - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NO APOIO AO CUIDADOR INFORMAL	23
2. - ENQUADRAMENTO PRÁTICO	30
2.1. - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	30
2.1.1. - Contextualização do Problema	31
2.1.2. - Caracterização da Região de Lisboa e Vale do Tejo	34
2.1.3. - Caracterização da População da Região de Lisboa e Vale do Tejo	36
2.1.4. - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo	40
2.1.5. - Determinação das Necessidades em Saúde	41
2.2. - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	45
2.2.1. - Hierarquização de Problemas	47
2.3. - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	47
2.4. - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	48
2.5. - PREPARAÇÃO OPERACIONAL	50
	10

2.5.1. - Determinação de Custos	53
2.6. - PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO	54
3. - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA	58
3.1. - COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	58
3.2. - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	61
3.3. - COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	63
4. - CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo de Projeto de Intervenção Comunitária	LXXVII
Apêndice II - Planeamento e Guião da 1. ^a e 2. ^a Sessões de <i>Focus Group</i>	LXXXV
Apêndice III - Consentimento Informado Livre e Esclarecido para a Participação na 1. ^a e 2. ^a Sessões de <i>Focus Group</i>	LXXXIX
Apêndice IV - Matriz de Análise da 1. ^a Sessão de <i>Focus Group</i>	XCIII
Apêndice V - Matriz de Análise da 2. ^a Sessão de <i>Focus Group</i>	XCIV
Apêndice VI - Grelha de Análise Aplicada aos Problemas	XCVII
Apêndice VII - Norma de Procedimento: Avaliação da Sobrecarga com Recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)	C
Apêndice VIII - Revisão Integrativa da Literatura: Intervenções na Sobrecarga de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes na Comunidade	CIX
Apêndice IX - Cronograma de Atividades	CXIV
Apêndice X - Planeamento e Guião da 3. ^a Sessão de <i>Focus Group</i>	CXVI
Apêndice XI - Consentimento Informado Livre e Esclarecido para a Participação na 3. ^a Sessão de <i>Focus Group</i>	CXIX

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	CXXIV
Anexo II - Autorização do Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde	CXXVII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 - Mapa da Região de Lisboa e Vale do Tejo	35
Figura n.º 2 - Pirâmide Etária por sexo e grupo etário da Região de Lisboa e Vale do Tejo	36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 : Estratégia n.º 1 - Envolvimento de todos os Enfermeiros da ECCI	51
Quadro n.º 2 : Estratégia n.º2 - Formação Registos <i>SClinic</i> “Stress Prestador de Cuidados”	52
Quadro n.º 3 : Estratégia n.º3 - Uniformização de procedimentos	52
Quadro n.º 4 - Custos do Projeto	53
Quadro n.º 5 - Análise SWOT	55

0. - INTRODUÇÃO

Este trabalho académico inclui-se na Unidade Curricular (UC) Relatório de Estágio Final, integrada no 3.º semestre da 2.ª edição do Mestrado em Enfermagem em Associação da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus -, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde-, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde -, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde -, e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias -, no ano letivo de 2018-2019.

O presente Relatório de Estágio, de natureza profissional, insere-se na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP). A sua elaboração, discussão pública e aprovação visam a obtenção do grau de mestre em enfermagem, após a aprovação prévia das unidades curriculares incluídas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado.

O objetivo geral do Relatório é documentar a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens (conhecimentos, aptidões e competências) enquanto mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Por conseguinte, delineámos os seguintes objetivos específicos, com a realização deste Relatório: evidenciar capacidade de reflexão sobre as práticas; demonstrar capacidade de fundamentação das práticas com base na evidência científica; demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária, seguindo as etapas do planeamento em saúde; desenvolver uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública; e demonstrar capacidade de liderança.

Neste caso particular, o Estágio Final (17 de Setembro de 2018 a 25 de Janeiro de 2019), bem como o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I prévio (14 de Maio a 22 de Junho de 2018), decorreram numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT), sob a orientação clínica da Enfermeira AA (codificado) e pedagógica da Professora Helena Reis do Arco. A UCC é um tipo de Unidade Funcional (UF) incluída no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”. (Decreto Lei nº 28/2008, p. 1184).

Paralelamente, a UCC, através da ECCL, participa também na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), configurando deste modo, um contexto de estágio privilegiado para a área de especialização em ECSP. As ECCL prestam cuidados:

“a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referência assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados “. (Portaria n.º 50/2017, p. 610).

Uma das situações contempladas, na área de intervenção destas equipas domiciliárias, respeita às: “*d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal*”¹. O tema deste trabalho intitula-se “Prevenção da Sobrecarga de Cuidadores Informais no contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados”. Dados da *United Nations Economic Commission for Europe* ([UNECE], 2017) apontam que, em 2070, Portugal será o país com o maior rácio de dependência total (89,7%), seguido pela Polónia (86,7%), Grécia (86%), Itália (83,5%) e a Eslováquia (82,7%). O número de idosos é superior ao número de jovens, já há vários anos, sendo que o índice de envelhecimento atingiu os 140 idosos por cada 100 jovens, em 2015. Coincidentemente, o índice de dependência, que nos informa sobre a relação entre o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos), tem vindo a aumentar continuamente nas últimas décadas, verificando-se em 2015, cerca de 31 idosos por cada 100 pessoas, em idade ativa.

Ao aumento da longevidade estão associados maiores níveis de dependência, resultado da progressiva morbilidade e perda de mobilidade dos idosos. As estruturas familiares sofreram grandes modificações nas últimas décadas, enfatizando o papel da mulher, enquanto cuidadora principal, em simultâneo com a acumulação de outros papéis, dificultando a prestação de cuidados. No contexto português, usualmente os cuidadores informais têm idade avançada (mais de 61 anos), são do género feminino (87%), casados (78,8%), com baixa escolaridade (somente 7,1% completaram o ensino superior). Predominam os cuidadores domésticos ou sem atividade, desempregados, reformados e com baixos rendimentos; maioritariamente conjugues ou filhas (Sequeira, 2018).

O *stress* crónico ocupacional associado ao peso dos cuidados, envolvendo um intenso contacto interpessoal, aumenta a propensão para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. A sobrecarga define-se como “a medida em que os cuidadores percecionam repercussões nas suas emoções, saúde

¹ (Ibidem).

física, vida social e situação financeira, como resultado de cuidar do seu familiar” (Zarit, Todd & Zarit, 1986, p. 261).

Considerando o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011) admitimos que este profissional deve liderar estratégias de ação, em resposta às necessidades em saúde das populações “G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;” (p. 8667). Reconhece-se também, a relevância da promoção da qualidade de vida, relacionada com a saúde, em conformidade com a Meta B do Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020: “Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015, p. 11), justificando-se o incremento de ações de promoção em saúde, junto dos cidadãos, dos utentes e dos cuidadores informais, na comunidade. Acrescenta-se ainda, que ao nível da Gestão de Processos de Comorbilidade contemplada na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, uma das ações descritas (Medida n.º13) é “Identificar as vulnerabilidades de cada cuidador e família cuidadora e avaliação periódica do seu estado geral de saúde e do seu nível de exaustão” (DGS, 2017, p. 26). Por outro lado, a estratégia de desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados inclui (Vetor n.º 4): “Reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017, p. 9). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (criada em 2006), da qual fazem parte as ECCI, constituídas principalmente por enfermeiros, prestam cuidados a pessoas com dependência na comunidade, e desenvolvem a sua ação, essencialmente na população idosa, sem que se conheça verdadeiramente o impacto na redução da sobrecarga do cuidador informal.

Assim, entendemos que o apoio aos cuidadores na comunidade é fundamental, centrado em intervenções que visam melhorar a capacitação para a gestão dos cuidados e fornecer recursos, procurando reduzir a sobrecarga, *stress*, ansiedade e depressão. Os cuidadores informais, comumente familiares, cuidam diretamente de uma pessoa por vontade, necessidade ou obrigação cultural, sem remuneração, estando expostos a problemas relacionados com o cuidado, tornando-os sujeitos alvo da intervenção de enfermagem, exigindo o desenvolvimento de estratégias de ação e fortalecimento, na prevenção da sobrecarga (Martínez, Cardona & Gómez-Ortega, 2016).

Posto isto, durante o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I (1º ano, 2º semestre), efetuámos o desenho do projeto de intervenção comunitária, segundo as etapas do planeamento em saúde, com enfoque na sobrecarga do cuidador, visando: otimizar os processos de avaliação e intervenção na sobrecarga dos cuidadores informais, e, deste modo, contribuir para a melhoria da atuação dos enfermeiros na comunidade, e conseqüentemente obter de ganhos na prevenção da sobrecarga. No Estágio Final, implementámos o projeto, em simultâneo com a execução de outras atividades, com vista ao desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública, ao nível da Educação para a Saúde (Saúde Escolar), Intervenção Comunitária (grupos vulneráveis) e Parcerias (Hospital, Câmara Municipal e Instituições Particulares de Solidariedade Social).

A sustentação teórica deste Relatório baseia-se, essencialmente em duas teorias: Teoria das Transições de Afaf Meleis e Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem. A escolha pela Teoria das Transições fundamenta-se no pressuposto de que

“Os enfermeiros estão interessados em conhecer e articular as transições biopsicossocioculturais, para ter formas de usar efetivamente esse conhecimento para melhorar as transições saudáveis dos indivíduos. Ao contrário de outras disciplinas académicas, a enfermagem é responsável perante o público; espera-se que atenda às necessidades do público.” (Meleis, 2011, p. 101).

Por outro lado, a opção pela Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, relaciona-se com a sua vasta amplitude para enquadrar a enfermagem, enquanto disciplina e profissão, permitindo a construção de narrativas acerca das intervenções dos enfermeiros, dos padrões de conhecimento em que se alicerçam, e que, em simultâneo, também constroem e melhoram; na busca de respostas para os problemas de saúde, de doença e de bem-estar das pessoas e populações a que prestam cuidados, como é o caso dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Posteriormente a esta Introdução segue-se o primeiro capítulo, Enquadramento Teórico, que engloba dois subcapítulos: Sobrecarga do Cuidador Informal; e Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Apoio ao Cuidador Informal. O segundo capítulo intitula-se Enquadramento Prático, do qual fazem parte os seguintes subcapítulos, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde (PS): Diagnóstico da Situação de Saúde (Contextualização do Problema, Caracterização da Região de Lisboa e Vale do Tejo, Caracterização da População da Região de Lisboa e Vale do Tejo, Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo e Caracterização das Necessidades em Saúde); Determinação de Prioridades; Fixação de

Objetivos; Seleção de Estratégias; Preparação Operacional; e Planeamento de Monitorização e Avaliação. O terceiro capítulo intitula-se Aquisição e Desenvolvimento de Competências: Reflexão Crítica, decomposto em: Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas; Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; e Competências do Grau de Mestre. Por fim, tecemos as Conclusões onde consta a síntese do trabalho, com a devida reflexão sobre as aprendizagens realizadas, a discussão da persecução dos objetivos propostos nesta Introdução, se revelam as principais dificuldades, se ponderam os ganhos do estudante com a execução deste trabalho, e se elabora uma análise global sobre a continuidade do projeto de intervenção comunidade.

O presente documento, está redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico, exceto nas citações referentes a obras e diplomas anteriores à entrada em vigor do referido acordo, e segue as orientações da Norma de Referenciação no estilo APA, 6.ª Edição, para a redação do documento.

1. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O primeiro capítulo deste Relatório divide-se em dois subcapítulos, respetivamente: Sobrecarga do Cuidador Informal e Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Apoio ao Cuidador Informal. Com este enquadramento pretendemos aprofundar a problemática e a ação do enfermeiro especialista.

1.1. - SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL

“A síndrome de sobrecarga do cuidador de idosos é um estado de angústia que ameaça a saúde física e mental pela persistente dificuldade de cuidar de um membro da família.” (Cardona, Segura, Berbési & Agudelo, 2013, p. 30).

O envelhecimento da população é um dos fenómenos de maior relevância do século XXI, uma vez que acarreta profundas mudanças nas estruturas sociais, económicas e culturais dos países. O envelhecimento, associado a estilos de vida não saudáveis e a condições socioeconómicas baixas, pode conduzir a uma situação de maior vulnerabilidade da saúde funcional dos idosos e a perda de autonomia em diferentes graus, tornando-os dependentes de outra pessoa para realizar as atividades da vida diária. O cuidador ou pessoa responsável pelo cuidado assume a satisfação das necessidades diárias e garante o apoio físico e emocional; geralmente o prestador de cuidados pertence à família, e tradicionalmente, são as mulheres que assumem esse papel; o cuidador familiar por norma não tem formação em saúde, não recebe qualquer remuneração e cumpre esse papel sem se submeter a padrões ou procedimentos. Permanece a maior parte do dia com a pessoa cuidada e na maioria das vezes coabita com ela. O cuidador informal, usualmente, tem um alto grau de compromisso com a tarefa, caracterizado por afeição e atenção, de uma forma contínua. A ajuda facultada é geralmente constante, intensa e assumida por uma única pessoa denominada de cuidador principal ou primário. Maioritariamente, essa ajuda vai além da capacidade física e mental do cuidador, resultando em *stress* continuado, gerador de sobrecarga. Esta conjectura, também é conhecida como síndrome do cuidador, síndrome de *burnout* e síndrome do assistente desacompanhado. O cuidador principal está sujeito a intercorrências diariamente e pode vivenciar dificuldades no autocontrolo, contribuindo para alterações ao nível da saúde física e emocional. A síndrome do cuidador não tem somente significância clínica, na medida em que as suas repercussões são também sociais e /ou económicas. É caracterizada pela existência de um quadro plurisintomático, que pode afetar e ter consequências para o cuidador em

todas as dimensões. Neste quadro, podem surgir sintomas psiquiátricos em cuidadores tais como: *stress*, ansiedade, irritabilidade, reação de luto, dependência, medo da doença, mudanças comportamentais, sentimentos de culpa (por ausência de participação ou incapacidade para o cuidado) e alterações afetivas que podem originar o aparecimento de ideias suicidas. A carga percebida, pelos cuidadores pode ser muito diversificada, dependendo principalmente de como essa função de cuidador é definida pelo próprio. Para alguns, a execução de tarefas incluídas no cuidado é causadora de *stress*, não obstante, para outros, são os comportamentos agressivos, a deambulação, os delírios e a incontinência de idosos que mais o despoletam; por outro lado, há relatos em que o cuidar é descrito como uma experiência emocional satisfatória e parte integrante da vida. De igual modo, os cuidadores estão sujeitos a diferentes fatores, e vivenciam acontecimentos desconhecidos, quer pela sociedade quer pela família, dado que não dispõem de um serviço adequado e eficiente que reforce a sua capacidade para o cuidado e reconheça o seu trabalho (Teixeira et al., 2017; Cardona, Segura, Berbési e Agudelo, 2013).

“A grande maioria 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. O valor económico do seu trabalho é considerável e afirmam-se como a coluna vertebral dos cuidados continuados.” (Teixeira et al., 2017, p. 5).

A demanda do cuidar, de uma pessoa com dependência, impõe uma pluralidade de esforços, tensões e tarefas que podem dominar as potencialidades do cuidador, podendo-o levar à exaustão, e ter um impacto multidimensional (físico, psicológico, social e económico, quer no cuidador quer no destinatário dos seus cuidados). A perceção da qualidade de vida dos cuidadores, é muitas vezes narrada como menor, relativamente à da restante população, associando-se “a um maior risco de pobreza, isolamento, problemas de saúde físicos e mentais e, dificuldades significativas em permanecer incluídos no mercado de trabalho”². Estes fatores podem pôr em causa a continuidade da prestação dos cuidados e o papel de cuidador, influenciando a qualidade de vida da pessoa cuidada, e até conduzir a uma institucionalização mais precoce (por ausência de recursos e/ou sobrecarga do cuidador).

“Os cuidadores informais são um dos fatores de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde. A continuação do papel de cuidador é fundamental tendo em consideração os desafios no futuro demográfico de Portugal e os custos associados com os cuidados continuados. Numa sociedade cada vez mais envelhecida, é expectável um rápido aumento da proporção de cidadãos a alcançar uma idade com risco de desenvolver condições de comorbilidade múltipla que requerem todo o tipo de cuidados.”³

² (Ibidem).

³ (Ibidem).

Não obstante, a persistência do cuidado informal é considerada primordial para as pessoas cuidadas.

1.2. - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NO APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

“Os Enfermeiros são o coração da maioria das equipas de saúde, desempenhando um papel crucial na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Como são os profissionais mais próximos da comunidade, têm um papel particular no desenvolvimento de novos modelos de cuidados baseados na comunidade e no suporte local de esforços de promoção da saúde e prevenção da doença”⁴ (Internacional Council of Nurses [ICN], 2018, s. p.).

A sustentação teórica das intervenções do enfermeiro especialista, em enfermagem comunitária e de saúde pública, no apoio ao cuidador informal (neste Relatório) baseia-se na Teoria das Transições e na Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem.

A teoria das transições (início na década de 60), de Afaf Meleis, levou à construção do Modelo das Transições em Enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Hilfiger & Schumacher, 2000), no qual as transições são entendidas como uma fase de desestabilização e incertezas, representando uma passagem de uma condição para outra. As transições associam-se a diferentes tipos de eventos (desenvolvimento, situacional, saúde / doença e organizacional) conduzindo à adoção de novos papéis, como o cuidado informal. A transição de papel bem-sucedida é baseada na aquisição de novas habilidades, sentimento de autoconfiança e autoeficácia associados às situações de cuidados. A rede de apoio social, quer seja formal (serviços) ou informal (família, amigos, vizinhos), bem como o conhecimento relevante são referências importantes neste modelo. De acordo com esse enquadramento teórico, o papel dos profissionais é o de apoiar as pessoas, objetivando uma transição de papel saudável para um novo papel (Meleis et al., 2000). Vários autores identificam as intervenções psicoeducacionais como estratégias para intervir com cuidadores informais (Bernal, Becerra, & Mojica, 2018; Berwig et al., 2017; Bunn, Goodman, Pinkney & Drennan, 2016; Goeman, Renehan & Koch, 2016; Greenwood, Pelone & Hassenkamp, 2016; Chen, Huang, Yeh, Huang & Chen, 2015; Elvish, Lever, Johnstone, Cawley & Keady, 2013). Estas intervenções são multiprofissionais (psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional) e consistem em organizar sessões em grupo, com momentos de informação e momentos

⁴ “Nurses are at the heart of most health teams, playing a crucial role in health promotion, disease prevention and treatment. As the health professionals who are closest to the community, they have a particular role in developing new models of community-based care and support local efforts to promote health and prevent disease.” (ICN, 2018, s. p.).

de apoio psicológico, perspetivando o aumento do nível de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades de *coping* (Alves et al, 2015). O apoio psicoeducacional visa educar pessoas em risco de desenvolver sintomas físicos e mentais, através da informação, face às exigências normativas e / ou eventos de vida não normativos (Gladding, 2003). O objetivo da psicoeducação é ajudar os cuidadores a lidar com o isolamento social (partilha de experiências) regularizando seus sentimentos (Yacubian & Neri, 2001). As sessões em grupo favorecem as interações entre cuidadores, proporcionando um espaço para compartilhar emoções, experiências e dificuldades, encontrando algum alívio no apoio por pares com problemas semelhantes (Ponce et al., 2011). Ostwald, Hepburn, Caron, Burns e Mantell (1999) referem que as atividades psicoeducativas envolvem as características dos cuidadores (conhecimentos e habilidades) e recursos externos (apoio familiar, voluntariado e cuidados domiciliários). O aumento da informação sobre a doença e/ou eventos stressores, tem um impacto positivo nas estratégias de *coping*, dos cuidadores, e no auto-controlo (Fallahi, Sheikhona, Rahgouy, Rahgozar & Sodagari, 2013; Ponce et al., 2011; e Northouse, Katapodi, Song, Zhang & Mood, 2010). Por seu lado, apurámos que a eficácia das intervenções de apoio aos cuidadores informais, na redução da sobrecarga, está associada à existência de vários componentes, nomeadamente: intervenção duradoura (6 a 12 meses); equipa multidisciplinar/interdisciplinar; colaboração interna para determinar necessidades reais; cooperação interprofissional; abordagem individualizada; profissionais especializados; acompanhamento contínuo (presencial e via telefónica); rede forte com conexões de proximidade; e competências interpessoais (Goeman et al., 2016). Em suma, a intervenção psicoeducativa visa aumentar a qualidade de vida dos cuidadores, bem como a dos destinatários dos cuidados, nomeadamente ajudando-os a lidar com a dependência do recetor de cuidados.

Por outro lado, aquando de uma transição situacional, de papel, mal-sucedida para cuidador informal, pode verificar-se uma insuficiência de papel, sendo que esta “é qualquer dificuldade na cognição e/ou desempenho de um papel ou dos sentimentos e objetivos associados ao comportamento do papel percebido pelo próprio ou por outros significativos.” (Meleis, 2011, p. 16). Esta pode ser voluntária ou involuntária, sendo apreciada voluntária quando o indivíduo, por alguma razão, não quer assumir esse papel, e involuntária quando o indivíduo não tem conhecimento sobre os comportamentos, sentimentos e objetivos do papel a desempenhar, podendo este facto, originar uma não adaptação à transição e, progressivamente, interferir com a saúde e bem-estar. A intervenção de enfermagem tem como objetivo a suplementação do papel, que pode ser o assumir do papel por parte do enfermeiro, ou o clarificar apenas o papel; ou seja, dar as ferramentas ao indivíduo para que ele por

si só, consiga compreender as relações, sentimentos e objetivos inerentes ao papel e consiga efetuar a transição⁵.

O padrão de recursos disponíveis, aos familiares cuidadores, é determinante para uma transição saudável dos membros da família, para o exercício de papel de cuidadores, aquando da integração no domicílio, de um membro com dependência no autocuidado. A adaptação familiar, ao papel de cuidadores, não acaba no momento da alta hospitalar, do membro com dependência, o que torna a continuidade de cuidados crucial, assim como a intervenção dos enfermeiros da comunidade, nas diferentes etapas do processo, na organização familiar e na utilização dos recursos disponíveis (Petronilho, 2010).

“A evidência científica também nos diz que a promoção da mestria e da autonomia dos familiares cuidadores no exercício do seu papel, critérios de resultado de uma adaptação eficaz (Meleis et al., 2000), a sua supervisão e o suporte da rede social, tem uma relação significativa com o agravamento da condição de saúde do doente e, por consequência, com a taxa de reinternamento deste grupo de pessoas nas instituições de saúde, e na própria condição de saúde dos próprios cuidadores. Esta situação de tensão permanente conduz, frequentemente, a situações de stress e em situações mais graves à exaustão, condição impeditiva para os cuidadores continuarem a exercer o seu papel de forma adequada.” (Petronilho, 2010, p. 44).

Em suma, Meleis et al. (2000) afirmam que assistir as pessoas em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem, na medida em que favorece o seu bem-estar.

Outra teoria de grande riqueza conceptual é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que por sua vez agrega o modelo de enfermagem proposto pela autora. Nesta teoria, o principal conceito é o autocuidado e pode ser definido “como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal.” (Queirós, Vidinha & Filho, 2014, p. 159).

A TDAE é a ideia central da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, pois determina quando é necessária a intervenção da enfermagem. Para Orem (1991), a enfermagem torna-se imprescindível quando um adulto é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado efetivo e continuado. A ação de enfermagem é necessária se:

⁵ (Idem).

“a habilidade de cuidador está aquém da exigida para o preenchimento de uma demanda conhecida de autocuidado... [ou] a habilidade de autocuidado ou dos cuidados dependentes excede ou iguala-se à exigida para satisfazer a demanda de cuidado habitual. Entretanto, um futuro relacionamento deficitário pode ser antecipado, devida á diminuição, prevista, nas habilidades de autocuidado ao aumento quantitativo ou qualitativo da demanda de cuidados ou a ambos” (p. 71);

se os indivíduos requerem “incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimentos e habilidades especializados, adquiridos através de treinamento e experiência”(p. 174); ou caso o individuo careça de ajuda “para recuperar-se da doença ou da lesão ou para enfrentar os seus efeitos”(p. 41). A primeira categoria respeita às necessidades de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, e as restantes consideram autocuidado de desvio de saúde. A autora identificou cinco métodos de ajuda “1. Agir ou fazer para outra pessoa. 2. Guiar e orientar. 3. Proporcionar apoio físico e psicológico. 4. Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal. 5. Ensinar.” (Orem, 1991, p. 9). Para a autora, o enfermeiro utiliza o ou os métodos mais adequados na assistência para o autocuidado e desenvolve atividades para a prática de enfermagem, tendo em conta as capacidades específicas de autocuidado e as demandas terapêuticas de autocuidado; sempre que as segundas superam as primeiras, a enfermagem é necessária. Por conseguinte, foram definidas cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem:

“Iniciar e manter um relacionamento enfermeira-paciente com o individuo, família ou grupo até que o paciente possa ser legitimante liberado da enfermagem. Determinar se e como os pacientes podem ser ajudados através da enfermagem. Responder às solicitações, desejos e necessidades do paciente em relação ao contacto e à assistência da enfermeira. Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos pacientes (e às pessoas significativas) em forma de enfermagem. Coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do paciente, outro atendimento de saúde necessário ou que esteja recebendo e os serviços sociais e educacionais necessários ou sendo recebidos”. (Orem, 1991, p. 340).

Não obstante, Orem reconheceu três classificações de sistemas de enfermagem para responder aos requisitos de autocuidado dos indivíduos, nomeadamente o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório, e o sistema apoio-educação. O sistema totalmente compensatório caracteriza-se pela substituição do individuo no autocuidado pela enfermagem; o sistema parcialmente compensatório ocorre, quando o indivíduo é assistido parcialmente no autocuidado pela enfermagem; e o sistema apoio-educativo verifica-se, quando o indivíduo é independente no autocuidado, todavia carece de supervisão e ensino nessa realização. O processo de enfermagem é um sistema que possibilita o diagnóstico das necessidade de cuidados, elaborar um planeamento e intervir. Existem critérios que regulam o método deste processo, tais como: determinação dos requisitos de autocuidado;

determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Tomey & Alligood, 2002; Orem, 1991).

O sistema de enfermagem define: “(1) o âmbito da responsabilidade de enfermagem nas situações de atendimento de saúde; (2) o papel geral e o específico da enfermeira, paciente e de outros; (3) as razões para o relacionamento da enfermeira com o paciente e (4) os tipos de ações a serem desempenhadas, o padrão de desempenho e as ações dos pacientes e das enfermeiras para regular a ação de autocuidado do paciente e para preencher a sua exigência terapêutica de autocuidado” (Orem, 1991, pp. 285, 287). Podem ocorrer variações nas necessidades de autocuidado dos indivíduos, nas capacidades individuais de satisfação e nas necessidades de apoio em situações de transição, em que os mesmos não conseguem uma adaptação benéfica. Söderhamn (2010) afirma que a capacidade de adquirir ou de readquirir o autocuidado, pelo indivíduo ou por outros, sucede em três fases conexas. Na primeira fase, denominada por “*autocuidado estimativo*”, é definido o que deve ser feito para recuperar o autocuidado; na segunda fase, apelidada por “*autocuidado transitivo*”, são estipuladas as diferentes formas para a recuperação do autocuidado, optando-se pela mais adequada; na terceira e última fase, designada por “*autocuidado produtivo*”, apura-se a verdadeira capacidade para o autocuidado em que o indivíduo demonstra capacidade para cuidar de si.

“O autocuidado é um conceito central nos cuidados de saúde e pode ser considerado como um meio para manter, restaurar e melhorar a saúde e o bem-estar da pessoa. Quando realizado de forma eficaz, o autocuidado contribui não apenas para o funcionamento humano, mas também para a integridade estrutural humana e o desenvolvimento humano (isto é, para um estado de saúde dinâmico e holístico). O autocuidado como conceito clínico é relevante para os profissionais de saúde, e deve ser significativo investigá-lo em nível filosófico e aprofundar ainda mais esse conceito.” (Söderhamn 2013, p. 605).

De outro modo, pode ler-se, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011), que:

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.” (p.8667).

“A enfermagem comunitária é um domínio especializado da profissão de enfermagem e tem descrita como uma das suas competências centrais a capacitação de comunidades” (Melo, Silva & Figueiredo, 2018, p. 82). Estes autores afirmam, que a tomada de decisão do enfermeiro especialista alicerça-se nas competências específicas desta área de especialidade, isto é, norteada para a comunidade enquanto unidade de cuidados. A tomada de decisão deve, igualmente, ser sustentada na utilização de um referencial teórico em enfermagem para constituir a informação clínica, onde o empoderamento comunitário é simultaneamente processo e resultado da intervenção deste enfermeiro especialista. O “*Empoderamento Comunitário*” enquanto processo é definido por Laverack (2005) num modelo, constituído em cinco domínios:

“a) a ação pessoal relacionada com o desenvolvimento da perceção individual de pertença e de valor para participar na sua comunidade para a resolução dos seus problemas; b) a abordagem de pequenos grupos comunitários, associada ao envolvimento de grupos de pessoas que se constituem como homogéneos nas suas características, objetivos e identidade, por forma a aumentar, do ponto de vista coletivo, a sua perceção de importância para a identificação e resolução dos problemas da comunidade; c) o desenvolvimento de organizações comunitárias, a partir da interação intencional dos pequenos grupos, para se constituir a partir das diferenças, metas comuns que fortalecem a comunidade como um todo; d) o estabelecimento de parcerias intra e intercomunidades, que promovem o incremento e rentabilização dos recursos para identificar e resolver os problemas da comunidade; e) a ação social e política, etapa em que se constitui de uma forma sistémica um quadro de políticas e ação macrossistémica construídos a partir da consolidação das organizações comunitárias e das suas parcerias e perpetuando um ambiente favorável à manutenção do EC.” (Melo, Silva & Figueiredo, 2018, p. 82).

Em resumo, a transição (mudança significativa na pessoa, exposta a estímulos e novos conhecimentos, geradora de novo comportamento ou outra definição de si mesma, no contexto social), dos membros da família, para o exercício de papel de cuidadores é complexa. Os cuidadores informais têm necessidades de apoio-educativo e de reconhecimento, por parte dos profissionais, associadas à ausência de perícia na prestação de cuidados, isolamento social, *stress* e sobrecarga física e psicológica (adaptação ineficaz). Considera-se crucial, uma avaliação especializada de enfermagem que revele quais as dificuldades sentidas pelo cuidador (por exemplo quantificar o grau da sobrecarga subjetiva) e quais os défices no autocuidado relacionados com o exercício desse papel, na vivência da transição (capacidade da pessoa para determinar, e gerir as suas necessidades e respostas adaptativas), que por sua vez permitam planear intervenções que objetivem a proteção do cuidador informal (e da pessoa cuidada), implementá-las e analisar os resultados das mesmas. O enfermeiro da comunidade tem como foco o “*empowerment*”, especificamente de grupos com necessidades específicas, como é o caso dos cuidadores informais; face à atual conjuntura de envelhecimento, do peso do consumo de cuidados pelos idosos, e da conseqüente dependência para as atividades de vida diária, entendemos que a

abordagem aos grupos de cuidadores informais por parte destes especialistas deve ser psicoeducacional, essencialmente num sistema de enfermagem apoio-educativo, perspetivando aumentar a autoeficácia, estima, ou competência pessoal, e a habilidade dos indivíduos para decidir sobre si próprios e sobre as suas vidas. Do ponto de vista coletivo, o especialista deve educar os cuidadores para a cidadania, estimulando a formação de grupos na comunidade, centrados na resolução de problemas; deve promover o desenvolvimento das organizações comunitárias em que se insere; e liderar o estabelecimento de parcerias que se constituam como recursos, apoiadas pelo poder político.

2. - ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Neste segundo capítulo damos a conhecer o projeto de intervenção comunitária, com recurso ao Método de Planeamento em Saúde, composto pelas seguintes etapas: Diagnóstico de Situação; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Preparação Operacional; e Avaliação. Este enquadramento conflui para a primeira das competências centrais específicas do enfermeiro especialista em ECSP “1) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355). Desta competência central emergem cinco unidades de competência, que se enunciam seguidamente, em consonância com as diferentes etapas do PS.

2.1. - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Diagnóstico da Situação é a primeira etapa do Planeamento em Saúde (PS), e é nesta etapa que se identificam os problemas e se determinam as necessidades de saúde. As necessidades reais referem-se às necessidades percecionadas pelos profissionais, complementadas com as necessidades sentidas pelas populações. As necessidades de saúde obtêm-se, na convergência entre a oferta dos recursos de saúde, as necessidades reais e as necessidades sentidas pelas populações. Contudo, a elaboração do "diagnóstico envolve uma noção de causalidade e de evolução prognóstica que não aparece necessariamente no conceito de necessidades." (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 16). Existem diversas técnicas de identificação de problemas e necessidade, que se podem incluir em três tipos de abordagens: indicadores, inquéritos e pesquisas de consenso. O diagnóstico de situação deve ser conciso, mas também abrangente, minucioso, célere, inequívoco, e satisfazer as obrigações de planeamento em saúde. A qualidade do diagnóstico de situação influencia as etapas subsequentes do PS, e interfere diretamente com a determinação das prioridades (2ª etapa do PS), e com a avaliação. A concretização do Diagnóstico da Situação é condição obrigatória para se delinear a intervenção (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). A elaboração do diagnóstico da situação converge para a aquisição da unidade de competência: “1.1 — Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

2.1.1. - Contextualização do Problema

“A promoção de medidas de apoio e suporte ao cuidado informal, e de políticas orientadas para os cuidadores é potenciadora de uma abordagem com múltiplos benefícios para todos: a pessoa foco dos cuidados, os cuidadores e os sistemas públicos.” (Teixeira et al., 2017, p.5).

Em todo o mundo, calcula-se que cerca de 349 milhões de pessoas sejam cuidadoras de dependentes, dos quais 5% (18 milhões) são crianças menores de 15 anos, e 29% (101 milhões) são pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2017). A dependência de cuidados surge, quando a capacidade funcional decresce de tal forma, que o indivíduo torna-se incapaz, sem assistência, de realizar as atividades de vida diárias. As doenças crónicas concomitantes (multimorbilidade) estão usualmente associadas às necessidades em saúde e de assistência social para idosos (Fortin, Soubhi, Hudon, Bayliss & Akker, 2007). Na maioria dos países o cuidado é fornecido por cuidadores informais (cônjuges, filhos adultos ou outros familiares e amigos), geralmente mulheres (OMS, 2015). Os cuidadores de pessoas com graves deteriorações da capacidade intrínseca estão em maior risco de experienciar angústia psicológica e depressão (Douglas, Daly, Kelley, O’Toole & Montenegro, 2005). Em muitos países, de baixos e médios rendimentos, o sistema formal de cuidados de longo prazo é pobre, resultando em efeitos negativos da atividade de cuidar, com um impacto profundo ao nível da condição física, emocional e económica das mulheres e outros cuidadores familiares (OMS, 2017).

Assim, pode ler-se no documento *Integrated care for older people* da OMS (2017) a Recomendação n.º13:

“Em particular, deve ser oferecida intervenção psicológica, treino e suporte aos membros da família ou outros cuidadores informais, de idosos dependentes de cuidados, mas não em exclusivo, quando a necessidade de cuidado é complexa e extensa e/ou quando há tensão significativa no cuidador” (p.21).

O reconhecimento e apoio aos cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes nos seus domicílios, independentemente da idade, estão também contemplados no Programa do XXI Governo Constitucional, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A problemática em estudo é a “Prevenção da Sobrecarga de Cuidadores Informais no Contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados”. À luz do enquadramento geral, das políticas nacionais na área da saúde, é possível identificar nos vários documentos orientadores da ação dos profissionais de saúde, incentivos à melhoria contínua e avaliação da qualidade em saúde,

perspetivando-se os cuidadores informais nos processos assistenciais, nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, dando-se especial relevância aos aspetos da saúde mental (exaustão).

No que concerne ao PNS 2012-2016 Revisão e Extensão a 2020, um dos quatro eixos estratégicos é Qualidade em Saúde:

“A qualidade em saúde implica a promoção de cadeia de valor em saúde, ciclos de melhoria contínua da qualidade, o desenvolvimento profissional e institucional, monitorização, benchmarking e avaliação (interna e externa). A qualidade em saúde depende da intervenção programada (i) na governação clínica, empresarial, financeira, da informação e gestão do risco (ii) no desenvolvimento de mecanismos de influência, como as normas e orientações, clínicas e organizacionais, por aspetos estruturais, como a arquitetura e o ambiente, pelos modelos de financiamento e sistema de pagamento de cuidados, pelo planeamento dos recursos humanos, pelo desenvolvimento de uma cultura de avaliação e de qualidade (iii) nos processos assistenciais integrados que coloquem o cidadão, com as suas expectativas e necessidades, no centro do sistema, influenciando a melhoria contínua dos processos assistenciais e com ênfase nos resultados (iv) na participação e capacitação dos doentes, família e cuidados informais, incluindo a abordagem de gestão da doença crónica.” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], 2017, p. 21).

Ao nível da gestão de processos de comorbilidade preconizada na ENEAS 2017-2025, pode constatar-se na Medida n.º 13 a seguinte ação: “Identificar as vulnerabilidades de cada cuidador e família cuidadora e avaliação periódica do seu estado geral de saúde e do seu nível de exaustão.” (DGS, 2017, p. 26).

Relativamente ao Plano Estratégico da ARSLVT 2017-2019, dois dos nove eixos de atuação, definidos no Programa do Governo para o período da legislatura, relacionam-se com necessidades de melhoria em torno dos cuidados de saúde na comunidade: “Expansão e melhoria da integração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e de outros serviços de apoio às pessoas em situação de dependência; (...) Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde” (ARSLVT, 2017, p. 19). No que diz respeito, ao primeiro eixo, enunciado anteriormente, está descrito:

“Articular a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com a rede de ação social e com a participação ativa das autarquias, através do reconhecimento dos cuidadores, informais, pelo reforço na prestação de cuidados no domicílio e em ambulatório, mas também por um aumento do número de vagas em cuidados continuados integrados e pelo reforço da componente de saúde mental.”⁶

Tal facto, remete-nos, para a necessidade dos profissionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados trabalharem em parceria com os profissionais da Rede Social, e com os profissionais das Autarquias, em função das necessidades de apoio e de reconhecimento dos cuidadores informais, aumentando a capacidade da resposta, com especial enfoque na área da saúde mental. Por

⁶ (Ibidem).

outro lado, o segundo eixo transcrito, direciona-nos para: “Medidas que passam por promover a saúde e prevenir a doença, reduzir o desperdício, disseminar boas práticas, desenvolver modelos de avaliação das tecnologias da saúde e apoiar a investigação científica.”⁷ Deste modo, destaca-se a relevância atribuída à promoção da saúde, à prevenção da doença, às boas práticas e à investigação.

Pode ler-se, no Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, que os cuidadores informais, maioritariamente familiares, devem ser igualmente considerados no processo de cuidados, enquanto utentes:

“Por outro lado, e porque de acordo com diversos estudos, os familiares são por norma os principais cuidadores informais, preconiza-se que estes sejam considerados no processo de cuidados simultaneamente como utentes e como parceiros. Como utentes, na medida em que eles próprios carecem frequentemente de cuidados, quer porque são de idade próxima da pessoa que cuidam, quer porque a exigência do processo de cuidados tem impacto na sua própria saúde. Como parceiros, porque, sendo esses familiares cuidadores, precisam ser capacitados enquanto tal, tornando assim mais efetiva a sua intervenção, devolvendo-lhes feedback como forma de aumentar a sua autorrealização no processo de cuidado.” (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [MTSSS] & Ministério da Saúde [MS], 2016, p. 12).

O ordenamento jurídico português, ainda não possui um regime específico de proteção de cuidadores informais, familiares, ou outras pessoas significativas (amigos ou vizinhos), que de forma gratuita têm atribuída a responsabilidade de cuidar de pessoa em situação de dependência, ao nível do autocuidado e das atividades de vida diárias (Teixeira et al., 2017). Não obstante, consta do Ponto 5, do Artigo 8.º, da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro que as equipas domiciliárias (por exemplo ECCI) proporcionam e garantem:

- 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 da 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.” (Ministérios das Finanças [MF], da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014, p. 4867).

⁷ (Ibidem).

Em resumo, é irrefutável a pertinência de contemplar os cuidadores informais na prestação de cuidados, enquanto utentes e parceiros nos cuidados, na medida em que deles depende o sucesso do cuidar (resultados positivos), na comunidade. É premente uma avaliação diagnóstica integrada (equipa multidisciplinar), em tempo útil, em particular levada a cabo pela ECCI, em que o enfermeiro (gestor de caso) se responsabiliza, quer pelo apoio-educativo e pelo reconhecimento ao cuidador informal, quer pela prevenção da sobrecarga dos cuidadores informais.

2.1.2. - Caracterização da Região de Lisboa e Vale do Tejo

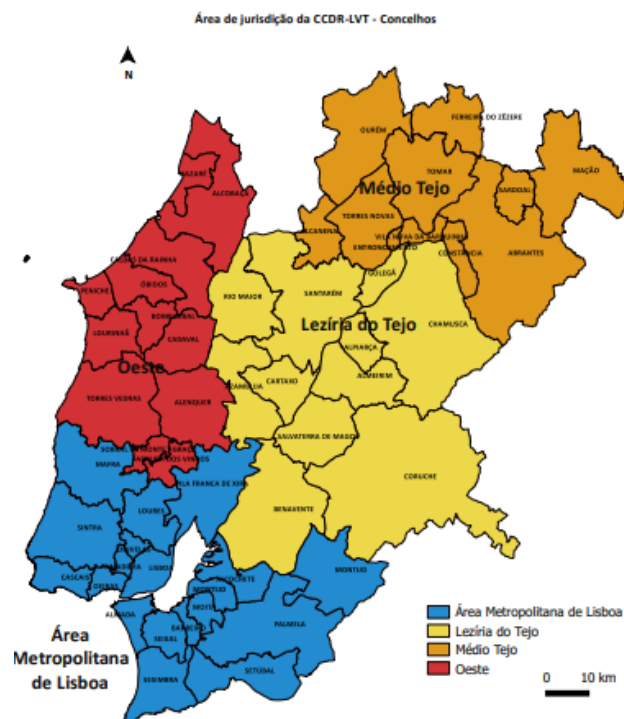
Segundo a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (CCDRLVT), a Região de Lisboa e Vale do Tejo, região capital de Portugal, integra a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) III da Área Metropolitana de Lisboa, Lezíria do Tejo, Médio Tejo e Oeste, abrangendo cerca de 12 216 Km². Encontra-se na Costa Oeste da Europa e é o limite mais ocidental do Continente Europeu, com uma localização geoestratégica privilegiada. É constituída por 1 Região, 4 NUTS III, 52 Concelhos e 355 Freguesias. Dados do Perfil de Saúde de 2015, da RLVT, revelam a existência de cerca de quinze Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): ACES Lisboa Norte, ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ACES Cascais, ACES Amadora, ACES Sintra, ACES Loures-Odivelas, ACES Estuário do Tejo, ACES Almada -Seixal, ACES Arco Ribeirinho, ACES Arrábida, ACES Oeste Norte, ACES Oeste Sul, ACES Médio Tejo e ACES Lezíria (CCDRLVT, 2018).

A Região centraliza infraestruturas científicas e tecnológicas, económicas, financeiras e políticas de Portugal de maior relevância, promotora do desenvolvimento a nível nacional. Origina 43,6% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, 37,1% do emprego e 35,9% das exportações, reunindo 50% da soma nacional dirigida à investigação. Nesta Região reúnem-se algumas das principais infraestruturas científicas e tecnológicas, económicas, financeiras e políticas de Portugal. Estima-se que seja habitada por 3,7 milhões de portugueses, contribuindo para a produção de metade da riqueza do país (concentrando 36,9% do número de empresas do país). Dispõe de paisagens diversas, que possibilitam a realização de múltiplas atividades, repleta de multiculturalidade, características que a tornam uma região ímpar na Europa⁸.

⁸ (Idem).

Em 2014, apuraram-se na Região cerca de 3.631.738 pessoas (população residente), observando-se uma diminuição de 4.669 residentes face ao ano transato, persistindo assim, e em conformidade com o registado ao nível nacional, a tendência de declínio populacional, embora com um ligeiro enfraquecimento em 2014. Esta Região com 12.216,40 km² corresponde a 13,3% do território nacional, em que reside uma significativa fração da população portuguesa – 35,2%, circunscrevendo neste espaço 20% das cidades portuguesas nas quais se centraliza 37,8% da população portuguesa residir em cidades. A nova divisão regional (NUTS 2013) em vigor a nível nacional e europeu a partir de 1 de janeiro de 2015, não suscitou mudanças no que respeita à área geográfica de atuação da CCDRLVT, não obstante originou a união das NUTS III Grande Lisboa e Península de Setúbal numa singular NUTS III – Área Metropolitana de Lisboa. Consecutivamente, a NUTS II “Lisboa” passou a denominar-se analogamente “Área Metropolitana de Lisboa”. Consta-se a existência de uma dissonância entre as unidades administrativas territoriais, em termos de desenvolvimento regional, planeamento estratégico e gestão territorial (da responsabilidade da CCDRLVT) e para fins de utilização de fundos comunitários (Área Metropolitana de Lisboa), o que acarreta diligências suplementares de coordenação, políticas, entidades, e de instrumentos de planeamento e programação (CCDRLVT, 2018; ARSLVT, 2017; ARSLVT, 2015).

Figura n.º 1 - Mapa da Região de Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: <http://www.ccdr-lvt.pt/pt/a-regiao/7279.htm>

2.1.3. - Caracterização da População da Região de Lisboa e Vale do Tejo

De acordo com o Perfil de Saúde, e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo, elaborado pela ARSLVT (2015), tendo por base os Censos de 2011, constatou-se uma diminuição do crescimento demográfico (nacional), com 2,0% de aumento, comparativamente aos 5,0% na década de 90 do século passado. Porém, verificou-se na RLVT, em 2011, um crescimento demográfico de +5,3% (+183943 efetivos), com acréscimo de indivíduos em quatro das cinco NUTS III da Região. Quanto à análise da evolução da população por sexo na RLVT, verificou-se um aumento do número de habitantes de 2001 para 2011, em ambos os sexos. O maior crescimento da população da Região assinalou-se no sexo feminino (+6,5%, tendo sido de +4,0 no sexo masculino). Considerando as NUTS III da RLVT, o maior crescimento ocorreu no sexo feminino, na Península de Setúbal (+10,8%), e o menor no sexo masculino (+1,9%), na Lezíria do Tejo. Quanto ao crescimento natural na RLVT, em 2011, apurou-se uma taxa de 0,08%, correspondendo a um saldo fisiológico positivo de cerca de 3035 pessoas, superior à taxa nacional (crescimento natural negativo [taxa de -0.06]). A densidade populacional da RLVT, em 2011, era de 309,4 habitantes/km², quase três vezes superior à nacional (114,3 habitantes/ km²).

Figura n.º 2 - Pirâmide Etária por sexo e grupo etário da Região de Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/875/VOL1 - Perfil de Sa de - Determinantes.pdf.

- Quanto á população ativa, em 2011, apuraram-se cerca de 1,869 milhões, 52% constituída por homens e 48% por mulheres. No que diz respeito ao índice de dependência de jovens nesta Região, em 2012, era de 24,2; o de dependência de idosos era de 30,9; e o de dependência total era de 55,1. Em 2012, os índices de dependência de jovens, de idosos e total foram superiores na RLVT, relativamente aos registados em Portugal e no Continente. No mesmo ano, na Região, o índice de juventude foi de 78,1 (versus 76,3 nacional) e o de envelhecimento foi de 128,1 (versus 131,1 nacional). Em relação ao índice de longevidade, na RLVT foi de 47,1 próximo do índice nacional (48,9).⁹

Em 2011, o estado civil da população residente em Portugal foi a seguinte: 46,6% casados, 40,5% solteiros, 7,3% viúvos e 5,6% divorciados. Na RLVT registou-se, no mesmo ano, um discreto predomínio da população solteira (43,0%) relativamente à casada (42,8%). A população viúva representava 7,13% da população da Região e a divorciada 7,06%. Em 2011, na RLVT, a relação, em termos percentuais, entre a população ativa (por nível de escolaridade mais elevado completo) e a população ativa total era, nos dois sexos, maior no 3.º ciclo do ensino básico (24,0%), seguida do ensino secundário e pós-secundário (22,8%) e do ensino superior (22,5%). Os menores valores registaram-se em “nenhum” (2,5%), representando a ausência de qualquer nível de escolaridade completo, e nos 2.º e 1.º ciclos do ensino básico (respetivamente, 13,0% e 15,2%). A nível nacional, a maior proporção registou-se também no 3.º ciclo do ensino básico e a menor em “nenhum”. Em termos da proporção da população ativa (%) da RLVT com nível de escolaridade mais elevado completo, por sexo, o maior valor no sexo masculino registou-se no 3.º ciclo do ensino básico (26,0%) e no sexo feminino registou-se no ensino superior (26,5%); o menor valor registou-se em “nenhum”, para ambos os sexos, 2,4% e 2,5%, respetivamente para o sexo masculino e feminino. Em Portugal, a taxa de analfabetismo em 2011 foi de 5,2%, correspondendo a 499 936 indivíduos, valor inferior ao registado em 2001 (9,0%) e em 1991 (11,0%), de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), disponíveis no censos 2011, em Portugal. Entre 2001 e 2011, a taxa de analfabetismo abrandou em todas as NUTS III da RLVT, à semelhança do ocorrido a nível nacional e das restantes NUTS III da Região, com maior representação na NUTS III Lezíria do Tejo e menor representação na Grande Lisboa e Península de Setúbal¹⁰.

⁹ (Idem).

¹⁰ (Idem).

A taxa bruta de natalidade tem diminuído desde o ano 2003, em ambos os cenários (Continente e RLVT), com alguns aumentos ligeiros em alguns anos, na Região, os valores têm sido superiores aos do Continente desde 1998. Entre 1996 e 2012, na RLVT, os valores variaram entre 9,8 nados-vivos por mil habitantes, em 2012, e 12,1 nados-vivos por mil habitantes, em 2000. Desde 2003, inclusive, o Índice Sintético de Fecundidade (ISF), na Região, tem sido sempre superior ao do Continente. Entre 2011 e 2012, os valores do ISF mantiveram-se constantes na Região (1,5) e no Continente (1,3). Entre 1996 e 2012, os valores do ISF na Região variaram entre 1,4 e 1,6 (variação entre 1,3 e 1,5 no Continente, no mesmo intervalo de tempo). Na RLVT, em 2010, para as NUTS III, a esperança de vida à nascença alcançou o valor mais elevado no Médio Tejo (79,80 anos) e na Grande Lisboa (79,34 anos), valor, em ambos os casos, superior ao do País (79,20 anos) e, no caso do Médio Tejo, também superior ao do Continente (79,38 anos). Em 2011, a taxa bruta de mortalidade na RLVT era de 9,548 óbitos por mil habitantes (34 975 óbitos), valor inferior ao calculado para o nível nacional e de Portugal Continental, no mesmo ano¹¹.

Atendendo à análise por sexo, a taxa bruta de mortalidade na RLVT, em 2011, foi superior no sexo masculino, relativamente ao feminino, em conformidade com o sucedido a nível nacional, em Portugal Continental e nas cinco NUTS III da Região. No mesmo ano, no sexo masculino, a taxa bruta de mortalidade na RLVT (10,209 óbitos /1000 habitantes) foi inferior à de Portugal e à do Continente, o mesmo ocorreu no sexo feminino (8,952 óbitos /1000 habitantes). Nas NUTS III Oeste e Médio Tejo, as taxas brutas de mortalidade no sexo masculino e no sexo feminino foram superiores às da Região, às de Portugal e às do Continente; nas restantes NUTS III, o valor foi inferior ao da Região, tanto no sexo masculino como no feminino¹².

Dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, apontaram que a maioria da população inquirida residente na RLVT (55,8%) auto percecionava o seu estado de saúde como sendo “Muito bom ou bom”, à semelhança do ocorrido na análise por sexo. Nos indivíduos do sexo masculino, uma maior percentagem de indivíduos (62,0%) tinha esta perceção positiva do seu estado de saúde, relativamente às mulheres (50,0%). Apenas 11,9% da população inquirida, residente na RLVT, percecionava o seu estado de saúde como sendo “Mau ou muito mau”. Na distribuição por sexo, os indivíduos do sexo feminino tinham uma maior perceção negativa do seu estado de saúde (14,8%) relativamente aos indivíduos do sexo masculino (8,8%). No que concerne à autoapreciação do estado de saúde como sendo “Razoável” (32,3% na RLVT), registou-se, também, uma maior percentagem nos indivíduos do

¹¹ (Idem).

¹² (Idem).

sexo feminino (35,2%), face aos indivíduos inquiridos do sexo masculino (29,3%). Em Portugal Continental repercutiram-se as diferenças referentes ao sexo encontradas na RLVT, com os homens a apresentarem autoavaliações de saúde mais positivas do que as mulheres¹³.

Considerando alguns indicadores de Saúde Mental, contemplados no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, na RLVT, em 2005/2006, constatou-se que 27,1% da população residente na RLVT tinha provável sofrimento psicológico, valor idêntico ao de Portugal Continental. Quanto ao consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos, assinalou-se, em 2007, na RLVT, uma Dose Diária Definida (DDD) destes fármacos por mil habitantes (hab) de 138,8, valor inferior ao registado no Continente (DDD/1000 hab/dia de 147,2), mas superior ao melhor valor da União Europeia (UE), naquele ano (DDD/1000 hab/dia de 42,3). Em referência à taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos por cem mil habitantes, na RLVT, em 2006, o valor, de 6,6 óbitos por suicídio/100 000 indivíduos foi maior do que o do Continente (4,9 óbitos por suicídio/100 000 indivíduos) e do que o valor da União Europeia (2,8 óbitos por suicídio/100 000 indivíduos), no mesmo ano¹⁴.

Em resumo, após a análise e reflexão sobre a caracterização da população da RLVT, por comparação com a caracterização nacional, consideramos inequívoca a necessidade de aumentar o número de programas e projetos de intervenção comunitária, dirigidos à população idosa desta região, que, contudo, acompanhem o crescimento demográfico, e atendam ao elevado índice de dependência total, maioritariamente relacionado com o ónus do índice de dependência de idosos. Numa região, em que a população ativa representa cerca de dois terços da população total, a resposta local e regional da RNCCI (principalmente das ECCI), em articulação com outras unidades funcionais do ACES, com os hospitais, com as instituições de apoio social (Estrutura Residencial para Idosos [ERPI]) e político (autarquias) é imperiosa para a promoção da saúde e prevenção da doença. No que respeita, à prestação de cuidados domiciliários, é necessário capacitar os cuidadores informais para o cuidado assegurado, porém, não menos importante é capacitar para o autocuidado, prevenindo a sobrecarga e o sofrimento relacionados, e potenciando os anos de vida saudável.

¹³ (idem).

¹⁴ (idem).

2.1.4. - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo

De acordo com o Plano de Ação, de 2017, a UCC da RLVT é uma Unidade Funcional (UF) de um determinado Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), que desenvolve a sua atividade comunitária dispondo de uma equipa multiprofissional e em grande articulação com as equipas funcionais do respetivo ACES. A área geográfica da sua intervenção corresponde à área geográfica do Concelho e funciona de 2ª a 6ª feira das 8 horas (h) às 20h. Aos Sábados, Domingos e Feriados das 9h às 17h.

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social assegurando: atividades promotoras de bem-estar e do desenvolvimento da comunidade, de uma forma integrada em conjunto com os parceiros da comunidade; atividades de proteção e promoção da saúde da comunidade em vários contextos, assim como a prestação de cuidados a populações específicas, em situação de vulnerabilidade, com problemas de saúde com elevada repercussão social; e intervenções destinadas a indivíduos e famílias ao nível da prevenção, recuperação e palição, particularmente em casos de dependência funcional e/ou problemas de saúde que necessitem de um acompanhamento contínuo e de proximidade, no domicílio.

A equipa multiprofissional da UCC dá prioridade à melhoria contínua da qualidade em saúde, à reflexão sobre a prática, para a definição de objetivos da prestação de cuidados e para a seleção de estratégias adequadas para os alcançar. Deste modo, existe um envolvimento de todos os profissionais, leia-se uma responsabilidade multiprofissional com resultados na qualidade em saúde. A UCC é uma unidade de referência pela sua articulação constante e em complementaridade com a Unidade de Saúde Pública (USP) e ainda restantes UF do Concelho em que se integra.

A equipa multidisciplinar desta UCC é composta por Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnica Superior de Serviço Social, Psicólogo, Terapeuta da Fala, entre outros. Os enfermeiros são o maior grupo profissional desta UCC. A UCC da Região de LVT tem programas específicos na área da Saúde da Mulher/Materna, da RNCCI (ECCI), e da Reabilitação. Porém, a UCC participa em outros programas: Saúde Escolar, Escolhas, e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

A ECCI é constituída atualmente por 10 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 30 e os 55 anos de idade. Tem um mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, com pós-graduação em cuidados paliativos; um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica;

três enfermeiros especialistas em reabilitação; um enfermeiro de cuidados gerais com mestrado em cuidados paliativos; e quatro enfermeiros de cuidados gerais. Todos os enfermeiros (à exceção de apenas um, recém-chegado à equipa) têm formação em cuidados paliativos, a diferentes níveis.

2.1.5. - Determinação das Necessidades em Saúde

Com vista à determinação e caracterização das necessidades em saúde, com vista à elaboração do diagnóstico da situação, procedemos a uma reunião informal com a Sra. Enfermeira AA (testemunho privilegiado), elemento responsável da ECCI da UCC da RLVT, no sentido de conhecer quais as necessidades reais na área da melhoria da qualidade da atuação dos enfermeiros, naquele contexto de prestação de cuidados. De entre os problemas identificados nesta reunião, surgiu a temática da prevenção da sobrecarga do cuidador informal, cujo estudo desperta grande interesse na estudante. Posteriormente, efetuou-se uma consulta ao Plano de Ação de 2017, ao nível do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, destacando-se a existência do Problema n.º 4: *“Baixa proporção de utentes com ganhos gestão de stress prestador de cuidados”*. Para este problema, foi definido pela UCC da RLVT, o seguinte objetivo: *“Aumentar a proporção de utentes com ganhos em gestão de stress prestador de cuidados em 20%”*. Deste modo, procurámos conhecer qual a proporção de utentes da UCC, com ganhos expressos em gestão de *stress* do prestador de cuidados; pelo que efetuámos a consulta ao Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, constatando que ao nível da Subárea - Gestão da Doença, nomeadamente no âmbito da Saúde Mental, neste indicador (376 - Proporção de utentes acompanhados no âmbito da saúde mental com ganhos expressos na gestão do stress do prestador de cuidados), obtido a partir do foco de atenção de enfermagem *“Stress Prestador de Cuidados”*, o Índice de Desempenho Setorial (IDS) da UCC foi igual a 0, em 2017 e em 2018; tal facto levou-nos a indagar pelas razões que possam justificar este resultado e a delinear estratégias para alterá-lo, bem como reforçou a necessidade de realizarmos o diagnóstico de situação.

Consequentemente, procedemos ao pedido de autorização para a realização de diagnóstico de situação ao Sr. Diretor Executivo do ACES, que por sua vez foi encaminhado para o Núcleo de Formação e Investigação do mesmo. Mais tarde, foi comunicado telefonicamente pelo suprarreferido Núcleo, que o protocolo de investigação (ver Apêndice I), da estudante deveria ser submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSLVT, ao que se procedeu, obtendo-se um parecer favorável ao estudo (ver Anexo I) condicionado pela declaração do Diretor do ACES (ver Anexo II).

Para a realização do diagnóstico de situação, no que respeita à metodologia, recorreremos ao método de planeamento em saúde, utilizado para a identificação criteriosa dos problemas e das intervenções adequadas dirigidas às necessidades da população (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Tendo em vista a pesquisa de consenso, essencial para a elaboração do diagnóstico de situação, definiu-se como técnica de recolha de dados o “*Focus Group*”, de cariz qualitativo. A técnica de *focus group* contou com a colaboração dos elementos da equipa multidisciplinar da ECCI (ver Apêndice II), os dados foram colhidos nas instalações da UCC da RLVT, através da participação voluntária de todos os participantes e após a assinatura do Consentimento Informado Livre e Esclarecido ([CILE], ver Apêndice III). Com esta metodologia ambicionou-se: identificar as dificuldades percebidas pela equipa multidisciplinar no âmbito da prevenção da(o) sobrecarga/*stress* do Prestador de Cuidados (PC) /Cuidador Informal (CI) dos utentes integrados na ECCI; conhecer as principais causas da(o) sobrecarga/*stress* dos PC/CI percebidas pelos elementos da equipa multidisciplinar; identificar as estratégias mobilizadas na equipa para a prevenção da sobrecarga/*stress* dos PC/CI; recolher dados essenciais, através da interação e discussão grupal, para a caracterização dos problemas e das necessidades em saúde relacionadas com o tema, com vista à elaboração do diagnóstico de situação; compreender as perspetivas multidisciplinares sobre o fenómeno em análise; apurar as áreas prioritárias de melhoria da qualidade da atuação da equipa multidisciplinar direcionada aos PC/CI; e estabelecer uma relação de cooperação com os elementos da equipa, com vista ao planeamento de intervenções para os PC/CI.

Efetuaram-se duas sessões de *focus group*, a primeira decorreu apenas com os Enfermeiros da ECCI (num total de nove) no Estágio I, e a segunda, no Estágio Final, contou com a participação de 6 Enfermeiros, do Psicólogo e da Técnica Superior de Serviço Social (TSSS), o elemento dinamizador, em ambas as sessões, foi a estudante.

Morgan (1996, 1997) afirma que a técnica de *focus group* é uma técnica de recolha de dados, que pode ser aplicada em diversas fases do processo de investigação. Os dados obtêm-se pela interação grupal acerca de um tópico apresentado pelo investigador. Possui três componentes centrais: método de investigação destinado à recolha de dados; compreende a interação grupal como a fonte de dados; e distingue o papel dinamizador da discussão grupal do investigador, ambicionando a recolha de dados.

Silva, Veloso e Keating (2014) acrescentam outras vantagens desta técnica: a focalização da discussão num dado fenómeno, o seu contributo para a compreensão do tópico em análise e o facto de os participantes partilharem características comuns e pertinentes para a discussão do tema. A escolha

da estudante, por esta técnica, baseou-se também no pressuposto de que favorece um ambiente mais relaxante do que a entrevista (um para um), em que os participantes não necessitam de estar envolvidos em todas as partes do debate, sentindo-se assim mais confortáveis a expressar opiniões, quando compartilhadas por outras pessoas no grupo. Fruto desta interação grupal emergem novas ideias e perspetivas. Contudo, tal como acontece com as entrevistas produzem uma grande quantidade de dados para transcrição e análise, e exigem por parte do moderador uma grande capacidade para manter o curso da discussão, incentivando a participação de todos os elementos e evitando que algum deles domine a mesma (Barrett & Twycross, 2018).

O planeamento e guião do *focus group* orientou-se por uma questão central: “Quais as melhorias a implementar pela equipa multidisciplinar em torno da prevenção da(o) sobrecarga/stress dos cuidadores informais, dos utentes integrados na ECCI, com vista à melhoria da qualidade da atuação dos profissionais e obtenção de ganhos em saúde por parte deste grupo/comunidade?”

Tendo em vista, a Matriz de Análise da 1.ª Sessão de *Focus Group* (ver Apêndice IV) definimos três objetivos e respetivas dimensões, que originaram três categorias; por sua vez, cada uma das categorias foi dividida em subcategorias. Para a definição dessas categorias, procedemos à codificação, o que possibilitou uma extração simplificada das questões tidas como mais importantes e específicas. Desta forma, garantimos a confidencialidade no tratamento dos dados recolhidos. As Dimensões A, B e C (1.ª, 2.ª e 3.ª, respetivamente) emergiram na primeira sessão; a Dimensão D (4ª) surgiu na segunda sessão, do *focus group* (ver Apêndice V). A dimensão D originou duas categorias, e cada uma das categorias, produziu subcategorias (Guerra, 2006).

Na primeira dimensão - Identificar as dificuldades da equipa na avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados/cuidador informal -, definiu-se a categoria - Dificuldades da equipa na avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados/cuidador informal, com recurso à *Zarit Burden Interview* -, resultante da questão - “Quais as dificuldades da equipa na avaliação da(o) sobrecarga/stress do PC/CI?”. Nesta categoria as subcategorias mais referenciadas pelos enfermeiros desta ECCI, como dificuldades na avaliação da sobrecarga do PC/CI foram a “Indefinição temporal” e a “Indefinição do(s) enfermeiro(s) da equipa responsável(eis) ”.

Relativamente à segunda dimensão - Identificar as causas da sobrecarga dos prestadores de cuidados/cuidadores informais -, construiu-se a categoria - Causas da sobrecarga dos prestadores de cuidados/cuidadores informais percecionadas pelo enfermeiro da equipa - obtida a partir da questão -

“Quais são as principais causas de sobrecarga dos Prestadores de Cuidados/Cuidadores Informais?”. Nesta categoria as subcategorias mais mencionadas foram o “Estado de Saúde do Cuidador” e o “Isolamento Social”.

Considerando a terceira dimensão - Identificar as estratégias da equipa na prevenção da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais -, formulámos a categoria - Intervenções ao nível prevenção da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais, na perspetiva da equipa -, surgindo a partir da questão - *“Quais as intervenções a adotar, ao nível da prevenção da sobrecarga/stress dos cuidadores informais?”*. Nesta categoria as subcategorias mais referidas pelos enfermeiros da equipa foram a “Capacitação do Cuidador informal”, o “Plano de Intervenção do Cuidador Informal” e os “Grupos de Apoio/Autoajuda”.

Por último, com a 2.^a Sessão de *focus group* delineámos a quarta dimensão - Identificar as perceções da equipa multidisciplinar sobre as estratégias de prevenção da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais -, a partir da qual foram criadas duas categorias - Dificuldades da equipa multidisciplinar ao nível da prevenção da (o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais; e Estratégias da equipa multidisciplinar ao nível da prevenção da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais. Ambas as categorias emergiram de uma questão única: *“Qual a vossa opinião sobre a estruturação de um grupo de apoio para cuidadores informais?”*. No que diz respeito à primeira categoria desta dimensão, foram identificadas, somente pelo Psicólogo e pela Técnica Superior de Serviço Social, quatro subcategorias: “Dificuldades na Criação de um Grupo de Apoio de CI”; “Indisponibilidade do Cuidador Informal”; “Curta Permanência na ECCI”; e *“Stress Associado à Transição Papel de PC/CI”*. Em relação à segunda categoria, as subcategorias mais relatadas foram as “Parcerias com Autarquias”; as “Parcerias com IPSS” e o “Apoio Individual aos CI da ECCI”.

Na primeira sessão, de *focus group*, verificámos uma fraca participação de pelo menos dois enfermeiros, tal facto poderá estar relacionado com a ausência de experiência desses elementos da equipa, na avaliação da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais (aspeto mencionado por um desses dois elementos), e com a recente chegada à ECCI. Na segunda sessão, os elementos mais participativos foram o Psicólogo e a TSSS, sendo que dos seis enfermeiros presentes no *focus group*, apenas três participaram, não obstante o foco desta sessão era dirigido às perceções da equipa multidisciplinar.

Em síntese, de acordo com a matriz de análise das sessões de *focus group*, e em conformidade com as perceções e sugestões dos profissionais equipa multidisciplinar, apurámos as seguintes necessidades:

- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais, de utentes integrados na ECCL, com recurso à ESC;
- Criar uma norma de procedimento, que uniformizasse a atuação dos enfermeiros, na avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais, de utentes integrados na ECCL;
- Otimizar os registos de enfermagem *SClinic* associados ao foco “Stress do Prestador de Cuidados”, possibilitando obter dados sobre o indicador n.º 376 - *Proporção de utentes acompanhados no âmbito da saúde mental com ganhos expressos na gestão do stress do prestador de cuidados*;
- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de apoio individual ou/e em grupo a cuidadores informais, capacitando-os para o autocuidado na transição e/ou no exercício do papel de cuidadores informais, de pessoas com dependência no domicílio, em articulação com parceiros da comunidade.

2.2. - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades integra a segunda fase, do processo de planeamento da saúde, emergindo logo após a identificação dos problemas de saúde, na etapa prévia, no Diagnóstico da Situação. A ordenação dos problemas concretiza-se nesta etapa de seleção de prioridades. Esta etapa é inerente à essência do planeamento em saúde em si (Imperatori e Giraldes, 1993).

O PS prevê a utilização eficiente dos recursos existentes, assim como alcançar os melhores resultados, pelo que se torna essencial o apuramento de prioridades, objetivando conhecer que problemas carecem de resolução mais urgente. O processo de determinação de prioridades divide-se em duas etapas distintas: definição de critérios de decisão; e limitação e comparação dos problemas (Tavares, 1990). Quanto à hierarquização dos problemas de saúde, incentiva-se a utilização de critérios de seleção, tendo em conta o seu peso ou valor, não obstante caracteriza-se pela sua subjetividade. Fundamentam-se em três critérios (magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade) que emergiram de um trabalho precursor. A magnitude caracteriza o problema pela sua dimensão (total de mortes relacionadas, exclui a morbilidade), a transcendência estimativa de mortes por grupos etários, e a vulnerabilidade a prevenção da doença.

Em termos de magnitude e de transcendência, é impossível determinar qual a percentagem de óbitos por causas de morte atribuíveis a níveis elevados de sobrecarga/exaustão. Por outro lado, em termos de vulnerabilidade, leia-se capacidade para intervir na prevenção da sobrecarga, contribuindo potencialmente para a redução de doenças relacionadas, e na promoção de anos de vida saudável aos 65 anos, admitimos a elevada pertinência de uma atuação concertada dos profissionais de saúde, neste âmbito. Particularmente, em relação ao indicador de anos de vida saudável aos 65 anos, em 2014, o seu valor foi baixo (6,9 anos nos homens e de 5,6 anos nas mulheres) tendo em conta a esperança média de vida, no mesmo ano (78 anos nos homens e 84,4 anos nas mulheres). Também no ano de 2016, os anos de vida saudável aos 65 anos foram de 7,7 anos para os homens e de 6,4 anos para as mulheres, valores inferiores aos da Suécia (país da União Europeia [UE] com mais anos de esperança de vida saudável, em 2016), que apresentou valores de 15,1 anos para os homens e de 16,6 anos para as mulheres. Ao contrário de Portugal, na Suécia são as mulheres quem tem mais anos de vida saudável, embora a esperança média de vida nas mulheres, em 2016, tenha sido ligeiramente inferior à de Portugal (de 84,1 versus 84,3). Assim, concluímos que, em Portugal, são as mulheres que vivem por mais anos, porém, com menos anos de vida saudável. Atendendo ao horizonte próximo de 2020, foi definida a meta do PNS Revisão e Extensão a 2020 - *Aumentar o valor da esperança de vida saudável em 30%* (cerca de 12,9 anos para os homens e de 11,7 anos para mulheres) -, pelo que programas que foquem o grupo etário dos 50 – 60 anos devem ser priorizados, nomeadamente para a carga de doença relacionada com a incapacidade (Base de Dados de Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2018; Eurofamcare, 2005).

Como vimos anteriormente, no primeiro subcapítulo do Enquadramento Teórico deste trabalho, os grupos de cuidadores informais são na sua maioria constituídos por mulheres. Segundo o Relatório da Eurofamcare (2005), em Portugal, a depressão é um dos problemas dos cuidadores familiares, no entanto, as suas necessidades e problemas variam de acordo com os rendimentos, sendo o lazer, um problema para o melhor nível económico e a ajuda financeira, para o pior nível económico. Por fim, encontram-se frequentemente relatos de problemas físicos, entre os cuidadores familiares, mais do que na população em geral, consequência da prestação do cuidado informal. Desta forma, podemos concluir que, face à variabilidade de problemas dos cuidadores informais decorrente do cuidar no domicílio da pessoa com dependência, é necessário que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros da ECCI, determinem prioridades, tendo por base uma análise criteriosa.

Esta etapa do método de PS permite-nos alcançar a unidade de competência: “1.2 — Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

2.2.1. - Hierarquização de Problemas

Segundo Tavares (1990, p. 88) a Grelha de Análise permite determinar prioridades, tendo por base os seguintes critérios: “1. Importância do problema; 2. Relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco; 3. Capacidade técnica de resolver o problema; 4. Exequibilidade do projeto ou da intervenção”. Com recurso à grelha de análise, é atribuído a cada um dos quatro problemas apontados, uma classificação de mais (+) ou de menos (-) ao problema, de forma sequencial, partindo dos quatro critérios enunciados. Deste modo, surge um resultado, com base nos valores da grelha, em que o valor 1 corresponde à prioridade máxima. É de salientar a precisão desta técnica, contudo, tem como desvantagem, o facto do primeiro critério ser muito discriminativo.

Com a aplicação da grelha de análise (ver Apêndice VI), apuraram-se três dos quatro problemas com prioridade máxima: *Stress/Sobrecarga* (*Stress* associado à transição Papel de PC/CI); *Depressão e isolamento social*; e *Problemas Físicos* (decorrentes da prestação do cuidado informal). No entanto, atendendo às competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e à duração do Estágio Final, optámos por relevar o peso dos critérios da capacidade técnica para intervir no problema e da exequibilidade do projeto de intervenção, seleccionando-se apenas o problema n.º1.

2.3. - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A fixação de objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde, subsequente à determinação dos problemas prioritários. Os objetivos são estabelecidos em resposta aos problemas, num determinado intervalo de tempo, sendo de soberba importância a correta definição dos objetivos, para a avaliação de resultados da implementação do PS (Imperator & Giraldes, 1993). Existem características estruturais, que estipulam que o objetivo geral deve ser grandioso, delimitado, exequível e quantificável, bem como conter os elementos da essência da conjuntura ambicionada, dos critérios de êxito e fracasso, dos destinatários, do local, e do tempo, que são imprescindíveis para a enunciação de objetivos (Tavares, 1990). O objetivo geral reporta-se ao cenário pretendido de um modo amplo, enquanto que os objetivos específicos decompõem aspetos desse cenário. O autor supracitado acrescenta também, que existem quatro etapas para a fixação de objetivos (“1. Selecção dos indicadores dos problemas prioritários; 2. Determinação da tendência, projecção e previsão dos

problemas prioritários; 3. Fixação dos objectivos a atingir; 4. Tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.” [p. 120]). Os indicadores devem ser seleccionados consoante os problemas prioritários, e posteriormente estabelecidos os objetivos operacionais (metas), mensuráveis a curto prazo.

Esta etapa enquadra-se na unidade de competência “1.3 — Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

Posto isto, para o problema n.º1 (*Stress/Sobrecarga*), identificado pela UCC da RLVT como - Baixa proporção de utentes com ganhos gestão *stress* prestador de cuidados -, definiu-se o seguinte objetivo geral: contribuir para a melhoria da intervenção dos enfermeiros da ECCL, na avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais, durante o Estágio Final. É nossa convicção que, num futuro próximo, através da concretização deste objetivo geral, se impulsionem os ganhos em gestão do *stress* do prestador de cuidados/cuidador informal, de utentes integrados nesta equipa. Deste objetivo geral surgiram três objetivos específicos: 1.º - Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador, aos cuidadores informais, em conjunto com os enfermeiros da ECCL; 2.º Uniformizar a intervenção dos enfermeiros, na avaliação da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais, de utentes integrados na ECCL, em colaboração com os enfermeiros; e 3.º - Otimizar os registos do *SClinic* associados ao foco “*Stress* do Prestador de Cuidados”, em colaboração com os enfermeiros da ECCL. Com base nestes, surgiram os seguintes objetivos operacionais: 1.º - Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador, em colaboração com os enfermeiros, a pelo menos 50% dos cuidadores informais, de utentes integrados na ECCL; 2.º - Obter a colaboração de 50% dos enfermeiros da equipa, para a criação da norma de procedimento “Avaliação da(o) sobrecarga/*stress* Prestador de Cuidados/ Cuidador Informal”; 3.º - Aumentar em 50% a proporção de utentes, com registos em *SClinic* de uma avaliação da Escala da Sobrecarga do Cuidador, efetuados pelos enfermeiros da ECCL.

2.4. - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção das estratégias é a quarta etapa do processo de planeamento em saúde e permite a seleção coerente e ordenada do conjunto de técnicas a aplicar, estimando os recursos necessários à sua operacionalização, a fim de atingir os objetivos determinados. Logo, é nesta fase que poderá ocorrer a necessidade de revisão dos objetivos delineados no início, após confronto entre estes e os recursos

disponíveis (Tavares, 1990 e Imperatori & Giraldes, 1993). Nesta etapa pretendemos delinear novas formas de atuação para os enfermeiros da ECCI em questão, através de um conjunto de orientações específicas, organizadas para alcançar os objetivos definidos anteriormente. Tendo em conta os recursos existentes neste contexto, para dar resposta ao objetivo geral traçado, foram definidas como estratégias:

1.ª - Envolvimento de todos os Enfermeiros da ECCI;

O envolvimento e participação dos enfermeiros da ECCI são cruciais para o sucesso da implementação do projeto de intervenção comunitária, e por conseguinte para a obtenção de resultados positivos com a execução do projeto neste contexto, quer para os cidadãos (promoção da saúde e prevenção da doença) quer para os profissionais (melhoria contínua da qualidade), em concordância com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015). Deste modo, contamos com o apoio da Sra. Enfermeira AA, que através do agendamento de reuniões formais, facilitou o processo de colheita de dados para a elaboração do diagnóstico de situação e a integração da mestranda na equipa, possibilitando a realização das duas sessões de *focus group*, e a apresentação oral do projeto de intervenção da mestranda, que contaram com a maior parte dos elementos da equipa. A primeira sessão de *focus group* ocorreu em Junho de 2018, concomitantemente com a apresentação do projeto, apenas com os Enfermeiros da equipa, e a segunda, em Setembro de 2018, com a participação do Psicólogo e da TSSS. Para a avaliação da sobrecarga do cuidador, procedemos à aplicação Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e adaptada por Sequeira (2007), tendo por base a *Burden Interview Scale* (Zarit & Zarit, 1983). As escalas foram aplicadas pelos enfermeiros e pela mestranda aos cuidadores informais, com recurso à técnica da entrevista, e a colaboração da mestranda, nos domicílios dos utentes ao cuidado da ECCI; posteriormente efetuámos a respetiva transcrição das mesmas (dos *scores* obtidos nos diversos itens) para o *SClinic*, no período compreendido entre Setembro de 2018 a Janeiro de 2019.

2.ª - Formação Registos *SClinic* “Stress Prestador de Cuidados”;

Inicialmente delineámos a realização de uma sessão de formação, intitulada Registos *SClinic* “Stress Prestador de Cuidados”, efetuada pela Sra. Enfermeira Responsável e Coordenadora dos Registos do Programa *SClinic* do ACES (parceria), para toda a equipa, pelo que foi concretizado o convite com a devida antecedência, porém, tal convite não foi aceite devido a constrangimentos de tempo da Sra. Enfermeira BB (codificação) e, em alternativa, a mestranda conjuntamente com a Sra. Enfermeira AA tiveram uma reunião com a mesma, objetivando a formação *a posteriori* a toda a equipa, e, consecutivamente, a otimização dos registos *SClinic* e a melhoria do indicador de desempenho

contratualizado da UCC associado: “376 - *Proporção de utentes acompanhados no âmbito da saúde mental com ganhos expressos na gestão do stress do prestador de cuidados*”. A formação à equipa ocorreu no mês de Novembro de 2018.

3.ª - Uniformização de procedimentos.

Com vista à uniformização dos procedimentos perspectivámos a construção da Norma de Procedimento “Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal” com a inclusão do Algoritmo de Decisão e Intervenção na Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal (ver Apêndice VII). A norma de procedimento e o algoritmo de decisão e intervenção foram construídos tendo por base a análise efetuada a partir das entrevistas aos profissionais e as mais recentes evidências, apuradas através da revisão integrativa da literatura realizada durante o Estágio Final (ver Apêndice VIII). A criação do algoritmo de decisão e intervenção obedeceu à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e planeamento utilizados pelo programa de registos de atividade da equipa, facilitando assim a sua utilização e monitorização. A norma de procedimento foi construída entre Outubro e Novembro de 2018.

2.5. - PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A quinta etapa, Preparação Operacional, é a que tem maior conexão com as etapas que lhe antecedem e lhe sucedem, sendo que o encadeamento dos processos é sistemático e retrospectivo, tornando-o por vezes demorado. A finalidade da preparação operacional é a de evidenciar a relação entre as atividades, evitando sobreposições e/ou acumulação de práticas (num dado período temporal), apuramento de obstáculos à execução, e cálculo dos recursos; ou seja, é a de auxílio à execução das atividades planeadas. É nesta fase do planeamento que se especifica detalhada e pormenorizadamente a forma como as atividades serão realizadas, os resultados esperados, os recursos (materiais, físicos, humanos e económicos) necessários à realização de cada atividade e a forma como serão obtidos, devendo ser elaborado um Cronograma de Atividades (ver Apêndice IX) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa vai ao encontro da unidade de competência “1.4 — Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (Regulamento n.º 428/2018, p.19355). Em seguida, resumimos as atividades desenvolvidas ao longo desta etapa, através da construção de quadros, em ligação a cada estratégia discriminada, consideram os parâmetros, quem, quando, onde, como, previsão de recursos e a avaliação.

Quadro n.º 1: Estratégia n.º 1 - Envolvimento de todos os Enfermeiros da ECCI

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Apresentação do Projeto de Intervenção “Prevenção da (o) Sobrecarga/Stress dos CI, de utentes integrados na ECCI”.	1 Enfermeira Mestranda de EECSP; 9 Enfermeiros da ECCI, da UCC da RLVT.	Junho de 2018.	Sala de reuniões da UCC.	Método expositivo; Dinâmica grupal.	Sala de Reuniões da UCC, Computador e Projetor.
Realização da colheita de dados para efetuar o Diagnóstico de Situação - 1ª Sessão de <i>Focus Group</i> .	1 Enfermeira Mestranda de EECSP; 9 Enfermeiros da ECCI, 1TSSS da UCC 1 Psicólogo da UCC.	Junho de 2018.	Sala de reuniões da UCC.	Técnica de <i>Focus Group</i> .	Sala de Reuniões, gravador, papel, caneta, consentimentos e guião.
Realização da colheita de dados para atualizar o Diagnóstico de Situação - 2ª Sessão de <i>Focus Group</i> .	1 Enfermeira Mestranda de EECSP; 9 Enfermeiros da ECCI.	Setembro de 2018.	Sala de reuniões da UCC.	Técnica de <i>Focus Group</i> .	Sala de Reuniões, gravador, papel, caneta, consentimentos e guião.
Aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, aos CI, de utentes integrados na ECCI.	1 Enfermeira Mestranda de EECSP; 10 Enfermeiros da ECCI.	Setembro de 2018 a Janeiro de 2019.	Domicílios dos utentes.	Método expositivo e demonstrativo.	Domicílios dos utentes; Impressos da Escala de Sobrecarga do Cuidador; Caneta.

Quadro n.º 2: Estratégia n.º2 - Formação Registos *SClinic* “Stress Prestador de Cuidados”

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Sessão de Formação sobre registos <i>SClinic</i> “Stress Prestador de Cuidados”.	1Enfermeira Mestranda de EECSP; 10 Enfermeiros da ECCI.	Novembro de 2018.	Sala de reuniões da UCC.	Método expositivo e demonstrativo.	Sala da UCC, Computador, Projetor, e Internet.
Registos <i>SClinic</i> “Stress prestador de Cuidados”.	1Enfermeira Mestranda de EECSP; 10 Enfermeiros da ECCI.	Setembro de 2018 a Janeiro de 2019.	Sala da ECCI.	CIPE.	Sala da UCC, Computador.

Quadro n.º 3: Estratégia n.º3 - Uniformização de procedimentos

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Elaboração da Norma de Procedimento de “Avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal”, em colaboração com os enfermeiros da ECCI”	1Enfermeira Mestranda de EECSP; 1Enfermeira EECSP; 1Enfermeira ESMP; 1Enfermeiro ER; 2Enfermeiros.	Outubro e Novembro de 2018.	Sala de reuniões da UCC.	Método expositivo; Dinâmica grupal.	Sala da ECCI, Computador e Internet.

Apresentação da Norma de Procedimento e do Algoritmo de Decisão e Intervenção - Avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal.	1 Enfermeira Mestranda de EECSP; 10 Enfermeiros da ECCI.	Novembro de 2018.	Sala de reuniões da UCC.	Método expositivo; Dinâmica grupal.	Sala da ECCI, Computador e Internet.
---	---	-------------------	--------------------------	--	--------------------------------------

2.5.1. - Determinação de Custos

A determinação do custo das atividades é uma componente importante, mas dependente das etapas anteriores, sendo que é definido como o somatório dos gastos com os recursos em equipamento, humanos, materiais, físicos, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1993). Em seguida, apresentamos o quadro com os custos do projeto, porém, reitera-se, que não existiram custos adicionais para o serviço com a sua execução, uma vez que foram rentabilizados todos os recursos disponíveis, sendo que os materiais de consumo e de apoio foram suportados pela mestranda.

Quadro n.º 4 - Custos do Projeto

Recursos	Descrição	Valores
Recursos Humanos	Enfermeiros Psicólogo TSSS	955,00
Material de Apoio	Computador Projeter Impressora Gravador	1000,00 300,00 250,00 100,00
Material de Consumo	1 Toner de Impressora Cópias de ESC Cópias de CILE Guiões dos <i>Focus Group</i> Canetas Folhas de papel A4	60,00 50,00 100,00 50,00 10,00 50,00
Custo total		2925,00

2.6. - PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO

Esta última etapa do projeto objetiva a apreciação do problema, por comparação entre a situação final face à situação inicial, e a perceção das melhorias a introduzir no futuro, após o seu *términus*. Deve ocorrer uma revisão das estratégias eleitas, das atividades desenvolvidas, da preparação da execução e da própria execução, com rigor e detalhe, a fim de alcançar objetivos fixados, resolver problemas identificados e satisfazer necessidades apuradas (Imperatori & Giraldes, 1993). A operacionalização desta etapa ocorre pelo cálculo das operações que integram os indicadores. Existem dois tipos de indicadores, os de resultado ou de impacto (medem as alterações verificadas num problema), e os de atividade ou de execução (medem a atividade desenvolvida), no entanto, também é importante monitorizar a adesão e a qualidade das atividades a realizar, pelo que também se devem elaborar estes indicadores. Caso a monitorização revele a ausência de um impacto positivo do projeto face ao estimado, devemos regressar à primeira etapa do PS.

Esta última etapa do PS conflui para a unidade de competência “1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

Neste relatório, optámos pela avaliação segundo a implementação de atividades. A avaliação interna analisa o funcionamento do serviço, com recurso a indicadores que medem a prestação de cuidados de saúde; a avaliação externa aprecia o impacto das atividades sobre a população, onde são utilizados indicadores que meçam o estado de saúde (Tavares, 1990).

No que concerne à avaliação interna, efetuámos uma 3.ª sessão de *Focus Group* (ver Apêndice X) após a obtenção do CILE (Apêndice XI), objetivando conhecer quais as perceções da equipa de enfermagem, acerca das atividades desenvolvidas ao longo do projeto de intervenção. Posteriormente, procedemos a uma Análise SWOT, para apurar quais os contributos da avaliação criteriosa e normativa da sobrecarga dos cuidadores informais, para a equipa de enfermagem. A análise SWOT é uma sigla que significa *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), em português pode ler-se análise/matriz FOFA. Foi desenvolvida na década 60, na Universidade de Stanford, tornando-se velozmente num método/exercício transversal a várias áreas do conhecimento. É representada por quatro campos interdependentes, revelando uma dinâmica singular sobre o panorama de uma determinada situação ou problema, no qual o ambiente interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças) são colocados no enfoque da análise. Tem com

principais vantagens: possibilita análise externa e interna da situação/problema social; possibilita identificar os riscos e o enfoque da nossa intervenção; reconhecer as vantagens e oportunidades a desenvolver na intervenção; permite a caracterização clara e objetiva de uma situação ou problema social; uteis na sistematização de informação nos diagnósticos sociais (Fialho, Silva & Saragoça, 2017).

Desta forma, sintetizamos em seguida a análise SWOT, realizada a partir da 3.ª sessão *de Focus Group*, em forma de quadro:

Quadro n.º 5 - Análise SWOT

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">- Foco no CI;- Conhecer as dificuldades, sentimentos e emoções dos cuidadores;- Confere maior proximidade/confiança na relação enfermeiro-cuidador informal.	<ul style="list-style-type: none">- Dois enfermeiros nos domicílios dos utentes;- Até ao 3.º contacto;- Morosidade (ESC composta por 22 itens).- Duplicação de registos (Escala em Papel e <i>SClinic</i>).
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">- Melhoria do apoio ao cuidador;- Contributo potencial para a investigação em enfermagem (obtenção de dados estatísticos);- Partilha de boas práticas;- Parcerias (ex. Câmara Municipal).	<ul style="list-style-type: none">- Foco contratual dos indicadores e metas (índice de desempenho setorial atual igual a 0);- Baixo rácio enfermeiro-utente.

Fonte: Adaptado de Fialho, Silva & Saragoça, 2017, p. 145.

A análise SWOT permitiu-nos apreciar que, quer a avaliação da sobrecarga com recurso à ESC, segundo as orientações da Norma de Procedimento, quer a realização dos registos *SClinic*, tendo por base o Algoritmo de Decisão e Intervenção na Sobrecarga, foram considerados instrumentos úteis para orientar e uniformizar a atuação dos enfermeiros da ECCL.

No domínio das Oportunidades para a equipa, a obtenção do nível de sobrecarga pela ESC (*scores*), em dois momentos distintos, permite-nos em primeiro lugar, compreender objetivamente se existiu redução do nível de sobrecarga do cuidador, tendo em vista a melhoria da intervenção dos enfermeiros. Em segundo lugar, possibilita a produção de dados estatísticos que podem vir a ser

utilizados, de futuro, em projetos de investigação em enfermagem. O incentivo à aplicação da ESC a todos os CI de utentes integrados na equipa, pela totalidade dos enfermeiros, vai ao encontro da melhoria contínua da qualidade objetivando um aumento do índice de desempenho setorial na área da Saúde Mental (indicador n.º 376 - *Proporção de utentes acompanhados no âmbito da saúde mental com ganhos expressos na gestão do stress do prestador de cuidados*), promovendo um ambiente propício à excelência (governança clínica). O trabalho desenvolvido pela ECCI, junto dos cuidadores, tem sido partilhado com o poder autárquico local, ambicionando respostas integradas e efetivas para esta comunidade, de forma alargada.

Contudo, no campo das Forças, a equipa salientou a importância da aplicação da ESC ser uma atividade cujo protagonista é o cuidador informal, ao invés do que acontece na generalidade, dado que a maioria das atividades desenvolvidas nos domicílios é centrada nas pessoas cuidadas. Acrescentaram também, que a aplicação da ESC pelo gestor de caso possibilita aumentar os conhecimentos deste, sobre o estado emocional e psicológico do cuidador, estimulando a proximidade na relação enfermeiro-cuidador e a confiança do cuidador no apoio disponibilizado pelo enfermeiro.

Quanto às Ameaças, os enfermeiros afirmaram que, apesar do resultado desanimador do indicador nos últimos dois anos e do baixo rácio enfermeiro-utente, irão continuar a trabalhar, afrontando as Fraquezas, focalizados no bem-estar dos cuidadores e das pessoas cuidadas.

Por fim, realizámos a avaliação das metas e objetivos operacionais estipulados no projeto, ambicionando medir o resultado alcançado para minimizar ou resolver o problema identificado - Baixa proporção de utentes com ganhos gestão *stress* prestador de cuidados.

Meta n.º 1 - Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador, em colaboração com os enfermeiros, a pelo menos 50% dos cuidadores informais, de utentes integrados na ECCI

Indicador n.º 1 - % ESC aplicadas

$(\text{n.º de ESC aplicadas} / \text{n.º total de cuidadores informais}) \times 100 = (22/40) \times 100 = 55\%$

Meta n.º 2 - Obter a colaboração de 50% dos enfermeiros da equipa, para a criação da norma de procedimento “Avaliação da(o) sobrecarga/stress Prestador de Cuidados/ Cuidador Informal”

Indicador n.º 2 - % de enfermeiros que participaram na norma

$(n.º \text{ enfermeiros que participaram na norma} / n.º \text{ total de enfermeiros}) \times 100 = (5/10) \times 100 = 50\%$

Meta n.º 3 - Aumentar em 50% a proporção de utentes, com registos em *SClinic* de uma avaliação da Escala da Sobrecarga do Cuidador, efetuados pelos enfermeiros da ECCI

Indicador n.º 3 - % de utentes com registos *SClinic* da ESC

$(n.º \text{ de utentes com registos } SClinic \text{ da ESC} / n.º \text{ total de utentes da ECCI}) \times 100 = (22/40) \times 100 = 55\%$

Após a análise dos resultados obtidos, nos três indicadores, podemos afirmar que os objetivos do projeto foram alcançados com sucesso. Ajuizamos que, colaborámos com os enfermeiros da ECCI, durante o Estágio Final, visando atingir o objetivo geral fixado: contribuir para a melhoria da intervenção dos enfermeiros da ECCI, na avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais, e por conseguinte, potenciando os ganhos futuros alcançados, em gestão do *stress* do prestador de cuidados/cuidador informal, de utentes integrados nesta equipa. Em detalhe, no que concerne aos objetivos específicos, podemos atestar: foram aplicadas as ESC aos cuidadores informais, em conjunto com os enfermeiros, a mais de metade dos cuidadores abrangidos; foram criadas duas ferramentas (norma de procedimento e algoritmo de decisão e intervenção) que podem potenciar a uniformização e a qualidade intervenção dos enfermeiros, na avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais; e, por último, constatámos em auditoria aos registos em *SClinic*, associados ao foco "*Stress do Prestador de Cuidados*", que mais de metade dos utentes integrados tinham, no final do Estágio, uma avaliação da sobrecarga registada e que, o diagnóstico formulado, estava em conformidade com as intervenções selecionadas, beneficiando as modificações positivas a médio prazo.

Quanto à monitorização futura, propomos uma auditoria no prazo de três a seis meses, que quantifique quantos utentes no *SClinic* possuem duas avaliações da sobrecarga (inicial e seguinte) ligadas ao foco, ambicionando constatar um aumento do número de utentes com avaliações registadas e, conseqüentemente, com modificações no diagnóstico que permitam um impacto positivo no indicador. Esta monitorização pode ser corroborada pela consulta ao Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, verificando-se se houve alteração no IDS, na Subárea da Saúde Mental, desta UCC. A ausência de aumentos neste índice devem justificar avaliar a continuidade do projeto, introduzindo as mudanças necessárias.

3. - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Neste capítulo refletimos sobre o percurso realizado, ao longo do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, no período de 14 de Maio a 22 de Junho de 2018, e do Estágio Final, no período de 17 Setembro de 2018 e 25 de Janeiro de 2019, ao nível da aquisição e desenvolvimento de competências comuns dos enfermeiros especialistas, assim como das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública. Todavia, analisamos também, o aumento de conhecimentos e de competências com vista à obtenção do grau de mestre, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos da profissão de enfermagem.

3.1. - COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Os domínios de competências comuns são quatro: *responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.*

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- “a) 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;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal entendemos que a prática da estudante foi exercida de acordo com o Código Deontológico, tendo em conta os aspetos éticos inerentes, que nortearam o processo de tomada de decisão da estudante, almejando as melhores práticas e as preferências dos utentes, famílias e grupos da comunidade, no contexto dos dois estágios. Julgamos ter salvaguardado o respeito pelos direitos humanos: o respeito pela dignidade humana (em consonância com os princípios da liberdade e da igualdade); pelo direito à privacidade no domicílio dos utentes; pelo respeito pelo princípio da autonomia, considerando a liberdade dos seus julgamentos, as suas crenças e valores, atendendo aos princípios da beneficência, não maleficência e bem comum; pelo respeito do direito ao consentimento informado para quaisquer cuidados a executar; ao abrigo do sigilo profissional.

Neste projeto os aspetos éticos foram acautelados e respeitados, em consonância com declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e com a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT. Garantimos a confidencialidade/anonimato, em conformidade com as normas e procedimentos éticos de investigação, pelo que se incluíram neste Relatório as autorizações obtidas, não obstante, salvaguardámos o respeito pelas instituições e por todos os participantes no projeto, impossibilitando a sua identificação.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

- “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.”¹⁵

No domínio da melhoria contínua da qualidade, ajuizamos ter assumido um papel proativo na liderança de um projeto de qualidade em saúde, da UF em questão, com a concretização deste projeto de intervenção comunitária. Por seu lado, destacamos que a estudante, para a elaboração do diagnóstico da situação, no Estágio I, assumiu a liderança das sessões de *focus group* que dinamizou em equipa. Por outro lado, no Estágio Final, a estudante (sob supervisão) conduziu o desenvolvimento da maioria das atividades, com especial enfoque na norma de procedimento e no algoritmo de decisão e intervenção da avaliação da sobrecarga, no que concerne à criação, apresentação e validação destes instrumentos, pela totalidade da equipa. Colaborámos com os enfermeiros da ECCL, de uma UCC da RLVT, na busca pelas melhores práticas, baseadas na mais recente evidência científica, aspirando como horizonte a melhoria dos processos assistenciais, e por conseguinte a obtenção de ganhos nos utentes e cuidadores. Nos dois estágios, existiu uma preocupação pela segurança e proteção dos utentes, dos cuidadores informais e dos profissionais, numa perspetiva multidimensional (biopsicossociocultural). Por outro lado, as atividades executadas privilegiaram um ambiente seguro, ao nível da gestão do risco, nomeadamente na prevenção de incidentes relacionados com a prática clínica.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

- “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.”¹⁶

¹⁵ (Ibidem).

No domínio da gestão de cuidados, identificamos que a estudante acompanhou e testemunhou o desempenho da Sra. Enfermeira AA, especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, e responsável da ECCL, que por sua vez assume a responsabilidade pela otimização das respostas da equipa de enfermagem, e pela articulação com os outros profissionais que colaboraram com a equipa (Psicológico e Técnica Superior de Serviço Social), respetivamente, em reuniões semanais (equipa de enfermagem) e em reuniões quinzenais (equipa multidisciplinar). Acrescentamos também, que, durante a realização do projeto de intervenção comunitária neste contexto, se adotou (sob supervisão) uma posição de liderança e de responsabilidade na equipa, reconhecendo as divergências e as interdependências de papéis e funções de todos os seus membros, visando a implementação de um projeto adequado aos recursos existentes e às necessidades sentidas e expressas pelos profissionais, para promover a qualidade dos cuidados.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

“a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”¹⁷

No domínio das aprendizagens profissionais, confirmamos um grande desenvolvimento do autoconhecimento da pessoa e do enfermeiro, na medida em que foi possível com a ajuda das orientadoras (clínica e pedagógica), gerir sentimentos e emoções, em prol de respostas eficazes. Verificamos igualmente melhorias, ao nível da comunicação e da relação terapêutica com os utentes e cuidadores, formais e informais, especialmente em situações de palição. A assertividade é indubitável, no cuidado assegurado em contexto domiciliário, no entanto, o nível de confiança na relação que se estabelece, com os diferentes intervenientes, está dependente das boas práticas, isto é, da sustentação teórica e da linguagem científica adotadas, adaptadas à literacia dos destinatários. Afiançamos também, que se assumiu uma busca por oportunidades de aprendizagem e, em simultâneo, uma pesquisa contínua pela melhor e mais recente evidência científica e pelo aumento do nível de conhecimentos acerca da prestação de cuidados na comunidade. Por último, constatamos que com a realização deste projeto foi possível atuar, em simultâneo como formadora e investigadora, o que favoreceu a especialização.

¹⁶ (Ibidem).

¹⁷ (Ibidem).

3.2. - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As competências específicas, centrais, do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, são quatro:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19354).

Em referência à competência a), acima descrita, as unidades de competência e os respetivos critérios de avaliação, avaliamos que a estudante durante o Estágio I, tendo em conta o PS, integrou o conhecimento sobre os determinantes da saúde para a realização do diagnóstico de situação, no Estágio Final. Reconhecemos que os determinantes em saúde interferem direta ou indiretamente com o estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011). Os determinantes da saúde foram identificados na realização do diagnóstico da situação (inexistência de estatuto do cuidador informal no enquadramento jurídico português, maior risco de isolamento social, maior risco de pobreza e de desemprego dos cuidadores informais), bem como as necessidades em saúde, verificando-se uma preocupação com a relação causal dos problemas de saúde, recorrendo-se à análise de indicadores epidemiológicos pertinentes, face à temática em estudo. No Estágio I procedemos à primeira colheita de dados (somente com enfermeiros) tendo em vista a elaboração do diagnóstico de situação, que só foi possível concretizar no Estágio Final com a segunda colheita de dados, que contou com a equipa multidisciplinar. Foi no último estágio que se efetivou a determinação de prioridades e a fixação de objetivos, indispensáveis para a criação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária, com vista à resolução do problema identificado inicialmente.

No que concerne à competência b), admitimos que se contribuiu para a capacitação de utentes e cuidadores informais ao cuidado da ECCI, nos contactos efetuados no domicílio, através da estratégia da educação para a saúde, estimulando a participação nos cuidados e a promoção do autocuidado, em ambos os estágios. Contudo, também os cuidadores formais (instituições de apoio social) foram alvo de processos de capacitação, sempre que em simultâneo, se encontravam nos domicílios dos utentes e, em situações programadas, como a realização de uma sessão de formação sobre Comunicação Assertiva e Escuta-Ativa, na qual foi pedida a colaboração da UCC. No Estágio Final, o contributo da estudante para

o processo de capacitação de grupos e comunidades foi alargado, visto que foi possível participar em colaboração com a Enfermeira CC (codificação), em parceria com a rede social e de saúde, num projeto de intervenção comunitária dirigido a uma comunidade vulnerável. Esta comunidade de mais de três mil pessoas (muitos imigrantes) reside num bairro clandestino, com más condições habitacionais, sem luz, esgotos ou limpeza de ruas; o maior constrangimento à intervenção neste bairro é o facto de não poder ser legalizado, sendo o realojamento da sua população a única alternativa existente. Este projeto, no âmbito da área da saúde, resultou de uma parceria entre Câmara Municipal, duas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), o ACES (UCC), e a Associação de Moradores. O objetivo geral do projeto *Falas Tu Falo Eu* (nome fictício) é promover um acesso equitativo aos cuidados de saúde, principalmente da população estrangeira. A Organização Internacional para as Migrações [OIM] defende que:

“Migrantes contribuem substancialmente para o desenvolvimento dos países, e a migração geralmente resulta em um status social e económico melhorado para as comunidades de origem e destino. No entanto, muitos grupos de migrantes são marginalizados e, apesar de direito à saúde, podem enfrentar barreiras consideráveis no acesso a e serviços de saúde. Como resultado, a capacidade dos migrantes de permanecerem saudáveis pode estar severamente comprometida. (OIM, 2017, p. 39).¹⁸

A participação concreta da estudante no projeto *Falas Tu Falo Eu* consistiu, num primeiro momento, na divulgação do projeto aos moradores, em colaboração com os parceiros, através da distribuição de folhetos com o calendário de atendimentos a realizar no espaço da Associação de Moradores, e, num segundo momento, na colaboração no atendimento propriamente dito conjuntamente com a Enfermeira CC e uma TSSS, em Janeiro de 2019. Esta experiência foi de grande relevância, pois permitiu identificar e refletir sobre as necessidades específicas de literacia desta comunidade e as dificuldades no acesso a cuidados de saúde, relacionados com a pobreza, a inacessibilidade de transportes e a ausência de médico de família.

Em relação à competência c), acredita-se que a missão da ECCI conflui para a concretização das Meta A e B do Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020: “A. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%” e “B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015, pp. 10-11), na medida em que garantem a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, e o alívio do *stress* e da sobrecarga vivenciados pelos cuidadores informais, por via das ações e cuidados de natureza múltipla (preventiva,

¹⁸ “Migrants are substantial contributors to development, and migration often results in an improved social and economic status for communities of origin and destination. Yet, many migrant groups are marginalized and, in spite of their right to health, may face considerable barriers in accessing equitable social and health-care services. As a result, migrants’ ability to remain healthy and productive can be severely compromised.” (OIM, 2017, p. 39).

curativa, de reabilitação e paliativa no domicílio). Deste modo, com a realização de ambos os estágios na ECCI, compreendemos que foi possível colaborar na ENEAS, essencialmente na gestão dos processos de comorbilidade. Porém, no Estágio Final, a estudante teve ainda a oportunidade de participar na Saúde Escolar, em colaboração com a Enfermeira CC, particularmente num projeto de parceria entre a educação e a saúde, ao nível das Escolas Promotoras de Saúde, no qual crianças e jovens são envolvidos ativamente. O Programa Nacional de Saúde Escolar contempla quatro eixos de intervenção, sendo que o Projeto *Mensageiros da Saúde* (nome fictício) se inclui no eixo da “d) Promoção da saúde e da literacia em saúde” (DGS, 2013, p. 3), em que um dos seus objetivos é:

“Promover a melhoria da literacia em saúde da comunidade educativa investindo: (i) Na gestão adequada dos determinantes das doenças crónicas não transmissíveis e das doenças transmissíveis; (ii) Na melhoria do acesso às fontes de informação sobre saúde; (iii) Na compreensão da informação técnica; (iv) No desenvolvimento de formas adequadas de comunicar saúde; (v) No empowerment e, também, na melhoria dos outputs de saúde em termos de morbilidade e mortalidade; (vi) Na melhor utilização dos recursos e na redução dos gastos em saúde.” (p. 4).

O Projeto dos *Mensageiros da Saúde* utiliza a estratégia da Educação pelos Pares, recomendado pela Organização Mundial de Saúde, como uma metodologia adequada, desenvolvida e divulgada em programas de promoção e educação para a saúde.

Por fim, no que respeita à competência d), analisa-se que se efetuou vigilância e monitorização dos fenómenos de saúde-doença da população abrangida pela ECCI (utentes e cuidadores informais), mediante registos rigorosos e completos em ambas as plataformas informáticas, *SClinic* e *GestCare*, durante o estágio. Recorreu-se à promoção da literacia em saúde e de estilos de vida saudáveis (alimentação, atividade física, autocuidados). Realizaram-se avaliações frequentes dos défices funcionais, psíquicos e de doenças crónicas desta população específica, com recurso à aplicação de escalas validadas para a população portuguesa. Não obstante, a estudante esteve ainda envolvida num projeto de melhoria contínua, no processo de otimização do processo de alta hospitalar para o ACES, tendo em vista a garantia de uma transição segura de cuidados, a continuidade dos cuidados de saúde e uma vigilância do estado de saúde dos indivíduos.

3.3. - COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

O grau de mestre é concedido aos que evidenciem:

“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; 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; 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; 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; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo." (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p. 3174).

Tendo em consideração o que acima se transcreveu, crê-se que a realização do diagnóstico da situação de saúde e o restante trabalho científico, com recurso ao método de planeamento em saúde e à investigação, demonstrou que a estudante possui os conhecimentos e as capacidades fundamentais à compreensão dos problemas, numa perspetiva alargada e multidisciplinar, não obstante, centrada na área da especialidade, a enfermagem comunitária e de saúde pública. Foi possível, durante o Estágio I e o Estágio Final, aumentar conhecimentos e desenvolver o pensamento crítico acerca da problemática do envelhecimento, considerando os determinantes da saúde, e o papel do enfermeiro especialista da comunidade, no cuidado e proteção dos utentes, cuidadores informais, famílias e grupos (centralidade no cidadão). Apreciamos também, que neste Relatório se deu a conhecer, de uma forma explícita, as aprendizagens, as análises e reflexões de uma estudante orientada para a resolução de problemas e para a procura de respostas concretas para as necessidades em saúde das populações, principalmente das mais vulneráveis, mobilizando conhecimentos que sustentam uma prática baseada na evidência (ex.: revisão Integrativa da literatura). Por fim, no Estágio Final recorremos a uma metodologia científica, análise SWOT, comumente utilizada na área de gestão e da investigação, visando a avaliação do projeto de intervenção comunitária e a comunicação dos seus resultados.

4. - CONCLUSÃO

Os cuidadores informais são uma população vulnerável a vários riscos, quer em termos sociais quer em termos de saúde, relacionados com a exposição prolongada a *stress* e à continuidade do cuidar. O apoio aos cuidadores requer uma abordagem integrada, e de qualidade, incluindo cuidados baseados na evidência e, em simultâneo, uma avaliação diagnóstica compreensiva. É necessária uma avaliação multidimensional, efetuada por diferentes profissionais, que permita compreender as diferentes dimensões e implicações da situação de doença da pessoa cuidada, e do cuidar, não obstante, os enfermeiros, pela sua perícia, proximidade e constância, junto dos cuidadores e utentes, estão numa posição privilegiada para a realizar.

A continuidade de cuidados, assegurada por enfermeiros especialistas, em enfermagem comunitária e de saúde pública, em especial nas ECCI, é de extrema importância na transição saudável para o exercício do papel de cuidador informal, na promoção da mestria e da autonomia, na supervisão e no acesso à rede de suporte social. Por outro lado, a ausência de apoio e de capacitação, pode conduzir a uma situação permanente de tensão e *stress* e, em situações mais graves, à exaustão, contribuindo para uma insuficiência de papel e, portanto, propiciando repercussões negativas na condição de saúde dos cuidadores e das pessoas cuidadas (Teoria das Transições). Tendo em conta a ideia central da TDAE, a necessidade da intervenção de enfermagem nos cuidadores informais, pode fundamentar-se na incapacidade total ou parcial destes, em conseguirem manter o seu próprio autocuidado ou o autocuidado dos seus dependentes. Os enfermeiros da comunidade devem avaliar, qual o tipo de prática da ciência de enfermagem mais adequado à situação específica (sistema compensatório, parcialmente compensatório ou apoio-educativo), atendendo às necessidades dos cuidados e dos cuidadores; contudo, tal como nos foi possível apurar com a realização da revisão integrativa da literatura, a intervenção de enfermagem junto dos cuidadores é essencialmente do tipo psicoeducacional e no sistema de enfermagem apoio-educativo. O foco destes especialistas é o “*empowerment*”, de grupos com necessidades específicas, como é o caso dos cuidadores informais, objetivando aumentar a autoeficácia, estima e/ou competência pessoal, bem como a habilidade dos indivíduos para decidir sobre si próprios e sobre as suas vidas.

Reconhecemos também, a relevância de efetuar um projeto de intervenção comunitária, subordinado a este tema, centrado na promoção da qualidade de vida relacionada com a saúde da população idosa, em consonância com a Meta B do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Acrescenta-se ainda, que ao nível da Gestão de Processos de Comorbilidade, contemplada na Estratégia Nacional

para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, este trabalho confluiu para “Identificar as vulnerabilidades de cada cuidador e família cuidadora e avaliação periódica do seu estado geral de saúde e do seu nível de exaustão” (DGS, 2017, p.26).

Relativamente ao projeto de intervenção comunitária produzido, podemos igualmente afirmar que atingimos o objetivo geral, os objetivos específicos e as metas a que nos propusemos. A realização do projeto *Prevenção da Sobrecarga de Cuidadores Informais no Contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados* permitiu-nos contribuir para a melhoria da intervenção dos enfermeiros daquela ECCI, na avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais, e por conseguinte, potenciar os ganhos futuros alcançados, em gestão do *stress* do prestador de cuidados/cuidador informal, de utentes integrados nesta equipa. Particularmente, no que concerne aos objetivos específicos, podemos atestar: foram aplicadas as ESC aos cuidadores informais, em conjunto com os enfermeiros, a mais de metade dos cuidadores abrangidos; foram criadas duas ferramentas (norma de procedimento e algoritmo de decisão e intervenção) que podem incrementar a uniformização e a qualidade intervenção dos enfermeiros, na avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais; e aumentámos a proporção de utentes, com registos em *SClinic*, de uma avaliação da Escala da Sobrecarga do Cuidador (mais de metade dos utentes integrados tinham, no final do Estágio, uma avaliação da sobrecarga registada). Quanto à monitorização futura, propomos uma auditoria no prazo de três a seis meses, que quantifique quantos utentes no *SClinic* possuem duas avaliações da sobrecarga (inicial e seguinte) ligadas ao foco, ambicionando constatar um aumento do número de utentes com avaliações registadas e, conseqüentemente, com modificações no diagnóstico que permitam um impacto positivo no indicador.

Posto isto, considerando o objetivo geral delineado para este Relatório, entendemos que foi possível documentar a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens (conhecimentos, aptidões e competências) enquanto mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Por conseguinte, analisando os objetivos específicos definidos para este trabalho, cremos que também foi possível evidenciar capacidade de reflexão sobre as práticas, demonstrar capacidade de fundamentação das práticas com base na evidência científica, demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária, seguindo as etapas do planeamento em saúde, desenvolver uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública e demonstrar capacidade de liderança.

As dificuldades e limitações, à elaboração deste trabalho, basearam-se no atraso da resposta formal atempada e orientadora, do Núcleo de Formação e Investigação do ACES, aquando do envio do pedido de autorização, para a realização do diagnóstico de situação de saúde, e para a submissão do protocolo de investigação, à Comissão de Ética em Saúde, da RLVT. A impossibilidade de deslocação da Enfermeira Responsável do ACES pelos Registos *SClinic* às instalações da UCC, para realizar a atividade planeada, Sessão de Formação em *SClinic*, em torno do foco “*Stress do Prestador de Cuidados*”, levou à adoção da estratégia de formação em cooperação e, em seguida, à realização da formação a toda a equipa. As greves de enfermagem também dificultaram o cumprimento do cronograma, no que respeita às atividades programadas.

Ao nível dos ganhos pessoais, com a realização dos estágios de natureza profissional e a redação deste Relatório, após a conclusão com sucesso das unidades curriculares que compõem o curso de mestrado, a estudante julga ter adquirido conhecimentos teóricos e práticos essenciais, para vir a exercer uma prática profissional de qualidade e dignificante, da área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Como sugestão apelamos à continuidade deste projeto, com o intuito de alcançar progressos em várias vertentes, em torno da prevenção da sobrecarga dos cuidadores, tais como: 1) melhorar os processos assistenciais dos enfermeiros desta ECCI; 2) melhorar os indicadores organizacionais da UCC; 3) aumentar a vigilância do estado de saúde deste grupo específico; e 4) promover o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores informais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2017). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1.º semestre 2017*. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016_vf2.pdf;
- Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT]. (2015). *Perfil de Saúde: e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo*. Disponível em http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/writer_file/document/875/VOL1 - Perfil de Sa de - Determinantes.pdf;
- Alves, S., Brandão, D., Teixeira, L., Azevedo, M. J., Duarte, M., Ribeiro, O. & Paúl, C. (2015). Effectiveness of a psychoeducational programme for informal caregivers of older adults. *Nordic College of Caring Science*, 30: 65-73. <http://doi.org/10.1111/scs.12222>;
- ARSLVT. (2017). *Plano Estratégico 2017-2019: Saúde com Mais Futuro*. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/3007/PE_2017-2019_Homologado.pdf;
- Barret, D. & Twycross, A. (2018). Data Collection in Qualitative Research. *EvidBased Nurs*. 21(3): 63-64;
- Base de Dados de Portugal Contemporâneo [PORDATA]. (2018). *Anos de Vida Saudável aos 65 anos por Sexo*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%C3%A1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590-211622>;
- Bernal, N., Becerra, J., & Mojica, C. (2018). Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Revista Cuidarte*, 9(1), 2045–2058. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.479>;
- Berwig, M., Heinrich, S., Spahlholz, J., Hallensleben, N., Brähler, E., & Gertz, H.-J. (2017). Individualized support for informal caregivers of people with dementia - effectiveness of the German adaptation of REACH II. *BMC Geriatrics*, 17(1), 286. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0678-y>;

- Bunn, F., Goodman, C., Pinkney, E., & Drennan, V. (2016). Specialist nursing and community support for the carers of people with dementia living at home: an evidence synthesis. *Health & Social Care In The Community*, 24(1), 48–67. <https://doi.org/10.1111/hsc.12189>;
- Cardona A., Segura C., Berbesí F., & Agudelo M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 31 (1), 30-39;
- Chen, H., Huang, M., Yeh, Y., Huang, W., & Chen, C. (2015). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics: The Official Journal Of The Japanese Psychogeriatric Society*, 15(1), 20–25. <https://doi.org/10.1111/psyg.12071>;
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo [CCDRLVT]. (2018). *A Região*. Disponível em <http://www.ccdr-lvt.pt/pt/>;
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 38, pp. 1182-1189. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>;
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 176, pp. 3159-3191. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>;
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>;
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017- 2025*. Despacho N.º 12427/2016. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>;
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano Letivo 2013/2014*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142013-de-28102013-pdf.aspx>;

- Douglas S., Daly B., Kelley C., O'Toole E., & Montenegro H. (2005). Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients*. *Chest*, 128(6), 3925-36;
- Elvish, R., Lever, S.-J., Johnstone, J., Cawley, R., & Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(2), 106–125. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.739632>;
- Eurofamcare. (2005). *Supporting Family Carers of Older People in Europe - The Pan-European Background Report*. Disponível em <https://www.uked.de/extern/eurofamcare/publikationen.php?abs=1>;
- Fallahi K., Sheikhona M., Rahgouy A., Rahgozar M., & Sodagari F. (2013). The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21, 438–46.
- Fialho, J., Silva, C. & Saragoça J. (2017). *Diagnóstico Social - Teoria, Metodologia e Casos Práticos*. (2.ª edição). Lisboa: Edições Sílabo;
- Fortin M., Soubhi H., Hudon C., Bayliss EA., & Akker M. (2007). Multimorbidity's many challenges. *BMJ: British Medical Journal*, 334 (7602), 1016-7;
- Gladding S. (2003). *Group Work: A Counseling Speciality*. (4th edition). Virginia, VA: Merrill Prentice Hall;
- Goeman, D., Renehan, E., & Koch, S. (2016). What is the effectiveness of the support worker role for people with dementia and their carers? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 16, 285. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1531-2>;
- Goethe, J. (s.d.). *Citador*. Disponível em <http://www.citador.pt/frases/naobasta-dar-os-passos-que-nos-devem-levar-um-di-johann-wolfgang-von-goethe-744>);

- Greenwood, N., Pelone, F., & Hassenkamp, A.-M. (2016). General practice based psychosocial interventions for supporting carers of people with dementia or stroke: a systematic review. *BMC Family Practice*, 17, 3. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0399-2>;
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipe Editora.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3.ª edição). Lisboa: Obras avulsas;
- International Council of Nurses [ICN]. (2018). *Nursing Now*. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/campaigns/nursing-now>;
- Laverack, G. (2005). Using a 'domains' approach to build community empowerment. *Community Development Journal*, 41(1), 4-12. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsi038>;
- Martínez, R. T., Cardona, E. M., & Gómez-Ortega, O. R. (2016). Intervenciones De Enfermería Para Disminuir La Sobrecarga en Cuidadores: Un Estudio Piloto. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171–1184. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>;
- Meleis, A. (2011). *Theoretical Nursing: Development e Progress*. (5th edition). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins;
- Meleis, A., Sawyer L., Im E., Hilfiger D. & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28;
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo M.H. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19), 81-90. Disponível em <https://doi.org/10.12707/RIV18045>;
- Ministério da Saúde [MS]. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553. Disponível em <https://dre.pt/application/file/67318639>;

- Ministério das Finanças [MF], Ministério da Saúde [MS] & Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social [MTSSS]. (2014). *Portaria n.º 174/2014* de 10 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 174, 4865-4882. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/56720777>;
- Morgan, D. (1996). Focus group. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/David_Morgan19/publication/261773532_Focus_Groups/links/0deec5314d8bd0836c000000/Focus-Groups.pdf;
- Morgan, D. (1997). *Focus group as qualitative research*. (2nd edition). Thousand Oaks, California: Sage;
- MTSSS & MS. (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-dedesenvolvimento-da-RNCCI.pdf>;
- MTSSS & MS. (2017). Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 24, 608-629. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/106388650>;
- Northouse L., Katapodi M., Song L., Zhang L. & Mood D. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients meta-analysis of randomized trials. *Ca-Cancer J Clin*; 60: 317–339;
- OMS. (2017). *Integrated care for older people (ICOPE) Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Disponível em <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre/ICOPE-evidence-profile-caregiver.pdf?ua=1>;
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. (4th edition). Saint Louis, MO, United States of America: Mosby;
- Organização Internacional para as Migrações [OIM]. (2017). *Migration in the 2030 Agenda*. Disponível em http://publications.iom.int/system/files/pdf/migration_in_the_2030_agenda.pdf;

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). *World report on Ageing and Health*. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=F13FE5D23533966FFE2014A20C9A0949?sequence=1;
- Ostwald, S., Hepburn, K., Caron, W., Burns, T., Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*, 39, 299–309;
- Petronilho, F. (2010). A Transição dos Membros da Família para o Exercício do Papel de Cuidadores Quando Incorporam um Membro Dependente no Autocuidado: Uma Revisão da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 43-58;
- Ponce, C., Ordonez, T., Lima-Silva, T., Santos, G., Viola L., Nunes P., ... Cachion, M. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer’s disease. *Dement Neuropsychol*, 5, 226–37.
- Queirós P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência. Série IV* (3), 157-164. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68;
- Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf;
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>;

- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *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 eletrónico, 2.ª série, n.º 126, 19354-19359. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>;
- Sequeira, C. (2007). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II (12), 9-16;
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2.ª Edição, Lisboa: Lidel;
- Silva, I., Veloso, A. & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*. Braga: Universidade do Minho, 26, 175-190;
- Söderhamn, O. (2010). Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach *Journal of Occupational Therapy*, 7 (4), 183-189. doi: [10.1080/110381200300008724](https://doi.org/10.1080/110381200300008724);
- Söderhamn, O. (2013). Phenomenological perspectives on self-care in aging. *Clin Interv Aging*, 8, 605–608. doi: [10.2147/CIA.S45902](https://doi.org/10.2147/CIA.S45902);
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, MJ. (...) Nascimento, R. (2017). *Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais*. Disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&inline=true>;
- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Nursing Theorists and Their Work*. Michigan, United States of America: Mosby;

Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]. (2017). *Plano de Ação da UCC da RLVT*. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>.

United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2017). *Relatório de Portugal: Terceiro Ciclo de Revisão e Avaliação da Estratégia de Implementação Regional (RIS) do Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento (MIPAA)*. Disponível em https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_POR.pdf;

Yacubian, J., Neri F. (2001). Psicoeducação Familiar. *Fam Sa_u de Desenv*, 3, 98–108;

Zarit, S. & Zarit, J. (1983). *The memory and behaviour problems checklist – and the burden interview. Technical report*. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center;

Zarit, S., Todd, P., Zarit, J. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontological Society of America*, 26 (3), 260-266.

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo do Projeto de Intervenção Comunitária

PROTOCOLO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Título Projeto: “Prevenção da(o) Sobrecarga/Stress dos Cuidadores Informais de Utentes Integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, sob a Perspetiva da Equipa Multidisciplinar”.

Nome da Aluna: Verónica Alexandra Peleção Lopes.

Responsáveis Académicos: Professora Doutora Helena Reis do Arco e Enfermeira Especialista AA.

Resumo/Abstract

A atenção dos profissionais de saúde deve centrar-se na promoção do bem-estar dos cuidadores e na prevenção de crises, uma vez que deles depende o sucesso do cuidado no domicílio, e por conseguinte, a permanência dos idosos com dependência na comunidade (Fernandes 2012, baseado em Moreira, 2006; e Souza et al., 2013). Não obstante, outros autores defendem que é benéfico apoiar os cuidadores a melhorar a sua competência social, a aperfeiçoar a utilização de estratégias para gestão da sobrecarga e do *stress*, aumentando a participação em atividades desejáveis (Ferreira & Barham, 2016, fundamentados em Faleiros, 2009; e Dornelles, 2010). Por outro lado, de acordo com o Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2016-2019, preconiza-se que os cuidadores informais sejam tidos como utentes e como parceiros (em simultâneo). Na condição de utentes, pois na maioria das vezes também necessitam de cuidados (possuem uma idade avançada e a demanda do cuidado tem repercussões no seu estado de saúde). Na condição de parceiros, na medida em que se forem devidamente capacitados pelos profissionais de saúde para cuidar tornam a sua intervenção mais efectiva, diga-se bem sucedida, contribuindo para a autorrealização no processo do cuidado (Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social [MTSSS] e Ministério da Saúde [MS], 2016, p. 12).

Objetivos: Promover a melhoria da qualidade de atuação da equipa multidisciplinar face à prevenção da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais, dos idosos com

dependência, integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT); e elaborar o desenho do diagnóstico de situação em saúde, tendo por base a temática da sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais, em colaboração com os elementos da equipa multidisciplinar da ECCI, durante o Estágio I, com vista à realização do diagnóstico de situação e prossecução das demais etapas do planeamento em saúde, no Estágio Final.

Métodos: Planeamento em Saúde, “*Focus Group*” e a “*Revisão Integrativa/ Scoping*”.

Amostra: Elementos da Equipa Multidisciplinar da ECCI de uma UCC da Região de LVT.

Fundamentação e pertinência do projeto de estágio:

Eu, Verónica Alexandra Peleção Lopes, sou estudante da 2.^a Edição de Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que por sua vez decorre no ano letivo de 2017/2018, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. Terminei recentemente o Estágio I, em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública numa UCC da RLVT, sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista AA e da Sra. Professora Doutora Helena Reis do Arco, que decorreu numa no período de 14 de Maio a 22 de Junho, deste ano. Em continuidade ao Estágio I, segue-se o Estágio Final, no primeiro semestre do próximo ano letivo, de 17 de Setembro de 2018 a 25 de Janeiro de 2019.

Como objetivo deste Estágio I pretende-se que projete a elaboração futura do diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, com vista a identificar problemas, determinar necessidades em saúde, fixar objetivos e envolver os profissionais da equipa multidisciplinar. A proposta de tema de projeto de intervenção comunitária a realizar com a equipa multidisciplinar é “Prevenção da(o) Sobrecarga/Stress dos Cuidadores Informais de Utentes Integrados na ECCI, na Perspetiva da Equipa Multidisciplinar”, não obstante esta ação enquadra-se nos indicadores de qualidade da atividade realizada sobre os utentes integrados nesta ECCI.

O planeamento do diagnóstico de situação de saúde, neste Estágio I, é crucial para a sua concretização no Estágio Final, assim como as etapas posteriores do projeto de estágio segundo este método, e interfere diretamente com a determinação das prioridades (2.^a etapa do planeamento em saúde), e com a avaliação deste. A concretização do

diagnóstico da situação é condição *si ne qua non* para se delinear a intervenção (Tavares, 1990; Imperatori & Geraldès, 1993).

Este projeto de estágio decorre nas instalações da ECCI, de uma UCC da Região de LVT, e culmina com a elaboração do relatório do mesmo.

Objectivos:

Promover a melhoria da qualidade de atuação da equipa multidisciplinar face à prevenção da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais, dos idosos com dependência, integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

Elaborar o diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, com recurso à técnica de recolha de dados “*Focus Group*”.

Seleção da amostra:

Amostra não probabilística: por conveniência.

Elementos da Equipa Multidisciplinar (EM) de uma UCC da Região de LVT.

Procedimentos metodológicos:

A metodologia que se pretende utilizar neste percurso, é a metodologia do planeamento em saúde, através da identificação criteriosa dos problemas e das intervenções adequadas dirigidas às necessidades da população (Imperatori & Giralès, 1982; Tavares, 1990). Prevê-se a utilização da técnica de recolha de dados “*Focus Group*” de cariz qualitativo e a elaboração de uma pesquisa documental, “Revisão Integrativa/ Scoping”.

Instrumentos de avaliação:

Planeamento e Guião do “*Focus Group*”.

Para a realização da revisão integrativa da literatura, tendo por base a procura pela melhor e mais recente evidência científica acerca da temática em estudo, irá recorrer-se ao “*The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015*”.

Como serão recolhidos os dados?

Os dados serão recolhidos com recurso à técnica “*Focus Group*”, organizada nas instalações de uma UCC da Região de LVT, na qual se prevê que os participantes

(elementos da EM da ECCI) participem voluntariamente após assinarem o consentimento informado (Apêndice II).

Como será mantida a confidencialidade nos registos?

De acordo com a técnica de recolha de dados selecionada pela estudante, através do *focus group*, irá elaborar-se uma codificação numérica dos dados de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões e em quais contextos tal se verifica, com total garantia de anonimato. Também o nome da UCC será omissa no relatório do estágio, sendo esta referenciada como “Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo”.

Relativamente à pesquisa documental, leia-se “Revisão Integrativa/ Scoping”, os dados a consultar e a analisar serão provenientes de artigos e publicações disponíveis nas bases de dados eletrónicas. Assume-se ainda que, não serão incluídos quaisquer dados referentes aos utentes que no futuro poderão vir a ser alvo da intervenção da equipa.

No decurso deste trabalho, os recursos serão utilizados de forma racional e responsável. De referir também que, enquanto enfermeira registada na Ordem dos Enfermeiros e como tal regida pelo código deontológico, serão salvaguardados todos os aspetos éticos no decurso do referido trabalho e estágios (I e Final).

Por fim, é intenção que com este trabalho possa contribuir-se para arquitetar estratégias plurais e multidimensionais a realizar pela ECCI, tendo no horizonte a qualidade dos cuidados e a promoção da saúde dos cuidadores familiares.

Recursos:

A previsão do custo das atividades é uma componente crucial, mas dependente das etapas anteriores, sendo que é definido como o somatório dos gastos com os recursos em equipamento, humanos, materiais, físicos, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1993). Com a elaboração deste estudo, prevê-se a utilização de recursos materiais e de equipamento suportados na totalidade pela estudante; físicos (as instalações da ECCI); e humanos (horas de trabalho dos elementos da equipa multidisciplinar).

Cronograma:

Os cronogramas são mapas temporais que fornecem a relação entre as atividades, a duração e o momento em que estas ocorrem, sendo que facultam a visão conjunta das várias etapas ou tarefas de um projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Construiu-se um cronograma de Gantt, objetivando-se o mapeamento das atividades (no eixo das ordenadas) a desenvolver no período entre os meses de Maio e Junho, e os meses de Setembro e Janeiro (no eixo das abcissas).

Cronograma de Gantt

Meses Etapas do Planeamento em Saúde	Maio 2018	Junho 2018	Setembro 2018	Outubro 2018	Novembro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019
Diagnóstico da Situação	█	█	█				
Determinação de Prioridades				█			
Fixação de Objetivos				█			
Seleção de Estratégias				█			
Preparação Operacional				█	█	█	
Execução			█	█	█	█	█
Avaliação	█	█	█	█	█	█	█
Elaboração do Relatório de Estágio	█	█	█	█	█	█	█

Adaptado de Imperatori & Giraldes (1993).

Referências Bibliográficas:

- Fernandes, C. (2012). Cuidar do Doente Paliativo no Domicílio: Sobrecarga do Cuidador Informal. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=530929;
- Ferreira, C. & Barham, E. (2016). Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. *Revista Kairós Gerontologia*. 19(4): 111-130;
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde. Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de
- MTSSS & MS. (2016). Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>;
- Saúde Pública;
- Silva, I.; Veloso, A. & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*. Braga: Universidade de Minho. 26: 175-190. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf>;
- Souza et al. (2013). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas: Caminhos de Mudança*. Aveiro: UA Editora. Disponível em http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/E-book_Cuidadores%20Informais%20Pessoas%20Idosas_Congressistas.pdf;
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional;
- The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. Disponível em http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.

Apêndice II - Planeamento e Guião da 1.ª e 2.ª Sessões de *Focus Group*

PLANEAMENTO E GUIÃO DO “*FOCUS GROUP*”

1.º Passo – Pré “*Focus Group*”

Obter autorização para a realização do “*focus group*” com vista a construir o diagnóstico de situação; Convidar os elementos da equipa multidisciplinar a participar com a devida antecedência; Preparar a apresentação sumária do tema; Elaborar o consentimento informado livre e esclarecido para os participantes; Preparar a sala; Testar os meios técnicos (gravador); e Iniciar a gravação de áudio.

2.º Passo – Realização do “*Focus Group*”

2.1. Introdução

Apresentar a mestrandia; Contextualizar o projeto de intervenção comunitária em estágio; Fundamentar a pertinência do tema em análise; Agradecer a presença; e Resumir os acontecimentos seguintes. Informar sobre o carácter subjetivo desta técnica de recolha de dados, de âmbito qualitativo, que consiste na busca por perspetivas dos elementos da equipa multidisciplinar acerca da problemática da(o) sobrecarga/*stress* do cuidador informal, de acordo com o que pensam e vivenciam, na sua ótica de profissionais. Reforçar a salvaguarda das questões de confidencialidade (os participantes não serão identificados no relato dos dados - codificação numérica -, e a gravação áudio será destruída após a finalização do relatório de estágio). Obter o consentimento informado livre e esclarecido. Tempo estimado da discussão: cerca de 30 a 40 minutos.

2.2. Objetivos

Identificar as dificuldades percecionadas pela equipa multidisciplinar no âmbito da prevenção da(o) sobrecarga/*stress* do PC/CI dos utentes integrados na ECCI;

Conhecer as principais causas de sobrecarga/*stress* dos PC/CI percebidas pelos elementos da equipa multidisciplinar;

Recolher dados essenciais, através da interação e discussão grupal, para a caracterização dos problemas e das necessidades em saúde relacionadas com o tema, com vista à elaboração do diagnóstico de situação;

Compreender as perspetivas sobre o fenómeno em análise, por parte dos diferentes elementos da equipa;

Apurar as áreas prioritárias de melhoria da qualidade da atuação da equipa multidisciplinar direcionada aos PC/CI;

Estabelecer uma relação de cooperação com os elementos da equipa, com vista ao planeamento de intervenções para os PC/CI.

3.º Passo - Desenvolvimento

3.1. Questão Central

Quais as melhorias a implementar pela equipa multidisciplinar em torno da prevenção da(o) sobrecarga/*stress* dos cuidadores informais, dos utentes integrados na ECCI, com vista à melhoria da qualidade da atuação dos profissionais e obtenção de ganhos em saúde por parte deste grupo/comunidade?

3.2. Questões Secundárias

Quais as dificuldades da equipa na avaliação da(o) sobrecarga/*stress* do PC/CI?

Quais as dificuldades da equipa no planeamento de intervenções para a prevenção da(o) sobrecarga/*stress* do PC/CI?

Quando deve ser avaliada a *Zarit Burden Interview*?

Quais são as principais causas de sobrecarga dos Prestadores de Cuidados/Cuidadores Informais?”

Quais as áreas centrais, em que os profissionais da equipa multidisciplinar devem incidir, na prevenção da(o) sobrecarga/*stress* do PC/CI?

Quais as intervenções a adotar para diferentes níveis de sobrecarga/*stress*?

Qual a relação entre o processo de capacitação e o nível da(o) sobrecarga/*stress* do PC/CI, na ótica dos profissionais da equipa?

Quais as estratégias a selecionar no processo de capacitação do PC/CI?

Qual o local preferencial para as sessões de capacitação/formação do PC/CI?

Quais os temas a abordar nas sessões de capacitação/formação do PC/CI?

Qual a pertinência da construção de um Plano de Intervenção do Cuidados Informal/PC?

Qual a pertinência da criação de um grupo de auto-ajuda/partilha de experiências no cuidado?

Que parceiros podem ser envolvidos para a eventual criação do grupo de auto-ajuda/partilha de experiência no cuidado?

4.º Passo - Questões Finais

Terminar o “*focus group*” – atender ao tempo previsto, resumir as ideias principais percebidas, e proceder ao agradecimento final.

Apêndice III - Consentimento Informado Livre e Esclarecido para a Participação na 1.^a e 2.^a
Sessões de *Focus Group*

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Emo(as). Sr(as).

Eu, Verónica Alexandra Peleção Lopes, sou estudante da 2.^a Edição de Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que por sua vez decorre no ano letivo de 2017/2018, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. Encontro-me presentemente a realizar Estágio I de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na ECCI de uma UCC da Região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista AA e da Sra. Professora Doutora Helena Reis do Arco, no período de 14 de Maio a 22 de Junho, de 2018. Posteriormente ao Estágio I irá ocorrer o Estágio Final, no período de 17 de Setembro de 2018 a 25 de Janeiro de 2019.

Como objetivo deste Estágio I pretende-se que elabore o diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, razão pela qual solicito a sua participação voluntária neste grupo de discussão - “*Focus Group*”, com vista a obter um maior entendimento sobre o problema, identificar prioridades, fixar objetivos e envolver os profissionais da equipa multidisciplinar. A proposta de tema de projeto de intervenção comunitária a realizar com a equipa multidisciplinar é “Prevenção da(o) Sobrecarga/*Stress* dos Cuidadores Informais de Utentes Integrados na ECCI, na Perspetiva da Equipa Multidisciplinar”, não obstante esta ação enquadra-se nos indicadores de qualidade da atividade realizada sobre os utentes integrados nesta ECCI.

Este processo de grupo decorre nas instalações da ECCI, de uma UCC da Região de Lisboa e Vale do Tejo, após a reunião semanal da equipa multidisciplinar.

Nesta 1.^a Etapa do método de planeamento em saúde, como nas seguintes etapas, serão respeitados os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é essencial para o correto diagnóstico da situação de saúde deste grupo/comunidade, e por conseguinte, para o sucesso da implementação deste projeto de investigação-ação, não obstante este por ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal relacionado. Acrescento ainda, que a sua participação não acarreta quaisquer custos para o próprio, e que no final da aplicação da técnica de *focus group* ficarão definidos em conjunto os principais objetivos e as intervenções primordiais deste projeto.

O tempo médio previsto para a aplicação desta técnica de pesquisa de consenso é de 30-40' aproximadamente.

Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para o participante).

Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, durante a realização do Estágio I e Estágio Final, através do seguinte contacto: Verónica Lopes - 91XXXXXXX.

Com a expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço desde já pela mesma.

Grata pela atenção, _____, __ de _____, de 2018.

Verónica Lopes

(Na qualidade de Estudante da 2.^a Edição de Mestrado de Enfermagem
Comunitária e de Saúde Pública)

Enfermeira Especialista AA

(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

Professora Doutora Helena do Arco

(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram transmitidas pela(s) pessoa(s) que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste projeto de investigação-ação, sem qualquer tipo de consequências. Assim sendo, aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo e para o relatório de estágio, com a garantia da confidencialidade que me foi assegurada pela estudante e supervisores.

Deste modo, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto de intitulado “Prevenção da(o) Sobrecarga/*Stress* dos Cuidadores Informais de Utentes Integrados na ECCI, na Perspetiva da Equipa Multidisciplinar” a ser realizado pela estudante, Verónica Lopes, no âmbito do seu mestrado em associação na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Saúde, sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista AA e da Sra. Professora Doutora Helena do Arco.

Nome _____

Assinatura _____

___/___/___

Apêndice IV - Matriz de Análise da 1.^a Sessão de *Focus Group*

1.ª SESSÃO DE <i>FOCUS GROUP</i>			PARTICIPANTES									
Dimensões	Categorias	Subcategorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	Total
Dimensão A - Identificar as dificuldades da equipa na avaliação da sobrecarga do cuidador informal. DifEquAvalSobPC/CI	Dificuldades da equipa na avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados/cuidador informal, com recurso à <i>Zarit Burden Interview</i> . DifEquAvalEscZBI	Grau Atenção do PC/CI	×			×	×					3
		Desconfiança do PC/CI	×	×								2
		Indefinição temporal	×	×	×	×						4
		Indefinição do(s) enfermeiro(s) da equipa responsável(eis)		×	×	×	×					4
Dimensão B - Identificar as causas da sobrecarga dos prestadores de cuidados/cuidadores informais. CausSobPC/CI	Causas da sobrecarga dos cuidadores informais percecionadas pelo enfermeiro da equipa. CausSobPC/CIEqu	<i>Stress</i> associado à transição papel de PC/CI	×	×	×							3
		Estado de saúde do cuidador	×	×	×	×		×				5
		Processo de doença do utente				×			×			2
		Isolamento social	×	×					×	×		4
Dimensão C - Identificar as estratégias da equipa na prevenção da(o) sobrecarga/ <i>stress</i> dos cuidadores informais. EstEquPrevSob/StrCI	Intervenções ao nível prevenção da(o) sobrecarga/ <i>stress</i> dos cuidadores informais, na perspetiva da Equipa. IntEquPrevSob/StrCI	Capacitação do CI	×	×	×	×	×	×	×	×	×	9
		Avaliação da sobrecarga com recurso à <i>ZBI</i> .		×								1
		Plano de Intervenção do CI	×	×	×	×	×	×	×	×	×	9
		Grupos de Apoio/Autoajuda	×	×	×	×						4
		Parceria com a Câmara Municipal do Concelho		×							×	

Apêndice V - Matriz de Análise da 2.ª Sessão de *Focus Group*

2.ª SESSÃO DE <i>FOCUS GROUP</i>			PARTICIPANTES									
Dimensões	Categorias	Subcategorias	Psi	TSSS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total	
<p>Dimensão D - Identificar as perceções da equipa multidisciplinar sobre as estratégias de prevenção da(o) sobrecarga/<i>stress</i> dos cuidadores informais.</p> <p>PercEquMultEstPrev</p>	<p>Dificuldades da equipa multidisciplinar ao nível da prevenção da (o) sobrecarga/<i>stress</i> dos cuidadores informais.</p> <p>IntEquMultPrev</p>	Dificuldades na Criação de um Grupo de Apoio de CI	×	×							2	
		Disponibilidade do Cuidador Informal	×	×								2
		Curta Permanência na ECCI	×	×								2
		Stress associado à transição papel de PC/CI	×	×								2
	<p>Estratégias da equipa multidisciplinar ao nível da prevenção da(o) sobrecarga/<i>stress</i> dos cuidadores informais.</p> <p>EstEquMultPrev</p>	Apoio Individual aos CI da ECCI	×	×		×						3
		Apoio em Grupo aos CI da ECCI				×						1
		Norma de Atuação na Admissão/Readmissão	×			×						2
		Capacitação alargada de CI e potenciais CI (fora da ECCI)	×			×						2
		Parcerias com Autarquias	×			×	×	×				4
		Parcerias com IPSS	×	×		×	×	×				5

Apêndice VI - Grelha de Análise Aplicada aos Problemas

Grelha de Análise aplicada aos Problemas: 1.º Sobrecarga/*Stress*; 2.º Depressão e isolamento social; 3.º Problemas Físicos; e 4.º Maior risco de pobreza e desemprego.

PROBLEMAS	Problema n.º 1	Problema n.º2
Importância do Problema	(-)	(+)
Relação Problema/ Fator(es) de Risco	(-)	(+)
Capacidade Técnica de Intervir	(+)	(-)
Exequibilidade	(+)	(-)
Total	13º Lugar	4ºLugar

PROBLEMAS	Problema n.º 1	Problema n.º 3
Importância do Problema	(-)	(+)
Relação Problema/ Fator(es) de Risco	(-)	(+)
Capacidade Técnica de Intervir	(+)	(-)
Exequibilidade	(+)	(-)
Total	13º Lugar	4ºLugar

PROBLEMAS	Problema n.º 1	Problema n.º 4
Importância do Problema	(+)	(-)
Relação Problema/ Fator(es) de Risco	(+)	(-)
Capacidade Técnica de Intervir	(+)	(-)
Exequibilidade	(+)	(-)
Total	1º Lugar	16ºLugar

PROBLEMAS	Problema n.º 2	Problema n.º 3
Importância do Problema	(+)	(-)
Relação Problema/ Fator(es) de Risco	(+)	(-)
Capacidade Técnica de Intervir	(+)	(-)
Exequibilidade	(+)	(-)
Total	1º Lugar	16ºLugar

PROBLEMAS	Problema n.º 2	Problema n.º 4
Importância do Problema	(+)	(-)
Relação Problema/ Fator(es) de Risco	(+)	(-)
Capacidade Técnica de Intervir	(+)	(-)
Exequibilidade	(+)	(-)
Total	1º Lugar	16ºLugar

PROBLEMAS	Problema n.º 3	Problema n.º 4
Importância do Problema	(+)	(-)
Relação Problema/ Fator(es) de Risco	(+)	(-)
Capacidade Técnica de Intervir	(+)	(-)
Exequibilidade	(+)	(-)
Total	1º Lugar	16ºLugar

Apêndice VII - Norma de Procedimento: Avaliação da Sobrecarga com Recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

UCC	NORMA DE PROCEDIMENTO	Elaborado Em: Por: Revisão:
------------	--------------------------------------	--------------------------------------

NORMA DE SERVIÇO

02

2018

DE:	Enfermeiros da ECCL, com a colaboração da mestrandia da especialidade em enfermagem comunitária e de saúde pública.
PARA:	Enfermeiros da ECCL.
ASSUNTO:	Avaliação da sobrecarga com recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).
PALAVRAS-CHAVE:	Sobrecarga; <i>Stress</i> ; Prestador de Cuidados/Cuidador Informal; Avaliação; Intervenção.
OBJETIVOS:	Uniformizar os procedimentos de avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais, de utentes integrados na ECCL.

DESCRITIVO:

A avaliação da sobrecarga efetua-se através da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e adaptada por Sequeira (2007), tendo por base a *Burden Interview Scale* (Zarit & Zarit, 1983).

É um instrumento que avalia a sobrecarga subjetiva e objetiva do cuidador informal, incluindo as dimensões da **saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento**. Cada item é pontuado, qualitativa e quantitativa, desta forma:

Nunca = 1;
Quase nunca = 2;
Às vezes = 3;
Muitas vezes = 4;
Quase nunca = 5.

A pontuação global varia entre 22 e 110, em que uma maior pontuação traduz-se numa maior perceção de sobrecarga:

Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga
46-56	Sobrecarga ligeira
> 56	Sobrecarga intensa

A escala é composta por quatro fatores: **“impacto da prestação de cuidados” - IPC; “relação interpessoal” - RI; expectativas com o cuidar” - EC; e “perceção de autoeficácia” - PA.**

O fator “IPC” é constituído por 11 itens (1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22), relacionando-se com a prestação

de cuidados diretos, entre os quais: “alteração no estado de saúde”; “elevado número de cuidados”; “alteração nas relações sociais e familiares”; “escassez de tempo”; e “desgaste físico e mental”.

O fator “RI” é constituído por cinco itens (4, 5, 16, 18 e 19) e reporta-se à relação do cuidador com a pessoa dependente dos cuidados, às dificuldades com a interação.

O terceiro fator “EC” é constituído por quatro itens (7, 8, 14 e 15) e remete para as expectativas do cuidador face à prestação de cuidados, principalmente em relação a medos, receios e disponibilidades.

O quarto fator “PA” integra dois itens (20 e 21) e reporta-se à opinião do cuidador acerca do seu desempenho.

CONCEITOS:

Stress do Cuidador = Stress: “Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”. (CIPE, 2015).

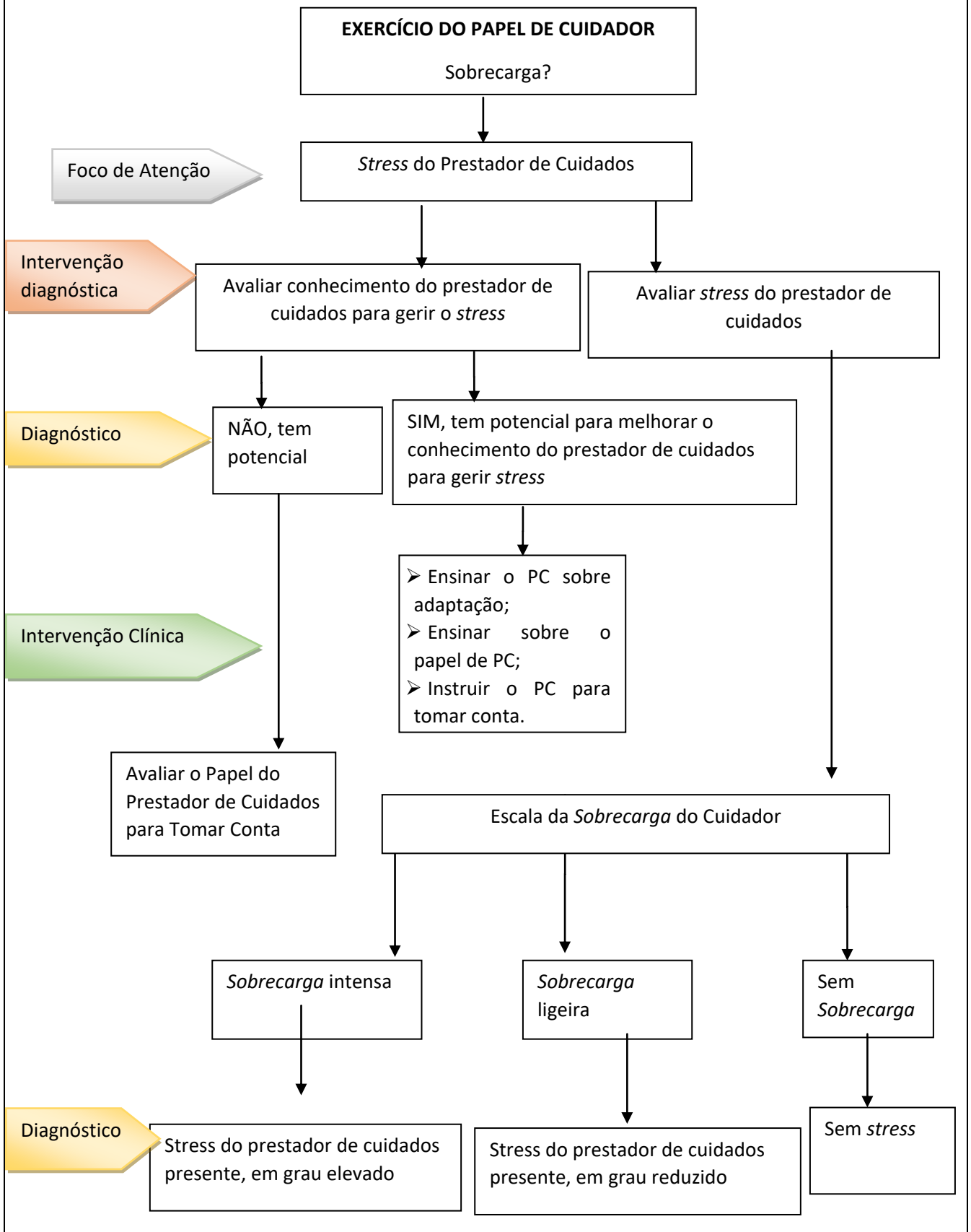
Sobrecarga: “A medida em que os cuidadores percecionam repercussões nas suas emoções, saúde física, vida social e situação financeira, como resultado de cuidar do seu familiar” (Zarit, Todd & Zarit, 1986: 261). “A sobrecarga é um conceito que se refere a desgaste por cansaço, ou seja, pode traduzir a exposição do cuidador a fatores de *stress* significativos e num espaço de tempo relativamente curto (cuidar de alguém demente com alterações comportamentais) ou a uma exposição prolongada a fatores de stress pouco significativos, mas que, ao longo do tempo, originam consequências em termos de sobrecarga para quem cuida.” (Sequeira, 2018: 248).

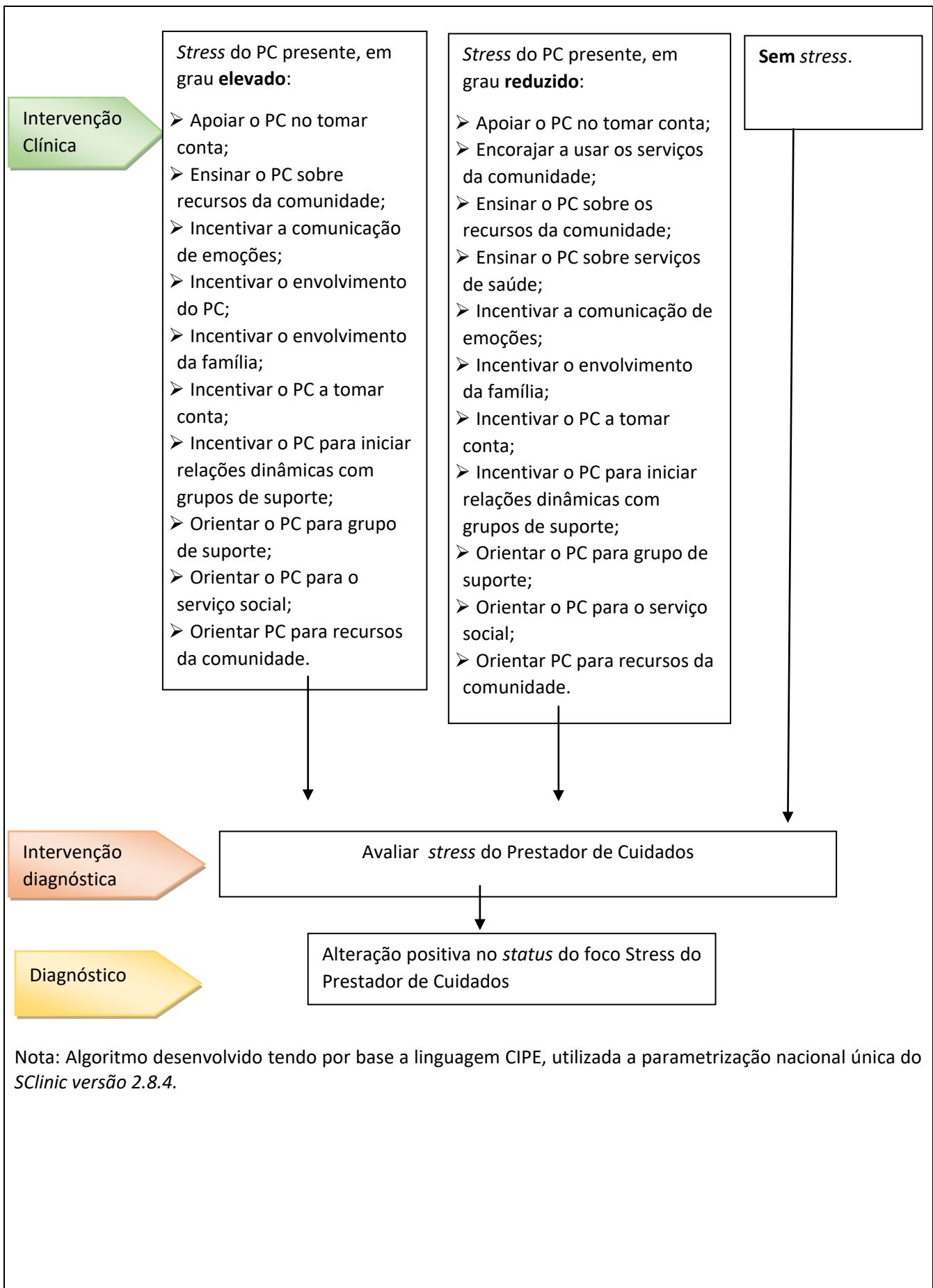
PROCEDIMENTOS:

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos	Avaliação
Aplicação da Escala da Sobrecarga do Cuidador.	2 Enfermeiros da ECCL, um deles o gestor de caso .	Até ao 3º Contacto.	Domicílios dos utentes; Instalações da ECCL.	Entrevista.	Domicílios dos utentes/Instalações da ECCL; Impressos da Escala de Sobrecarga do Cuidador; Caneta.	Cálculo da pontuação; Análise fatorial (quatro fatores). Após 1 mês de intervenção ou na alta.

Nota: Ver Apêndice I

Algoritmo de Decisão e Intervenção na Avaliação da Sobrecarga do Cuidador informal:





APÊNDICE I - CHECKLIST DE PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA

1. - Em suporte de Papel:

1.1. - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o *stress*:

Conhecimento sobre Tomar conta - Não Sim Data: __/__/____

Conhecimento sobre Serviços de Saúde - Não Sim Data: __/__/____

Conhecimento sobre Recursos da Comunidade - Não Sim Data: __/__/____

Conhecimento sobre Grupos de Suporte - Não Sim Data: __/__/____

Conhecimento sobre *Coping* - Não Sim Data: __/__/____

Potencial para melhorar o conhecimento - Não Sim Data: __/__/____

PC com diagnóstico de doença mental - Não Sim

Avaliar a condição do utente:

Demência - Não Sim

Comorbilidades - Não Sim Especifique: _____

Dependente no autocuidado, em grau elevado Data: __/__/____

Dependente no autocuidado, em grau moderado Data: __/__/____

Dependente no autocuidado, em grau reduzido Data: __/__/____

Avaliar a situação dos cuidados:

Coabitação Não Sim

Duração do cuidado _____

Tempo de cuidados (h/dia) _____

Cuidador formal Não Sim SAD _____ Não Sim

Cuidador(es) familiar(es) Não Sim

1.2. - Avaliar *stress* do prestador de cuidados:

Preencher a Escala de Sobrecarga do Cuidador em entrevista com o PC

Stress do PC presente, em grau elevado: Data: __/__/____

Stress do PC presente, em grau reduzido: Data: __/__/____

Sem *stress*: Data: __/__/____

2. SCLinic versão 2.8.4:

- Alocar o utente ao Programa Dependentes
- Integrar o foco "Stress do Prestador de cuidados" no processo de enfermagem do utente
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o *stress*
- Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para gerir *stress*
- Avaliar *stress* do prestador de cuidados (transcrever a Escala da Sobrecarga do Cuidador), dia e hora fixa (reavaliação após 1mês/ alta)
- Planear intervenções, de acordo com o *status*
- Avaliar *stress* do prestador de cuidados (reavaliação da ESC)
- Modificar positivamente o *status* do foco "Stress do Prestador de cuidados"

Indicador:

376 - Proporção de utentes acompanhados no âmbito da saúde mental com ganhos expressos na gestão do stress do prestador de cuidados.

N.º de utentes, no âmbito do P. N. Saúde Mental, com diagnóstico de enfermagem relacionado com o foco "Stress do Prestador de cuidados" e com modificação positiva do mesmo

X 100

N.º utentes, no âmbito do P. N. Saúde Mental, com pelo menos um diagnóstico de enfermagem relacionado com o foco "Stress do Prestador de cuidados".

Período de análise: 12meses, calculado pelo método de "período em análise flutuante".

Uniformização de procedimentos:

O papel do Enfermeiro da ECCI é de extrema importância nas questões da sobrecarga do cuidador, na medida em que exerce a sua ação, quer na prestação direta de cuidados aos dependentes quer pelo ensino, instrução e treino de competências aos cuidadores.

As competências do cuidador podem ser agrupadas em três categorias: **informação, mestria e suporte**. A primeira categoria, informação, relacionada com o **saber**, deve estruturar-se em programas sistematizados (sessões preferencialmente em grupo, mínimo de 3 e máximo de 12) e incidir sobre a necessidade de cuidados, a tipologia dos cuidados, as implicações associadas ao papel, em termos de saúde, laborais e pessoais, as necessidades de mudança do ambiente, o prognóstico, as respostas formais existentes e os conteúdos informativos e formativos sobre as necessidades do cuidador e a necessidade de cuidados da pessoa dependente. A segunda categoria relaciona-se com a habilidade instrumental, o **saber-fazer**, baseada

no desenvolvimento de perícias, mestria na prestação de cuidados, no comunicar, no posicionar, no alimentar, etc. Decorre em três etapas: na primeira ocorre uma demonstração, em que o cuidador observa o profissional; na segunda o cuidador desempenha parcialmente os procedimentos; e na terceira o cuidador treina até estar autónomo, com segurança para si e para a pessoa cuidada. A terceira categoria, centra-se no **saber-ser**, isto é, no desenvolvimento pessoal, para a aquisição de estratégias de coping centradas no cuidador e centradas no problema. Foca-se no desenvolvimento de habilidades específicas para lidar com o sofrimento, ansiedade, vulnerabilidade; adotar medidas para manter a capacidade física e mental; Cuidar da sua aparência e de projetos/interesses pessoais; desenvolver a capacidade de comunicar, de interação com o idoso; e respeitar e respeitar-se como pessoa (Sequeira, 2018).

PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
<p>Instruir sobre a ESC;</p> <p>Disponibilizar a presença de um enfermeiro junto do utente;</p> <p>Reunir com o cuidador, sem a presença do utente;</p> <p>Incentivar a leitura e preenchimento do questionário pelo próprio;</p> <p>Em alternativa ao auto-preenchimento, ler pausadamente cada uma das questões e as respetivas opções de resposta;</p> <p>Esclarecer dúvidas do cuidador.</p>	<p>Informar e obter colaboração do cuidador para o preenchimento da ESC;</p> <p>Evitar a distração do cuidador;</p> <p>Promover a privacidade;</p> <p>Encorajar a autonomia e a autenticidade das respostas.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Sequeira, C. (2007). O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do porto;

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2.ª Edição, Lisboa: Lidel;

Zarit, H. & Zarit, M. (1983). *The memory and behavior problems checklist - and the burden interview*. Technical report, Pennsylvania State University.

O Enfermeiro Responsável ECCI

O Enfermeiro Chefe da UCC

COMUNICAÇÃO Nº	DATA:	Nº DE PAGINAS
----------------	-------	---------------

Apêndice VIII - Revisão Integrativa da Literatura: Intervenções na Sobrecarga de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes na Comunidade

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



INTERVENÇÕES NA SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES NA COMUNIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA

INTERVENCIONES EN LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE IDOSOS DEPENDIENTES EN LA COMUNIDAD: REVISIÓN INTEGRATIVA

BURDEN INTERVENTIONS FOR INFORMAL CAREGIVERS OF ELDERLY DEPENDENTS IN THE COMMUNITY: INTEGRATION REVIEW

Verónica Lopes – Enfermeira, Serviço de Medicina, Hospital Garcia de Orta, Entidade Pública Empresarial

Verónica Lopes – Nurse, Medical Service, Garcia de Orta Hospital, Public Business Entity

JANEIRO 2019

RESUMO

Introdução: A sobrecarga do cuidador informal define-se como um estado de exaustão, por exposição a *stress*, durante um determinado intervalo de tempo, relacionado com a prestação de cuidados, com várias repercussões: saúde física e mental, vida social e financeira. Pretendemos analisar artigos científicos, através da Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, relativamente às intervenções na sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade; averiguando como pode ser melhorado o papel dos enfermeiros, no apoio aos cuidadores e às pessoas cuidadas. **Métodos:** Realizámos uma revisão integrativa da literatura, mediante a pesquisa em base de dados eletrónica EBSCOhost, utilizando descritores Decs (língua portuguesa, espanhola e inglesa). Determinámos os seguintes critérios de inclusão: artigos de revisões sistemáticas, clínicas ou integrativas da literatura, estudos clínicos com e sem randomização, com texto completo, publicados entre 2013 e 2018. **Resultados:** Nesta revisão a maioria dos artigos incluídos são revisões sistemáticas de literatura, colocadas no nível 1.b (JBI Levels of Evidence, 2014) logo, podemos concluir que são estudos com evidência alta. A amostra final incluiu cinco revisões sistemáticas, duas experiências randomizadas controladas, um estudo quasi-experimental e um estudo observacional. Os resultados foram agrupados em cinco dimensões: I. - Sobrecarga dos cuidadores de idosos com demência; II. - Intervenções para cuidadores de pessoas com acidente vascular cerebral; III. - Intervenções sustentadas na Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem; IV. - Evidências sobre as intervenções de apoio a cuidadores informais; e V. - Tipos de intervenções na sobrecarga dos cuidadores. Subdividimos a dimensão V em quatro categorias de intervenções: psicoeducacionais; psicoterapia-aconselhamento; multicomponente; e baseadas na tecnologia. **Conclusões:** Os resultados desta revisão demonstraram resultados positivos, da implementação de intervenções multidisciplinares, na sobrecarga, junto dos cuidadores informais, na comunidade. As intervenções de enfermagem, sustentadas na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem, particularmente no sistema de enfermagem educacional (apoio-educativo) evidenciam melhorias na saúde e no bem-estar dos cuidadores informais, reduzindo a sobrecarga subjetiva.

Palavras-chave: cuidadores; intervenções; sobrecarga

RESUMEN

Introducción: La sobrecarga del cuidador informal se define como un estado de agotamiento, por exposición a estrés, durante un determinado intervalo de tiempo, relacionado con la prestación de cuidados, con varias repercusiones: salud física y mental, vida social y financiera. Pretendemos analizar artículos científicos, a través de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Enfermería (TDAE) de Dorothea de Orem, en relación a las intervenciones en la sobrecarga de cuidadores informales de ancianos dependientes en la comunidad; averiguando cómo puede mejorarse el papel de los enfermeros, en el apoyo a los cuidadores ya las personas cuidadas. **Métodos:** Se realizó una revisión integradora de la literatura mediante la búsqueda en la base de datos electrónica EBSCOhost usando el DeCS (portugués, español e Inglés). Se determinaron los siguientes criterios de inclusión: artículos de revisiones sistemáticas, clínicas o integrativas de la literatura, estudios clínicos con y sin aleatorización, con texto completo, publicados entre 2013 y 2018. **Resultados:** En esta revisión la mayoría de los artículos incluidos son revisiones sistemáticas de literatura, en el nivel 1.b (JBI Levels of Evidence, 2014) luego, podemos concluir que son estudios con evidencia alta. La muestra final incluyó cinco revisiones sistemáticas, dos ensayos aleatorizados controlados, un estudio cuasi-experimental y un estudio observacional. Los resultados fueron agrupados en cinco dimensiones: I. - Sobrecarga de los cuidadores de ancianos con demencia; II. - Intervenciones para cuidadores de personas con accidente cerebrovascular; III. - Intervenciones sostenidas en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Enfermería; IV. - Evidencias sobre las intervenciones de apoyo a cuidadores informales; y V. - Tipos de intervenciones en la sobrecarga de los cuidadores. Subdividimos la dimensión V en cuatro categorías de intervenciones: psicoeducativas; psicoterapia, asesoramiento; multicomponente; y basadas en la tecnología. **Conclusiones:** Los resultados de esta revisión demostraron resultados positivos, de la implementación de intervenciones multidisciplinarias, en la sobrecarga, en los cuidadores informales, en la comunidad. Las intervenciones de enfermería, sostenidas en la Teoría del Déficit del Autocuidado de Enfermería, particularmente en el sistema de enfermería educativa (apoyo-educativo) evidencian mejoras en la salud y en el bienestar de los cuidadores informales, reduciendo la sobrecarga subjetiva.

Palavras-chave: cuidadores; intervenciones; sobrecarga

ABSTRAT

Introduction: Informal caregiver overload is defined as a state of exhaustion, due to exposure to stress, during a certain period of time, related to care delivery, with several repercussions: physical and mental health, social and financial life. We intend to analyze scientific articles, through Dorothea de Orem's Theory of Self-Care Nursing Deficit (TDAE), regarding interventions in the overload of informal caregivers of dependent elderly in the community; ascertaining how the role of nurses can be improved, in supporting caregivers and caregivers. **Methods:** We carried out an integrative review of the literature, using EBSCOhost database, using Decs descriptors (Portuguese, Spanish and English). We determined the following inclusion criteria: articles from systematic reviews, clinical or integrative from the literature, clinical studies with and without randomization, with full text, published between 2013 and 2018. **Results:** In this review most of the articles included are systematic literature reviews, placed at level 1.b (JBI Levels of Evidence, 2014) so we can conclude that they are studies with high evidence. The final sample included five systematic reviews, two randomized controlled trials, one quasi-experimental study and one observational study. The results were grouped into five dimensions: I. - Overload of caregivers of elderly people with dementia; II. - Interventions for caregivers of people with stroke; III. - Interventions based on the Nursing Self-Care Deficit Theory; IV. - Evidence on interventions to support informal caregivers; and V. - Types of interventions in the caregivers overload. Subdivided the dimension V into four categories of interventions: psychoeducational; psychotherapy-counseling; multicomponent; and technology-based. **Conclusions:** The results of this review have demonstrated positive results, from the implementation of multidisciplinary interventions, in the overloading of informal caregivers in the community. Nursing interventions, supported by the Nursing Self-Care Deficit Theory, particularly in the educational system (educational-support), show improvements in the health and well-being of informal caregivers, reducing subjective overload.

Key words: caregivers; burden; interventions

Apêndice IX - Cronograma de Atividades

Meses	Maio 2018	Junho 2018	Setembro 2018	Outubro 2018	Novembro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019
Atividades							
Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária							
1ª Sessão de Focus Group							
2.ª Sessão de <i>Focus Group</i>							
Aplicação da ESC aos CI							
Sessão de Formação Registos <i>SClinic</i>							
Registos <i>SClinic</i> "Stress Prestador de Cuidados"							
Elaboração e Apresentação da Norma de Procedimento e Algoritmo de Decisão e Intervenção							
3.ª Sessão de <i>Focus Group</i>							
Análise SWOT							
Revisão Integrativa da Literatura							

Apêndice X- Planeamento e Guião da 3.ª Sessão de *Focus Group*

PLANEAMENTO E GUIÃO DO “*FOCUS GROUP*” FINAL

1.º Passo – Pré “*Focus Group*”

Obter autorização para a realização do “*focus group*”, com vista à avaliação das atividades no âmbito do projeto de estágio da mestranda; Convidar os elementos da equipa de enfermagem a participar com a devida antecedência; Elaborar o consentimento informado livre e esclarecido para os participantes; Preparar a sala; Testar os meios técnicos (gravador); e Iniciar a gravação de áudio.

2.º Passo – Realização do “*Focus Group*”

2.1. Introdução

Apresentar a mestranda; Contextualizar a avaliação do projeto de estágio da mestranda “Prevenção da Sobrecarga dos Cuidadores Informais: no contexto de uma ECCI”; Agradecer a presença; Obter o consentimento informado livre e esclarecido. Tempo estimado da avaliação: cerca de 20-30 minutos.

2.2. Objetivos

Conhecer as perceções dos elementos da equipa de enfermagem acerca das atividades/intervenções implementadas, no âmbito do projeto de intervenção comunitária.

3.º Passo - Desenvolvimento

3.1. Questão Central

De que modo, as atividades desenvolvidas pela estudante, no âmbito do projeto de estágio, podem contribuir para a melhoria da intervenção dos enfermeiros na prevenção da sobrecarga?

3.2. Questões Secundárias

Quais os pontos fracos da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador nos domicílios, com recurso às orientações da Norma de Procedimento?

Quais os pontos fortes da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador nos domicílios, com recurso às orientações da Norma de Procedimento?

Quais os pontos fracos dos registos em *SClinic* das avaliações da Escala de Sobrecarga do Cuidador?

Quais os pontos fortes dos registos em *SCLinic* das avaliações da Escala de Sobrecarga do Cuidador?

Quais as ameaças externas à prossecução do projeto de melhoria da avaliação da sobrecarga do cuidador?

Quais as oportunidades externas que poderão advir da melhoria da avaliação da sobrecarga do cuidador?

4.º Passo - Questões Finais

Terminar o “*focus group*” – atender ao tempo previsto, resumir as ideias principais percebidas, e proceder ao agradecimento final.

Apêndice XI - Consentimento Informado Livre e Esclarecido para a Participação na 3.ª Sessão de *Focus Group*

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Emo(as). Sr(as).

Eu, Verónica Alexandra Peleção Lopes, estudante da 2.^a Edição de Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que por sua vez decorre no ano letivo de 2018/2019, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me presentemente a terminar o Estágio Final de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na ECCI de uma UCC da Região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista AA e da Sra. Professora Doutora Helena Reis do Arco, no período de 17 de Setembro a 25 de Janeiro, de 2019.

Como objetivo deste Estágio Final pretende-se que elabore a avaliação da implementação do projeto de estágio intitulado “Prevenção da Sobrecarga do Cuidador Informal no contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados”, com recurso ao Método de Planeamento em Saúde. Pretende-se uma apreciação do problema, por comparação entre a situação final face à situação inicial, e a perceção das melhorias a introduzir futuramente, após término da etapa de avaliação (Imperator & Giraldes, 1993).

À semelhança do que ocorreu no Estágio I, solicito a sua participação voluntária neste grupo de discussão - “*Focus Group*”, com vista à análise da prossecução dos objetivos delineados na 3.^a etapa de planeamento em saúde. Objetivo geral: Contribuir para o aumento dos ganhos em gestão do *stress* do prestador de cuidados/cuidador informal, de utentes integrados na ECCI, durante o Estágio Final. Objetivos específicos: 1.º Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador, aos cuidadores informais, em conjunto com os enfermeiros da ECCI; 2.º Uniformizar a intervenção dos enfermeiros, na avaliação da(o) sobrecarga/stress dos cuidadores informais, de utentes integrados na ECCI, em colaboração com os enfermeiros; e 3.º Otimizar os registos do *SClinic* associados ao foco “Stress do Prestador de Cuidados”, em colaboração com os enfermeiros da ECCI.

Este processo de grupo decorre nas instalações da ECCI, de uma UCC da Região de Lisboa e Vale do Tejo, após a reunião semanal da equipa multidisciplinar.

Nesta etapa do método de planeamento em saúde, como nas etapas anteriores, serão respeitados os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é essencial para a correta avaliação de resultados da implementação do projeto de estágio, não obstante este por ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal relacionado. Acrescento ainda, que a sua participação não acarreta quaisquer custos para o próprio, e que no final da aplicação da técnica de *focus group* será feita uma análise SWOT, com vista à determinação dos pontos fortes e fraquezas dentro do ambiente interno (instituição/sistema), assim como, as ameaças e oportunidades que surgem do ambiente externo, contribuindo para a melhoria do desempenho da organização (Barbosa et al., 2017).

O tempo médio previsto para a aplicação desta técnica de pesquisa de consenso é de 30-40' aproximadamente.

Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para o participante).

Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, através do seguinte contacto: Verónica Lopes - 91XXXXXXX.

Com a expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço desde já pela mesma.

Grata pela atenção, _____, __ de Janeiro, de 2018.

Verónica Lopes

(Na qualidade de Estudante da 2.ª Edição de Mestrado de Enfermagem
Comunitária e de Saúde Pública)

Enfermeira Especialista AA

(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

Professora Doutora Helena do Arco

(Na qualidade de Orientadora de Estágio)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram transmitidas pela(s) pessoa(s) que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste projeto de investigação-ação, sem qualquer tipo de consequências. Assim sendo, aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo e para o relatório de estágio, com a garantia da confidencialidade que me foi assegurada pela estudante e supervisores.

Deste modo, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto de intitulado “Prevenção da Sobrecarga do Cuidador Informal no contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados” realizado pela estudante, Verónica Lopes, no âmbito do seu mestrado em associação na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Saúde, sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista AA e da Sra. Professora Doutora Helena do Arco.

Nome _____

Assinatura _____

___/___/___

ANEXOS

Anexo I - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Exma. Senhora

Dr.ª Veronica Alexandra Peleção Lopes

veronica.lopes@hgo.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6597/CES/2018	06.07.2018

Assunto: Prevenção da(o) Sobrecarga/Stresse dos Cuidadores Informais de Utentes Integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, sob a Perspetiva da Equipa Multidisciplinar.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 06.07.2018, tendo sido emitido um parecer favorável condicionado ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo, desde que resolvidos os aspetos mencionados no parecer.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Parecer

Proc.058/CES/INV/2018

Título: Prevenção da(o) Sobrecarga/Stresse dos Cuidadores Informais de Utentes Integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, sob a Perspetiva da Equipa Multidisciplinar.

Enquadramento institucional do proponente: Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

Investigador(es): Verónica Alexandra Peleção Lopes

Orientador(es): Professora Doutora Helena Reis do Arco e Enfermeira Especialista [REDACTED]

Fundamentação do estudo:

A atenção dos profissionais de saúde deve centrar-se na promoção do bem-estar dos cuidadores e na prevenção de crises, uma vez que deles depende o sucesso do cuidado no domicílio, e por conseguinte, a permanência dos idosos com dependência na comunidade (Fernandes 2012, baseado em Moreira, 2006; e Souza et al., 2013). Não obstante, outros autores defendem que é benéfico apoiar os cuidadores a melhorar a sua competência social, a aperfeiçoar a utilização de estratégias para gestão da sobrecarga e do stresse, aumentando a participação em atividades desejáveis (Ferreira & Barham, 2016, fundamentados em Faleiros, 2009; e Dornelles, 2010). Por outro lado, de acordo com o Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2016-2019, preconiza-se que os cuidadores informais sejam tidos como utentes e como parceiros (em simultâneo). Na condição de utentes, pois na maioria das vezes também necessitam de cuidados (possuem uma idade avançada e a demanda do cuidado tem repercussões no seu estado de saúde). Na condição de parceiros, na medida em que se forem devidamente capacitados pelos profissionais de saúde para cuidar tornam a sua intervenção mais efectiva, diga-se bem sucedida, contribuindo para a autorrealização no processo do cuidado (Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social [MTSSS] e Ministério da Saúde [MS], 2016, p. 12).

Objetivos:

Promover a melhoria da qualidade de atuação da equipa multidisciplinar face à prevenção da(o) sobrecarga/stresse dos cuidadores informais, dos idosos com dependência, integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

Elaborar o diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, de acordo com o método de planeamento em saúde, com recurso à técnica de recolha de dados "Focus Group"

Local: UCC [REDACTED]

Apreciação

O estudo em análise tem interesse social, prevendo-se a obtenção de dados aplicáveis à intervenção neste tipo de população.

Trata-se de um estudo conducente ao diagnóstico de situação numa equipa de uma UCC, estando previsto o respeito pelos princípios éticos aplicáveis, pelo que se emite parecer favorável condicionado ao envio do parecer do Diretor Executivo do ACES [REDACTED]

Declaração de interesses: Nada a declarar
6 de Julho 2018

Anexo II - Autorização do Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o ACES [REDACTED] concorda e tem condições logísticas e humanas para a realização da investigação com o título “Prevenção da(o) Sobrecarga/Stresse dos Cuidadores Informais de Utentes Integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, sob a Perspetiva da Equipa Multidisciplinar”, levada a cabo pela titular Verónica Alexandra Peleção Lopes.

[REDACTED], 14 de setembro de 2018

O Diretor Executivo do Agrupamento de
Centros de Saúde [REDACTED]