



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Dificuldades em Cuidar a Pessoa Idosa Dependente no Domicílio

Perceção do Cuidador Informal

Ana Soraia Gomes Cadilha



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Soraia Gomes Cadilha
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Dificuldades em Cuidar a Pessoa Idosa Dependente no
Domicílio
Perceção do Cuidador Informal**

II Mestrado em Enfermagem Comunitária
Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Cândida Viana Cracel

Dezembro, 2022

AGRADECIMENTOS

Após este caminho percorrido e no término do percurso deixo aqui os meus sinceros e profundos agradecimentos a quem acreditou nesta minha luta académica e profissional, na perseverança do dia-a-dia tão necessária, e a quem esteve em sintonia comigo na resiliência mantida para ultrapassar cada obstáculo encontrado.

Deixo, aqui expresso o meu agradecimento:

À Professora Cândida Viana Cracel, pelo seu acompanhamento e orientação!

À Enfermeira Catarina Barreiras, pelo apoio, acompanhamento, incentivo e colaboração neste meu percurso.

À minha FAMÍLIA, pelo apoio incondicional.

À Equipa Multidisciplinar da UCC de Barroelas pelo acolhimento e disponibilidade demonstrada.

A todos os cuidadores informais, por todo o amor que dão e que cuidam o seu ente querido.

À Jacinta, minha amiga incondicional de todas as horas.

A todos o meu MUITO OBRIGADO!

DEDICATÓRIA

Às três PESSOAS que fazem a minha vida ter sentido, que iluminam o meu caminho e que me permitiram, sem qualquer sombra de dúvida a realização dos meus objetivos e sonhos, sem ELES esta caminhada não teria qualquer significado. Às minhas filhas, VALENTINA e ALICE, e ao meu companheiro de sempre RAFAEL, pela paciência, pelo apoio demonstrado e pelo amor incondicional.

PENSAMENTO

“ A persistência é o caminho do êxito”

Charles Chaplin

RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserido no plano curricular do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Este tem como principal objetivo retratar de forma crítico reflexiva a investigação e as atividades realizadas no Estágio, que permitiram o desenvolvimento de competências profissionais comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

O desenvolvimento deste percurso, teve como linha orientadora o modelo teórico da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothe Orem.

O envelhecimento e o aumento da população, consequência direta de uma maior longevidade, impõem grandes desafios à sociedade atual com impacto elevado nos índices de dependência e maior vulnerabilidade da pessoa idosa.

Os cuidados de saúde primários (CSP), tornam-se num dos principais contextos de atuação e intervenção e o EEECS assume aqui um papel fundamental, na implementação de programas promotores de saúde com o intuito de capacitação e empoderamento.

Dada ainda a incerteza da caracterização exata do perfil do cuidador informal, considerou-se pertinente realizar uma investigação acerca do perfil do cuidador informal, e das dificuldades percecionadas sobre o cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

Com o objetivo de caracterizar as dificuldades percecionadas pelo cuidador informal ao cuidar a pessoa idosa dependente no domicílio, efetuou-se um estudo descritivo, observacional e transversal, numa amostra constituída por 40 cuidadores informais de utentes idosos dependentes inscritos numa Unidade de Cuidados na Comunidade da região em estudo. Os dados foram colhidos através de um questionário sociodemográfico e contextual, da Escala Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI), versão portuguesa de Brito e Barreto (2000) e da escala de Barthel.

Os cuidadores informais são maioritariamente do sexo feminino, são filhas, com uma média de idades entre os 60 e os 70 anos de idade. Os mesmos cuidadores informais são casados ou vivem em união de facto, são domésticos, com baixo nível de escolaridade e coabitam com o idoso em causa. Na maior parte dos casos, a prestação de cuidados tem

um tempo de duração entre 1 e 5 anos; quanto às ajudas na prestação de cuidados, grande parte dos cuidadores informais, referem receber ajuda regular de familiares. A falta de tempo que o cuidador tem para si, a sensação de incapacidade de controlo da situação relativa à prestação de cuidados, a interferência nas relações familiares, a perturbação do humor e stress e o constante sentimento de preocupação foram mencionadas como fonte de perturbação. Os cuidadores informais perceberam que os cuidados conduzem a grandes dificuldades de ordem física e os problemas financeiros foram mencionados como não causadores de perturbação para a maioria dos cuidadores informais.

Quanto aos idosos dependentes, os dados mostraram que são predominantemente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 80 e os 89 anos.

Palavras Chave: Cuidadores informais, idoso, dependente, dificuldades, enfermagem comunitária e de saúde pública

Abstract

The present work comes within the scope of the Curricular Unit Internship of a Professional Nature with Final Report, inserted in the curricular plan of the II Master's Course in Community Nursing, area of Community Nursing and Public Health. This has as main objective to portray in a critically reflective way the investigation and activities carried out in the Internship, which allowed the development of common and specific professional skills of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing (EEECSP).

The development of this path was based on the theoretical model of Dorothe Orem's Self-Care Deficit Theory.

Aging and population growth, a direct consequence of greater longevity, pose major challenges to today's society with a high impact on dependency rates and greater vulnerability of the elderly.

Primary health care (CSP) becomes one of the main contexts of action and intervention and the EEECSNP assumes a fundamental role here, in the implementation of health promotion programs with the aim of training and empowerment.

Given the uncertainty of the exact characterization of the profile of the informal caregiver, it was considered it is pertinent to carry out an investigation about the profile of the informal caregiver, and the difficulties perceived about caring for the dependent elderly person at home.

With the objective of characterizing the difficulties perceived by the informal caregiver when taking care of the dependent elderly person at home, a descriptive, observational and cross-sectional study was carried out, in a sample consisting of 40 informal caregivers of dependent elderly users enrolled in a Care Unit in the Community of the region under study. Data were collected through a sociodemographic and contextual questionnaire, from the Carers' Assessment Scale of Difficulties Index (CADI), Portuguese version by Brito and Barreto (2000) and the Barthel scale.

Informal caregivers are mostly female, they are daughters, with an average age between 60 and 70 years old. The same informal caregivers are married or live in a de facto union, are domestic, with a low level of education and live with the elderly person in question. In most cases, the provision of care lasts between 1 and 5 years; as for help in providing care, most informal caregivers reported receiving regular help from family members. The lack of time that the caregiver has for himself, the feeling of inability to

control the situation regarding the provision of care, interference in family relationships, mood disturbance and stress and the constant feeling of worry were mentioned as a source of disturbance. Informal caregivers perceived that care leads to great physical difficulties and financial problems were mentioned as not causing disturbance for most informal caregivers.

As for the dependent elderly, the data showed that they are predominantly female, aged between 80 and 89 years.

Keywords : Informal caregivers, elderly, dependent, difficulties, community and public health nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AEB - Agrupamento de Escolas de Barroelas

ARS – Administração Regional de Saúde

CADI - Escala Carers' Assessment of Difficulties Index

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEEEC - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEC - Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de **ESCSP** – Enfermagem de Saúde Comunitária e de saúde Pública

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ECL - Equipa Coordenadora Local

ENP – Estágio Natureza Profissional

EPS - Educação Para a Saúde

GIA – Gabinete de Informação ao Aluno

INE – Instituto Nacional de Estatística

HTA – Hipertensão Arterial

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSAM, EPE – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública
Empresarial

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	IX
SUMÁRIO	XI
ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	0
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	5
1.1. Do Envelhecimento á Dependência	6
1.2. O Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente no Domicilio	8
1.3. Ser Enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários.....	13
1.3.1. Organização dos Cuidados de Saúde Primários.....	13
1.3.2. O Papel do Enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários.....	15
1.4. A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem	16
CAPITULO II. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	19
CAPÍTULO III. ESTUDO EMPÍRICO	22
3.1. Metodologia	23
3.1.1. Questão de Partida, Objetivos e Finalidade	23
3.1.2. Tipo de Estudo	25
3.1.3. População e Amostra.....	25
3.1.4. Instrumento de recolha de dados.....	26
3.1.5. Procedimentos de Recolha de Dados	28
3.1.6. Tratamento de Dados.....	29
3.1.7. Aspetos Éticos.....	29
3.2. Resultados.....	30
3.2.1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico dos Cuidadores Informais da Pessoa Dependente no Domicílio.....	30
3.2.2. Dificuldades Percecionadas pelos Cuidadores Informais no Cuidar a Pessoa Idosa Dependente no Domicílio	34
3.3. Discussão dos Resultados.....	40
3.4. Conclusões do Estudo.....	45
CAPÍTULO IV. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	48
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	53
4.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	54

4.1.2. Melhoria contínua da qualidade	54
4.1.3. Gestão dos cuidados	55
4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	55
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem comunitária na área DE ENFERMAGEM de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	57
4.2.1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	58
4.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	59
4.2.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de saúde	59
4.2.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	60
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71
Anexo I - Escala Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI)	72
Anexo II - Escala de Barthel	75
APÊNDICES	77
Apêndice I – Questionário Sócio Demográfico e Contextual	78
Apêndice II – Autorização de Utilização da Escala CADI	81
Apêndice III – Consentimento da Comissão de Ética	83
Apêndice IV - Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	86

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Dimensões da CADI.....	27
Tabela 1- Distribuição dos cuidadores informais, segundo as características sociodemográficas (n=40).....	32
Tabela 2 -Distribuição dos cuidadores informais, segundo a relação de parentesco, tempo de prestação de cuidados e o apoio recebido (n=40).....	33
Tabela 3 -Dimensão “Problemas Relacionados com a Pessoa Dependente” da CADI ..	35
Tabela 4 -Dimensão “Reações à Prestação de Cuidados” da CADI.....	36
Tabela 5 - Dimensão “Exigências de Ordem Física na Prestação de Cuidados” da CADI	37
Tabela 6- Dimensão “Restrições na Vida Social” da CADI	37
Tabela 7 - Dimensão “Deficiente Apoio Familiar” da CADI	38
Tabela 8- Dimensão “Deficiente Apoio Profissional” da CADI.....	38
Tabela 9 - Dimensão “Problemas Financeiros” da CADI.....	39

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório Final do 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (CMEC), que decorreu de 1 de março a 31 de agosto de 2022, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Barroselas, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial (ULSAM, EPE), num total de 430 horas.

O ENP visa assegurar a aquisição de competências profissionais – competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP), (Regulamento n.º 428/2018) – incluindo uma componente de investigação (IPVC, 2021^a). Desta forma, este Relatório Final pretende consistir-se num relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas.

Para garantir qualidade nos cuidados, a enfermagem requer desenvolvimento de competências, que indagam o constante aumento e aprofundamento de conhecimentos quer pelas experiências vividas no contexto profissional e pessoal pela sua motivação pessoal mas principalmente pela continuidade da formação académica.

Os CSP representam a primeira linha de contato da população, pois dão resposta às necessidades de saúde das pessoas, através de cuidados de promoção, proteção, prevenção, curativos, reabilitação e paliativos durante todo o percurso de vida, concedendo prioridade estratégica aos cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, através da saúde familiar, e às populações através das funções da saúde comunitária e pública (OMS, 2019).

Salienta-se, então, a importância do papel do EEECS e a pertinência de realização deste ENP neste contexto.

O envelhecimento, o aumento da população e da longevidade, associado ao progresso da ciência e das tecnologias, levou ao aumento de doenças crónicas e de dependência nas atividades da vida diária (Sequeira, 2007), e conduziu a um maior envolvimento das famílias no processo de cuidar do seu familiar. A participação da família e a reintegração social e comunitária tornam-se uma prioridade, sobretudo numa perspetiva de envolvimento e preparação do cuidador informal.

Neste sentido, é primordial que o enfermeiro ajude na capacitação do familiar, nomeadamente do cuidador informal, para que este preste uma assistência de qualidade

e ao mesmo tempo evite que este atinja a sobrecarga e supere todas as suas dificuldades no cuidar. Assim, compete ao EEECSPP desempenhar o papel fundamental na implementação de programas promotores de saúde com a intencionalidade de capacitação e empoderar as comunidades.

O EEEEC na área de ESCSP constitui-se como o enfermeiro “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Por sua vez, o EEEEC na área de ESCSP, de acordo com o artigo 2.º do Regulamento n.º 428/2018, deve possuir as seguintes competências específicas:

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 objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354).

A realização do ENP e do presente relatório final teve por base uma vasta pesquisa bibliográfica baseada em livros da área, artigos de revistas científicas nacionais e internacionais, bem como uma larga pesquisa em bases de dados tais como a B-ON, SCIELO, MEDLINE, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Inicia-se este relatório final com o enquadramento conceptual e empírico, que considera o suporte científico e o conjunto de conceitos e princípios norteadores da atuação ao longo do ENP. Segue-se a caracterização do contexto onde foi realizado o ENP, bem como dos contextos onde foram efetuados os estágios contemplados no 1º ano, 2º semestre, do Plano de Estudos do CMEC, o Estágio – Enfermagem de Saúde Pública e o Estágio – Enfermagem Comunitária, porque, integrados, possibilitam a compreensão da aprendizagem e da aquisição das competências previstas. Os capítulos seguintes remetem à apresentação das atividades desenvolvidas: inicialmente o processo da atividade ligada à componente de investigação desenvolvida durante o ENP e numa segunda parte apresenta-se uma análise reflexiva sobre as competências profissionais desenvolvidas inerentes ao EEEEC na área de ESCSP. Finalizo com as conclusões que este percurso permitiu traçar.

Para a construção da estrutura deste documento, foram assumidas as orientações para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC, 2021^b).

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. DO ENVELHECIMENTO Á DEPENDÊNCIA

À semelhança da maioria dos países desenvolvidos, nos últimos anos em Portugal, verificou-se um crescente aumento da esperança média de vida e simultaneamente um decréscimo na taxa de natalidade, o que conduz a um evidente envelhecimento populacional, pelo que se torna premente o debruçar o nosso olhar sobre esta faixa etária, sobre os idosos.

O envelhecimento tem-se revelado, nas últimas décadas, um processo de magnitude mundial e estima-se que, em 2025, teremos aproximadamente 840 milhões de idosos, representando 70% do total de pessoas no mundo (OMS, 2005).

De acordo com as projeções fornecidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020), para a população portuguesa (2018-2080), estima-se que o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões e o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa.

Muito embora a definição do que é ser idoso possa não estar devidamente definida, continua a ser comum considerar-se idoso, toda e qualquer pessoa que tenha 65 ou mais anos. Esta definição é defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), contudo refere que a idade cronológica não é ponto específico para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo existir outros fatores determinantes como, alterações das condições de saúde, nível de participação na sociedade e nível de independência entre as pessoas idosas, e ao tratar-se de um país menos desenvolvido poderá definir-se por pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2002).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2006), o envelhecimento humano pode ser definido como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se inicia mesmo antes do nascimento, e que se desenvolve ao longo da vida.

Associado a esta realidade emergente, o envelhecimento populacional traz implicações importantes para a sociedade, quer nas políticas públicas e sistemas de saúde, quer no que diz respeito às questões de mercado de trabalho e da dinâmica familiar (Pereira, Soares, 2015).

O envelhecimento demográfico, que se traduz sobretudo pelos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade, implica alterações profundas na distribuição

etária de uma população. Esta realidade chega a ser considerada como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI.

Em 2020, em Portugal, as alterações na estrutura etária da população, nomeadamente o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, resultaram na continuação do processo de envelhecimento demográfico, verificando-se um aumento da idade média da população residente em Portugal de 44,0 para 45,8 anos, entre 2015 e 2020 (INE, 2020).

No mesmo ano, verificou-se ainda, relativamente aos anos anteriores, um decréscimo de 78 204 no número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos) e de 133 698 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos). Todavia, o número de pessoas idosas aumentou 168 824, o que faz com que Portugal conserve a propensão de envelhecimento demográfico, resultado da baixa natalidade, do aumento da longevidade (INE, 2020).

Em 2021, Portugal apresentava um índice de envelhecimento de 182,1 idosos por 100 jovens, apresentando a Sub-região do Alto Minho valores muito superiores, com 252,0 idosos para cada 100, sendo em Viana do Castelo um valor menos elevado, de 210,3 idosos por 100 jovens (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

O acelerado crescimento da população idosa, está estreitamente relacionado com o aumento progressivo da dependência e a exigência de diferentes níveis de suporte, colocando desafios aos profissionais de saúde e famílias nomeadamente ao nível da preservação da dignidade dos idosos (Souza et al, 2015).

Com o avançar da idade, o indivíduo vai sofrendo alterações na sua realidade devido à deterioração das suas capacidades, o que os predispõem a situações de maior fragilidade e perda de autonomia no desempenho das suas atividades (Souza et al, 2015)

Segundo Sequeira (2010) a dependência surge como o resultado do aparecimento de um défice limitador de uma atividade, e defini-a como “a incapacidade do individuo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda dos outros” (p.5).

Segundo Sousa et al. (2004), a dependência é o resultado de um processo que tem início com um défice no funcionamento corporal (incapacidade), consequência de doença ou acidente. Consequentemente, este défice provoca limitação, na realização de atividades do quotidiano, que não podendo ser compensada, pela adaptação do meio, provoca restrição na participação das atividades de vida, dependendo de outras pessoas para as

realizar. O conceito de dependência, segundo os mesmos autores, assenta em três noções estruturais a multidimensionalidade, a multicasualidade e a multifuncionalidade e tem sido classificada em três níveis: ligeira, moderada e grave.

De acordo com o Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a dependência é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.

Posteriormente, a dependência, é definida pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos como

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença incurável e ou grave em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Lei n.º52/2012, 2012, p.5119)

Desta forma, podemos afirmar que a dependência e a necessidade de cuidados são duas realidades que estão intimamente relacionadas.

1.2. O CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE NO DOMICILIO

O envelhecimento não é um problema, mas um processo natural do ciclo de vida. Conseguir viver, o mais tempo possível de forma independente, no seu contexto habitual, tem que ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas.

Com o envelhecimento demográfico da população nacional e conseqüente aumento de pessoas mais velhas, sobressai a necessidade de mais cuidados prestados quer por serviços formais quer por cuidadores informais.

A importância do papel desempenhado pelos cuidadores informais, tem sido alvo de atenção, sendo um tema que atualmente serve de estudos e de estratégias de intervenção na comunidade (Brito, 2000; Félix, 2008; Ramos, 2012; Pereira, 2018; Sequeira, 2007).

Até há algumas décadas atrás, grande parte destes cuidados eram naturalmente assegurados, no domicílio, pelos familiares das pessoas idosas, no entanto alterações sociais e demográficas têm vindo a condicionar e a limitar a capacidade de ajuda das famílias aos seus idosos.

Apesar de todas as dificuldades, na grande maioria dos casos os familiares encontram-se na primeira linha da prestação de cuidados aos idosos (Brito, 2000; Paúl, 1997; Sequeira, 2010).

O cuidador informal é habitualmente, um membro da família ou alguém muito próximo do idoso, que, se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados (Sequeira, 2010). Apesar das relações familiares se terem alterado devido a uma variabilidade de fatores a família continua a ser a principal fonte de cuidados.

Os cuidados de enfermagem procuraram sempre, integrar a família, embora nem sempre tenha sido visualizado dessa forma. A prestação de cuidados às famílias era natural e aconteciam nos domicílios. Após a II Guerra Mundial, a Enfermagem viu-se “obrigada” a voltar a incluir a família como alvo dos seus cuidados, o que se tinha desvanecido com a passagem dos cuidados de enfermagem para os hospitais e mais centrada no indivíduo (Wright, Leahey, 2018).

Foi nos anos 60 que alguns teóricos de Enfermagem começaram a incluir a família como a principal unidade de cuidados da sua prática e com o surgimento de novos modelos de Teorias de Enfermagem, a família surgia timidamente como cliente individual dos cuidados de Enfermagem (Hanson, 2005).

A família foi-se, assim, afirmando como um cliente estruturante na prática dos cuidados de enfermagem. Entendendo-a como uma estrutura, em que o todo é muito mais que a soma das partes, o enfermeiro tem um papel privilegiado no atendimento das necessidades de cada elemento da família e, ao fazê-lo, está a contribuir para a saúde familiar, baseado na evidência da interação existente entre os seus membros.

Sequeira (2010), define como cuidadores informais, aqueles que assumem a prestação de cuidados, preferencialmente no domicílio, e que são elementos da família, amigos, vizinhos ou outros. O mesmo autor, apresenta a definição de cuidados informais como os que “ são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos” (Sequeira,2010,p.156).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), este “familiar cuidador” é o “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (OE, 2016, p.143).

A família é atualmente o principal pilar de apoio dos mais velhos, contudo, este papel desempenhado pelas famílias e cuidadores informais, assim como as repercussões que daí advêm, nem sempre têm sido reconhecidas (Figueiredo, 2007).

Os cuidadores informais são peças essenciais do cuidado, e apesar de nos últimos tempos estarem em destaque, muitos continuam invisíveis e a necessitar de apoio. Aliás, não existem dados oficiais quanto ao número de cuidadores em Portugal, mas a estimativa atual é de 1,1 milhão (Eurocarers, 2020).

Os estudos sobre esta problemática têm demonstrado que a grande maioria dos cuidadores informais da pessoa idosa têm algum défice de conhecimentos sobre os seus direitos, nomeadamente sobre o descanso do cuidador e o estatuto do cuidador informal; e carece de uma rede de apoio social que o apoie na assistência ao idoso (Brito, 2000; Félix, 2008; Pereira, 2018; Ramos, 2012; Sequeira, 2007). Estas lacunas são fator de risco para o desgaste físico, emocional, social e financeiro do cuidador informal (Brito, 2000; Sequeira, 2007). Nesta perspetiva, torna-se pertinente que se realizem estudos de investigação sobre o tema, de forma a perceber as dificuldades sentidas pelo mesmo, com o intuito de fundamentar programas e políticas de intervenção nesta área.

Em Portugal, foi reconhecida a importância do papel do cuidador informal com a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprova o Estatuto do cuidador informal, regulando “os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio” (2019, p.3). O referido estatuto, define cuidador informal, dividindo-o, em cuidador informal principal e cuidador informal não principal. O cuidador informal principal é definido como

“o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Lei n.º 100/2019, 2019, p.4).

O cuidador informal não principal é definido de forma semelhante, mas ao contrário do Principal o respetivo cuidado é prestado “de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Lei n.º 100/2019, 2019, p.4).

Segundo o mesmo estatuto, apenas o primeiro tem direito ao subsídio de apoio à condição de cuidador, e não é atribuído aos cuidadores informais que não têm ligação familiar à pessoa cuidada.

Mesmo havendo ainda um longo caminho a percorrer, a criação do estatuto de cuidador informal foi um marco muito importante, no apoio a este grupo específico da população, que tem um papel importante na nossa sociedade.

Esta lei propõe-se, apoiar aqueles que prestam informalmente cuidados a pessoas em situação de dependência. Algumas das medidas mencionadas, em relação aos cuidadores são o subsídio de apoio; o direito ao descanso; medidas específicas relativamente à sua carreira contributiva; aconselhamento e acompanhamento social e de saúde; capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados específicos para a pessoa cuidada; e particularmente a “identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada” (Lei nº100/2019, 2019, p.11).

Cuidar de alguém com dependência significa, um trabalho contínuo, diário e permanente por parte do cuidador informal sem qualquer período de descanso, o que conduz invariavelmente ao seu desgaste e interferência na sua vida. Vários estudos demonstram que há repercussões na saúde física, psicológica e emocional do cuidador informal do doente dependente (Brito, 2000; Félix, 2008; Pereira, 2018; Ramos, 2012; Sequeira, 2007).

Esta realidade realça a necessidade de respostas estruturantes aos mais variados níveis que efetivem o apoio direto aos cuidadores informais e ao dependente dos seus cuidados, de modo a colmatarem todas as dificuldades sentidas.

Pela importância que os cuidadores informais têm, a OMS definiu o ano 2021 como o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Cuidadores, como forma de reconhecimento do seu esforço e dedicação (OE, 2021). Uma campanha que está direcionada a criar esforços para proteger e investir nos profissionais de saúde e cuidadores e alcançar a Saúde Universal.

É premente direccionar a atenção aos cuidadores informais, através da sua auscultação de forma a criar estratégias de intervenções que o capacitem para melhores cuidados ao idoso e conseqüentemente aumento do bem-estar de ambos, pois este continua a ser um grupo frágil da população, faltando cumprir uma intervenção estruturada e integrada nos serviços de saúde, na qual o EEEEC na área de ESCSP pode contribuir através da capacitação de grupos e comunidades, como previsto no Regulamento de Competências Específicas do EEEEC na área de ESCSP que prevê o contributo “para o processo de capacitação de grupos e comunidades [...] e integra a coordenação dos Programas de

Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Regulamento 428/2018, 2018).

Como Sequeira (2010), é necessário “ otimizar o papel do cuidador informal como via para a preservação do sujeito, para melhoria do seu desempenho e para a promoção/manutenção da qualidade de vida do cuidador e do idoso” (p.155).

Salienta-se a importância da Enfermagem Comunitária como um recurso com competência capaz de desenvolver intervenções junto dos cuidadores informais com o intuito de reconhecer as consequências negativas associadas à prestação de cuidados.

Neste sentido, o enfermeiro dos cuidados de saúde primários, atento às necessidades de cuidados das pessoas na comunidade, alicerça e empodera os cuidadores informais enfatizando ações de promoção de bem estar e proteção da saúde.

1.3. SER ENFERMEIRO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1.3.1. Organização dos Cuidados de Saúde Primários

Nos últimos anos, o papel dos CSP tem sido reconhecido, principalmente, pela sua capacidade de resposta a problemas de saúde dos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica (Regulamento n.º 428/2018).

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre os CSP, enfatiza que estes cuidados são fundamentais e visam intervir nos problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, de cura e de reabilitação, conforme as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade, promotores de ganhos em saúde. A mesma Declaração define CSP como, “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade...” (OMS,1978, p.1) e salienta que os CSP são o foco central e principal para o desenvolvimento social e económico da comunidade, representando o primeiro nível de contato do indivíduo, família e comunidade com o SNS.

Nesta conferência sobressai a importância dos CSP em qualquer sistema de saúde, e foi lançado um desafio a todos os presentes (OMS,1978, p.1).

Há quem entenda, os CSP como uma componente essencial do desenvolvimento humano, centrada em aspetos económicos, sociais e políticos (OMS, 2019).

Para a OMS, a definição de CSP assenta em 3 pressupostos: - a satisfação das necessidades de saúde das pessoas, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos durante toda a vida, atribuindo prioridade estratégica aos cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, através da saúde familiar, e às populações através das funções da saúde comunitária/pública; - na abordagem dos determinantes da saúde (sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas), através de políticas e ações públicas; - capacitação das pessoas, famílias e comunidades para optimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-criadores de serviços de saúde e sociais e como auto-cuidadores e prestadores de cuidados a terceiros (OMS, 2019).

Em 2005, inicia-se a reforma dos CSP em Portugal, que teve como objetivo a melhoria do desempenho dos Centros de Saúde (CS) através da sua reorganização em equipas

multiprofissionais que se complementassem, estando mais próximas dos cidadãos e assumindo compromissos de acessibilidade, de qualidade dos cuidados e de satisfação dos utilizadores (Biscaia, 2015).

O DL 28/2008 (2008), criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), integrados nas administrações regionais de saúde (ARS), e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento.

Os ACES são, órgãos próprios de governação e de gestão, com autonomia administrativa, cujo objetivo é garantir a prestação de CSP aos cidadãos de determinada área geográfica. Para atingir esse objetivo, desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e vínculo a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (DL 28/2008, 2008).

Destas unidades funcionais, constam as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as UCC, as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados e outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários. Cada unidade funcional tem a sua equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, devendo ser garantida a cooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES (DL 28/2008, 2008).

Entre as novas Unidades Funcionais implementadas, consta a UCC, à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, que regulamenta os ACES,

Prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (p.1184).

Da UCC faz parte uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala, nutricionistas, em permanência ou em colaboração parcial, coordenada por um enfermeiro com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista e com experiência na respetiva área profissional (DL 28/2008, 2008).

A mesma unidade funcional integra uma prestação de cuidados especializados, onde a enfermagem comunitária tem um papel preponderante.

1.3.2. O Papel do Enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários

A enfermagem em CSP, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais. Afirma ainda, a importância dos saberes/competências e a união de esforços dos vários grupos de profissionais e instituições para o atingimento de uma população com saúde, dando valor ao trabalho em equipe e parcerias (Regulamento n.º348/2015, 2015).

O enfermeiro especialista é aquele que apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento 428/2018, 2018).

Cada comunidade deve ter

“... um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que realize a avaliação do seu estado de saúde, a elaboração de projetos adequados às necessidades detetadas, a implementação de intervenções e a consequente monitorização e avaliação visando a sua capacitação, cooperando na vigilância epidemiológica, de modo a produzir indicadores pertinentes...” (Regulamento n.º348/2015, p.16482).

O EEEEC na área de ESCSP, tem como alvo de intervenção a comunidade, dirige projetos de saúde de grupos, processos comunitários e ambientais, prevenção e tratamento de doença, readaptação funcional e reinserção social em todas as fases de vida (Regulamento n.º348/2015).

São competências específicas do EEEEC na área de ESCSP: avaliar o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde; capacitar grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário; atingir os objetivos do Plano Nacional de Saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Os enfermeiros de saúde pública e comunitária têm o seu foco de atuação, em diferentes unidades funcionais onde intervêm, visando os planos de saúde nacionais numa parceria com os usuários fomentando nestes a responsabilidade individual pela sua própria saúde e autocuidado e utilização sustentada dos recursos de saúde e sociais. Capacitar os grupos e comunidades para assumir o controlo da gestão da sua saúde é um dos maiores desafios dos enfermeiros comunitários. (Henriques, et al, 2011).

Deste modo, o EEEEC na área de ESCSP, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Baseado nestes pressupostos, o percurso formativo deste mestrado abarcou estágios e ensinamentos clínicos integrativos e integradores de um corpo de conhecimento especializado orientado para uma prática de proximidade, em contexto comunitário, assente num paradigma de cuidados de qualidade.

Em síntese, de acordo com as competências descritas como específicas para a área da ESCSP, o enfermeiro especialista ocupa um espaço de relevo, na medida em que este profissional desenvolve a sua intervenção na metodologia do planeamento em saúde, na avaliação do estado de saúde de uma comunidade, na coordenação de programas de saúde e na vigilância epidemiológica fornecendo contributos para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

1.4. A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

No Enunciado Descritivo dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública n.3.4, do documento Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é salientada a categoria “O bem-estar e auto-cuidado” (Regulamento n.º 348/2015, p.16483).

Com a finalidade sustentar o conhecimento do nosso estudo, a Teoria Geral de Enfermagem do Autocuidado de Dorothea Orem, serviu de fio condutor para a sua contextualização teórica.

A Teoria do Deficit Autocuidado apresentada por Dorothea Elizabeth Orem, compreende três teorias que estão inter relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit do Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Orem, 2001).

Segundo a mesma autora, o autocuidado é o conceito central e este é definido como um conjunto de atividades universais em diferentes tipos de vivências, que promovem o aperfeiçoamento e saberes das pessoas de forma a manter a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando estas atividades ficam comprometidas, seja por razões de doença ou outras, e a pessoa não consegue satisfazê-las, vai provocar a necessidade de ajuda de um cuidador, que pode ser ou não familiar (Orem, 2001).

A Teoria do Autocuidado explica o autocuidado como, “uma função humana reguladora que os indivíduos têm de desempenhar, por si próprios ou que alguém a execute por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem estar” que engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Tomey et al, 2004, p.218).

A Teoria do Déficit de Autocuidado, é centrada na ideia de que, a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde (idem). Estas limitações deixam as pessoas completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes. É a partir daqui que se determina a necessidade da intervenção de enfermagem, quando o individuo não tem capacidade para desenvolver as exigências que o seu autocuidado exige. Apesar de ser um conceito abstrato, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (idem).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, sugere que a enfermagem é uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (idem).

O cuidado de enfermagem é necessário na ajuda e promoção do autocuidado em défice na pessoa incapacitada ou com limitações na sua concretização promovendo, desta forma, a obtenção de uma maior autonomia.

Orem (2001), identifica três classificações de sistemas de enfermagem para satisfazer as necessidades de autocuidado dos indivíduos: Sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui totalmente a pessoa no autocuidado. Estas pessoas são dependentes de outros para o seu bem-estar e sobrevivência. Sistema parcialmente compensatório, quando a enfermagem realiza só as atividades que a pessoa não consegue realizar por si próprio. Apoio educativo, quando a pessoa ou cuidador é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita da enfermagem para o ensinar e supervisionar nesse autocuidado, sendo o papel do enfermeiro o de promover o indivíduo a um agente de autocuidado.

Os pressupostos da teoria do autocuidado abarcam, os aspetos relacionados com a experiência de vida, o estado de saúde de cada pessoa, os aspetos culturais e educacionais. Outros dos fatores relacionados prendem-se com as limitações pessoais, habilidades para a concretização das atividades, bem como os recursos disponíveis. A mesma teoria estabelece uma relação entre a capacidade individual para a concretização do autocuidado, cujo objetivo último passa por manter a vida, a sua saúde e respetivo bem-estar.

O enfermeiro, com competências técnicas e científicas, assume habilidades e conhecimentos que permitem a identificação de incapacidades da pessoa resultante do seu estado de saúde, impedindo-o de cuidar de si por um certo período de tempo.

Torna-se importante salientar que, de acordo com os pressupostos da teoria de défice do autocuidado que tem como alicerce a promoção e manutenção da saúde, numa perspetiva holística da enfermagem, e da capacidade e responsabilidade dos indivíduos em relação ao cuidar, a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, através das suas competências e intervenções específicas, poderá contribuir para a evolução de um défice de autocuidado do cuidador informal da pessoa idosa dependente, para um menor défice ou mesmo para a independência nos autocuidados.

O EEEEC na área de ESCSP, na procura da excelência no exercício profissional, “maximiza o bem estar dos grupos/comunidades e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o grupo/comunidade é dependente” (Regulamento n.º 348/2015, p.16483) fundamentando a sua intervenção e a utilização de estratégias que ajudam a pessoa idosa e o cuidador informal na sua capacitação, de forma a assegurar o autocuidado eficaz necessário, para dar continuidade à vida.

CAPITULO II. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O ENP, que sustentou a realização deste relatório final, foi desenvolvido na UCC de Barroelas, que se integra no ACES do Alto Minho, da ULSAM, E.P.E..

A ULSAM, E.P.E., criada pelo Decreto-Lei 183/2008, de 04 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro, é constituída por duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima), e pelo ACES do Alto Minho, que integra doze centros de saúde (Arcos de Valdevez, Barroelas, Caminha, Darque, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), num total de vinte e oito unidades funcionais: quatro USF's Modelo B, dez USF's Modelo A, onze UCSP's, doze UCC's e uma USP, sendo a sua área de abrangência, o distrito de Viana do Castelo (ULSAM, EPE, 2021).

Tal como referido, a UCC de Barroelas, é uma das unidades funcionais que foi criada a 28 de março de 2013 e iniciou a sua atividade a 1 de janeiro de 2015, funcionando das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 9h às 16h, aos sábados, domingos e feriados (ULSAM, EPE, 2020). Esta UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra 6 enfermeiros (2 enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária, dos quais 1 é o coordenador, 2 enfermeiras especialistas em Reabilitação, 1 enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e 1 enfermeira com pós-graduação em Cuidados Paliativos, 1 médica, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta e 1 nutricionista (ULSAM, EPE, 2020).

A UCC de Barroelas tem como área de abrangência: Barroelas, Carvoeiro, Mujães, Portela Susã, Vila de Punhe e Alvarães, perfazendo uma área total de 43,6Km², com uma densidade populacional de 256,5 hab/km² (ULSAM, EPE, 2020).

Estas freguesias apresentam uma população residente de 12 889 habitantes (INE, 2021), numa superfície com um total de 43,6 Km² (ULSAM,EPE, 2020). De acordo com os censos 2021, em todas estas freguesias, a população infante juvenil e adulta diminuiu em relação a 2011, tendo, por outro lado, a população idosa aumentado (INE, 2021). Estes dados de acordo com a mesma fonte, são reveladores do envelhecimento populacional. A UCC de Barroelas, de acordo com os dados do Registo Nacional de Utente, tem, atualmente, 11 057 utentes inscritos. A faixa etária com maior representatividade diz respeito aos 60-64 anos e o género feminino está em maioria (Portugal, 2022). A mesma fonte revela que o índice de dependência de jovens (nº de jovens por 100 pessoas em idade ativa), atual, na população abrangida pela UCC de

Barroelas é de 16,87% e o índice de dependência de idosos (nº de idosos por 100 pessoas em idade ativa) é de 41,2% (Portugal, 2022).

De acordo com o seu Regulamento Interno, a UCC de Barroelas tem como missão “atender, em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados” (ULSAM, EPE, 2020, p.6). A sua visão passa por “fazer da UCC uma unidade de qualidade em Cuidados de Saúde Primários em termos de satisfação dos cidadãos e dos profissionais, disponíveis para inovar e responder às necessidades da população” e os valores são os seguintes: “Co-responsabilidade”, “Acessibilidade”, “Satisfação”, “Qualidade” e “Competência” (ULSAM, EPE, 2020).

Na sua carteira de serviços, a UCC assume o desenvolvimento dos seguintes projetos/atividades:

Saúde Escolar e Saúde Oral - Programa de Educação Sexual em Saúde Escolar; Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar; Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral; Programa Nacional de Vacinação; Inclusão Escolar; Programa de Escolas Livres de Tabaco;

Promoção da Parentalidade Saudável - Curso de Preparação para a Parentalidade e Nascimento; Curso de Recuperação Pós-parto; Curso de Massagem Infantil;

ECCI - Programa de Reabilitação; Projeto Respirar bem, viver melhor; Projeto A Pessoa com Asma/DPOC (Re) Habilitar na Comunidade; Programa de Ação Paliativa;

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;

Rede Social - CSIF do Vale do Neiva; CSIF de Alvarães, Vila Franca e União de Freguesias de Mazarefes e Vila Fria;

Outras parcerias (ULSAM, EPE, 2020).

CAPÍTULO III. ESTUDO EMPÍRICO

3.1. METODOLOGIA

Neste capítulo, irá ser efetuada descrição dos procedimentos metodológicos do estudo de investigação que incide nas dificuldades em cuidar a pessoa idosa dependente no domicílio numa região do Alto Minho.

A fase metodológica procura “determinar um certo número de operações e de estratégias, que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, que indicará o percurso a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação / difusão” (Fortin, 2009, p.211), assim neste capítulo, procede-se à clarificação da questão de partida, definem-se os objetivos e a finalidade do estudo. Apresenta-se e justifica-se o tipo de estudo, a população e a amostra que integraram o estudo. Definimos, ainda, as variáveis que estudamos, descrevemos os instrumentos de colheita de dados, procedimento de recolha de dados e o tratamento de dados e, por fim, os aspetos éticos que estiveram presentes na realização deste estudo.

3.1.1. Questão de Partida, Objetivos e Finalidade

Cada vez mais, com o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, maior prevalência de morbilidades incapacitantes física e psicologicamente, têm surgido em Portugal pessoas idosas com incapacidade para cuidar de si próprias, necessitando de ajuda no seu dia a dia.

Apesar da dependência não resultar somente do envelhecimento, é, em grande parte, uma das suas conseqüências. Por este motivo, quando se torna evidente a necessidade de apoio, o idoso dependente é, na maioria dos casos, cuidado pela sua família, que naturalmente assume o papel de cuidador informal de cuidados (Felipe et al, 2020, Sequeira, 2010).

Dada ainda a incerteza da caracterização exata do perfil do cuidador informal na UCC na qual se realizou o ENP, emerge assim esta necessidade. Torna-se pertinente realizar uma investigação acerca do perfil do cuidador informal, e das dificuldades percebidas pelo mesmo ao cuidar a pessoa idosa dependente no domicílio, uma vez que quando se assume o papel de cuidador informal traz, conseqüentemente, impacto na vida dos mesmos.

Torna-se emergente intervir, ajudar, escutar e apoiar, pelo que é necessário identificar quais as maiores dificuldades do cuidador informal para se poder atuar e dar todo o suporte necessário.

Concomitantemente é competência do EEEEC na área de ESCSP contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, sendo que para tal “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” especificamente “Pesquisa e diagnostica problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas” (Regulamento n.º 428/2018, p.19356).

É ainda referido no regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no enunciado descritivo 3.3. Prevenção das complicações, que o EEEEC na área de ESCSP “Na procura permanente da excelência do exercício profissional [...] previne complicações para a saúde dos grupos/comunidades” (Regulamento n.º 348/2015, p.16483).

Neste âmbito emergiu a seguinte questão de investigação “Quais são as dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais ao cuidarem da pessoa idosa dependente no domicílio?”

Face à questão de investigação enunciada, o objetivo geral deste estudo é caraterizar as dificuldades percecionadas pelo cuidador informal ao cuidar a pessoa idosa dependente no domicílio.

Como objetivos específicos consideramos os seguintes:

- Identificar a perceção dos cuidadores informais quanto aos problemas relacionados com a pessoa dependente;
- Identificar a perceção dos cuidadores informais quanto às reações aos cuidados prestados;
- Identificar a perceção dos cuidadores informais quanto às exigências físicas e restrições na vida social;
- Identificar a perceção dos cuidadores informais quanto ao apoio familiar e profissional;
- Identificar a perceção dos cuidadores informais quanto a problemas financeiros.

3.1.2. Tipo de Estudo

De acordo com Coutinho (2011) o objetivo do estudo investigativo tem a importante função de dirigir a atenção do investigador para o fenómeno em análise, tornando-se um “guia” na investigação. Deste modo, face à questão de investigação e aos objetivos delineados, este estudo assenta numa abordagem quantitativa, sendo um tipo de estudo descritivo, observacional e transversal.

É um estudo descritivo uma vez que se pretende identificar e descrever os dados de caracterização sociodemográfica e as dificuldades percebidas pelos cuidadores informais acerca das suas dificuldades em cuidador de idosos dependentes no domicílio. Relativamente a este tipo de estudo, Fortin (2009) refere que “a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”(p.255).

Trata-se de um estudo observacional pois não existe intervenção da investigadora, isto é, baseia-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente da investigadora (Fortin, 2009).

Quanto ao tempo em que ocorre, é um estudo transversal, pois mede “a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema de uma população num dado momento” (Fortin, 2009, p.252), permitindo uma “fotografia” da situação em análise.

3.1.3. População e Amostra

A primeira etapa do processo de amostragem consiste em precisar a população a ser estudada. O que se pretende é que todos os elementos da população apresentem as mesmas características, de acordo com o objetivo do estudo. A população que é objeto do estudo é denominada de “população alvo” e deve satisfazer os critérios de seleção definidos previamente (Fortin, 2009).

A população do nosso estudo é formada por 46 cuidadores informais de utentes idosos dependentes, inscritos numa unidade de saúde do Alto Minho.

Consideraram-se, como critérios de inclusão da população alvo deste estudo, os cuidadores informais de utentes, inscritos na UCC de Barroelas, que reunissem os requisitos seguintes:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;

- Ser cuidador informal de um doente com idade igual ou superior a 65 anos e classificado como dependente pela Escala de Barthel;
- Aceitar participar de livre vontade, após esclarecimento dos objetivos do estudo, dos aspetos éticos e de todas as dúvidas por si colocadas.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, a amostra ficou constituída por 40 cuidadores informais.

3.1.4. Instrumento de recolha de dados

A decisão de escolher os instrumentos e o método que melhor se adapta ao estudo cabe ao investigador. Esta escolha deve ser feita em função das principais variáveis e do tipo de análise prevista (Fortin, 2009).

Segundo a mesma autora, a escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou da variável e dos instrumentos disponíveis (Fortin, 2009).

Os instrumentos utilizados para colheita de dados foram: um questionário sociodemográfico e contextual (apêndice I), a Escala Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI), versão portuguesa de Brito e Barreto (2000) (anexo I) e a Escala de Barthel (anexo II).

O questionário é um dos instrumentos mais utilizados na investigação. Método este que, se usado de forma correta, é um poderoso instrumento na obtenção de informações, tendo um custo razoável, garantindo o anonimato e, sendo de fácil manejo na padronização dos dados, ao mesmo tempo que garante uniformidade (Chaer et al, 2012).

O questionário sociodemográfico e contextual foi elaborado pela investigadora, com o propósito de recolher informação fatural sobre o cuidador informal, após a revisão de literatura sobre a problemática. É composto por 11 questões fechadas e possibilitou a colheita de dados relativos à idade, ao sexo, ao estado civil, às habilitações literárias, à situação profissional, à composição do agregado familiar, ao número de anos como cuidador informal, ao tempo diário destinado à prestação de cuidados, ao grau de parentesco com a pessoa cuidada, à coabitação ou não com a pessoa que cuida e ao apoio das redes sociais. Foi ainda, contemplada uma breve caracterização do idoso alvo dos cuidados (género e idade). Procurou-se que o questionário obedecesse a uma apresentação uniformizada, com ordem lógica e que promovesse o anonimato.

A CADI, segundo os autores (Nolan et al, 1998; tradução portuguesa de Brito & Barreto, 2000), tem como objetivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados a idosos, bem como a maneira como, em cada caso, os prestadores de cuidados percebem e vivenciam essas dificuldades e que alterações podem ocorrer na prestação de cuidados, na sua vida social, na sua saúde e na situação económica, relacionamentos (pessoa cuidada e restante família) e apoio profissional.

Este instrumento é composto por 30 itens que traduzem situações tradutoras de dificuldades/perturbação. Para cada item o cuidador tem quatro possibilidades de resposta: Não acontece no meu caso (1); Acontece, mas não me perturba (2); Acontece e causa-me alguma perturbação (3); Acontece e perturba-me muito (4).

Os autores originais Nolan, Grant e Keady (1996) e os autores da versão portuguesa (Brito e Barreto, 2000) agruparam às dificuldades e respetivos itens em sete dimensões, que se apresentam no quadro nº 1.

Quadro 1- Dimensões da CADI

Dimensões	Nº dos Itens
Problemas Relacionados com a Pessoa Dependente	5, 11, 12, 14, 22, 25, e 26
Reações à Prestação de Cuidados	1, 2, 9, 17, 19, 29, 30 e 3
Exigências de Ordem Física na Prestação de Cuidados	6, 10, 13, 15, 23, 24
Restrições na Vida Social	8, 18, 20,
Deficiente Apoio Familiar	16, 28
Deficiente Apoio Profissional	7, 27
Problemas Financeiros	4, 21

Brito e o Barreto (2000) concluíram, no seu estudo, que se trata de um instrumento com um nível elevado de fidelidade, uma vez que este instrumento apresentou um alpha de Cronbach de 0,927.

O teste de Chronbach's Alpha é uma medida que permite a

... verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica... (Pestana & Gageiro, 2005, p.526)

e traduz a fiabilidade de um instrumento na medição de uma característica. No estudo que efetuamos o valor de alfa de Cronbach foi de 0,793, inferior ao encontrado pelos autores da CADI, contudo, ainda considerado com uma fiabilidade razoável.

A escala de Barthel, que avalia o nível de dependência das pessoas para a realização de dez atividades básicas de vida diária: evacuar, urinar, higiene pessoal, ir casa de banho, alimentar-se, deslocações, mobilidade, vestir-se, escadas e tomar banho (Sequeira, 2007).

No nosso estudo foi aplicada a versão modificada do índice de Barthel, validada para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto em 2007. (Araújo et al, 2007). Os mesmos autores concluíram, no seu estudo, que se trata de um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alpha de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$.

No atual estudo o valor do alpha de Cronbach foi de 0,85.

3.1.5. Procedimentos de Recolha de Dados

Após o consentimento da comissão de ética (apêndice III), deu-se início ao processo de recolha de dados, que decorreu de 1 de maio a 30 junho de 2022.

Numa primeira fase, procedeu-se à recolha da listagem dos utentes inscritos nos programas de saúde, da unidade de saúde em estudo, com 65 ou mais anos e com a classificação de dependentes. Após aquisição da listagem, foram contactadas as enfermeiras de referências de cada utente, de forma a esclarecer dados sobre os utentes em causa. Durante este processo, procedeu-se também à aplicação da escala de Barthel como forma de avaliar e confirmar o nível de dependência da pessoa na realização de dez atividades básicas de vida diária. Após todos os contatos, emerge uma listagem de 40 pessoas idosas dependentes.

Em seguida, procedeu-se ao contato telefónico das famílias com intuito de explicar o estudo e se proceder ao agendamento da visita no domicílio.

Aquando da visita no domicílio, procedeu-se ao esclarecimento de dúvidas e reforço das intenções. Foram dados a conhecer, novamente, os objetivos, efetuados esclarecimento sobre o anonimato, confidencialidade, liberdade de participar ou não, e a possibilidade de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

O preenchimento dos questionários deveria, como inicialmente tinha sido previsto, ter sido efetuado pelos cuidadores informais, o que não se verificou na sua totalidade, face ao baixo nível de escolaridade de muitos deles, aliado ao grau de dificuldade que o preenchimento dos instrumentos de colheita de dados poderia representar. Deste modo, à exceção de dois questionários, todos os outros foram preenchidos pelo investigador.

3.1.6. Tratamento de Dados

O tratamento dos dados obtidos pelas escalas (Índice de Barthel e CADI) e pelo questionário, foi efetuado com recurso ao programa IBM Statistical Package for Social Sciences® (SPSS), versão 28, no qual foi construída uma base de dados e foram efetuadas as provas estatísticas consideradas adequadas.

Foi realizada uma análise descritiva, recorrendo-se às frequências absolutas (n_i) e frequências relativas (f_i). Nas variáveis quantitativas também se utilizaram as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (amplitude e desvio padrão).

3.1.7. Aspetos Éticos

A investigação levanta questões de ordem ética que devem ser acauteladas, sempre com o objetivo primordial de garantir os direitos inalienáveis dos intervenientes no processo de investigação.

Nesta perspetiva, foi sempre nosso propósito que a defesa das questões éticas perpassasse todo o projeto de investigação.

Para a utilização da Escala Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI), versão portuguesa de Brito e Barreto (2000), procedeu-se ao pedido de autorização, via e-mail, tendo este sido concedido a 21 de março de 2022 (apêndice II).

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da ULSAM, EPE (apêndice III).

Todos os participantes foram informados sobre as características do estudo e solicitou-se a sua autorização para participação no mesmo, foi garantida a privacidade, a confidencialidade e o anonimato dos participantes e também dos dados recolhidos.

Após o esclarecimento aos participantes dos objetivos e finalidade do estudo, procedeu-se então, à assinatura do consentimento informado (apêndice IV) tanto pelo participante

como pela investigadora. De forma a assegurar o anonimato dos participantes, foi atribuído um código numérico a cada instrumento utilizado, seguindo a ordem da realização dos questionários. Na base de dados criada, não foi efetuada qualquer forma de identificação dos envolvidos. Qualquer dado recolhido durante o estudo foi apenas utilizado para âmbito académico e de investigação.

3.2. RESULTADOS

Na apresentação dos resultados iniciamos pela caracterização sociodemográfica dos prestadores de cuidados e de aspetos que contextualizam a prestação de cuidados, como a coabitação e o grau de parentesco com a pessoa que é cuidada, há quanto tempo são cuidadores informais dessa pessoa e o apoio recebido. São ainda apresentados dados de caracterização da pessoa cuidada, nomeadamente a idade e o sexo. Em seguida, damos a conhecer os resultados de acordo com os objetivos delineados para o estudo.

Utilizamos tabelas e quadros como elementos agregadores e facilitadores da visualização da informação.

3.2.1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico dos Cuidadores Informais da Pessoa Dependente no Domicílio

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica (tabela 1), verifica-se que os 40 cuidadores informais que integram o estudo são maioritariamente do sexo feminino (97,5%). A idade está compreendida entre os 39 e os 82 anos, sendo a média de 60,35 anos e a mediana de 60,5 anos. Quando agrupados por grupos etários, observa-se que o grupo etário mais representado é o de 61-70 anos, com 30,0%, seguido do grupo etário 51-60 anos, com 25,0% e do grupo etário 41-50 anos, com 17,5%.

Relativamente ao estado civil, a maioria (62,5%) referiu que é casado ou vive em união de facto, 25% que são solteiros, seguindo-se 7,5% que são divorciados ou separados e 5,0% que são viúvos.

No que respeita às habilitações literárias, 35,0% concluíram o 1º ciclo do ensino básico (4º ano) e 25,0% concluíram o 2º ciclo do ensino básico (6º ano). A percentagem de cuidadores informais que concluíram o ensino secundário (12º ano) e o ensino superior

é igual (12,5%). De salientar que 5,5% dos cuidadores informais não concluíram qualquer ciclo de estudos, embora 5,0% destes, saiba ler e escrever.

Quanto à situação profissional ou ocupação do cuidador informal, a maior percentagem (30%) refere ser doméstica, 25,0% são reformados, 22,5% exercem uma profissão (empregadas fabris, administrativa, costureira e socorrista), 17,5% estão em situação de desemprego e 5,0% exercem uma profissão em tempo parcial, referindo prestar serviços esporádicos como de jornaleira ou ama.

A grande maioria (92,5%) dos cuidadores informais vive na mesma casa que o idoso dependente.

Tabela 1- Distribuição dos cuidadores informais, segundo as características sociodemográficas (n=40)

<i>Características</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>
Sexo		
Feminino	39	97,5
Masculino	1	2,5
Escalões etários		
30-40 anos	1	2,5
41-50 anos	9	22,5
51-60 anos	10	25,0
61-70 anos	12	30,0
71- 80 anos	7	17,5
81-90 anos	1	2,5
Estado Civil		
Casado/ união de fato	25	62,5
Solteiro	10	25,0
Viúvo	2	5,0
Divorciado/ separado	3	7,5
Habilitações Literárias		
Sem escolaridade	1	2,5
Sabe ler e escrever	2	5
1ºciclo ensino básico (4ºano)	14	35,0
2ºciclo ensino básico (6ºano)	10	25,0
3ºciclo ensino básico (9ºano)	3	7,5
Ensino secundário	5	12,5
Ensino superior	5	12,5
Situação Profissional/ Ocupação		
Empregado	9	22,5
Desempregado	7	17,5
Doméstico	12	30
Estudante	-	0,0
Reformado	10	25
Outra	2	5

A tabela 2 mostra que quanto ao grau de parentesco, 62,5% dos cuidadores informais são filhos (as) da pessoa que cuidam, 20,0% são conjugues, 7,5% são noras ou genros e 10,0% tem outro grau de parentesco, sendo que destes, 7,5% são sobrinhas e 2,5% é um primo.

No que se refere ao tempo, em anos, de prestação de cuidados ao idoso dependente, verifica-se que na maior parte dos casos (55,0%) a prestação de cuidados tinha um tempo de duração entre 1 e 5 anos, seguindo-se de uma percentagem de 32,5% que prestam cuidados entre os 6 e os 10 anos. A mesma percentagem (5,0%) presta cuidados entre os 11 e os 15 anos e entre os 16 e os 20 anos, tendo os restantes 2,5% dos casos, um tempo de duração entre os 26 e os 30 anos.

Quando questionados sobre se recebiam qualquer tipo de apoio, 62,5% respondeu afirmativamente e os restantes 37,5% respondeu não ter recebido ou não necessitar de qualquer tipo de apoio. Dos 62,5% que referiram ter ajuda, 27,5% dos casos referiram receber ajuda regular de familiares, 22,5% referiram receber ajuda de instituições de solidariedade social ou dos serviços de saúde (nomeadamente de ajudantes de saúde) e os outros 12,5% casos referiram ter ajuda de amigos.

Tabela 2 - Distribuição dos cuidadores informais, segundo a relação de parentesco, tempo de prestação de cuidados e o apoio recebido (n=40)

<i>Características</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>
Relação de parentesco com o idoso dependente		
Conjuge	8	20,0
Filho (a)	25	62,5
Irmão (ã)	-	0,0
Pai	-	0,0
Mãe	-	0,0
Tio (a)	-	0,0
Sogro (a)	3	7,5
outro	4	10,0
Tempo de prestação de cuidados ao idoso dependente		
1-5 anos	22	55,0
6-10 anos	13	32,5
11-15 anos	2	5,0
16-20 anos	2	5,0
21-25 anos	-	0,0
26-30 anos	1	2,5
Vive na mesma casa com o idoso dependente		
Sim	37	92,5
Não	3	7,5
Recebe apoio		
Sim	25	62,5
Não	15	37,5

Os quarenta idosos dependentes que são cuidados pelos cuidadores da amostra, têm idades compreendidas entre os 68 e os 101 anos, sendo a média de $85,4 \pm 8,07$ anos. A grande maioria dos idosos (77,5%) tem idade igual ou superior a 80 anos e são do sexo feminino (72,5%).

3.2.2. Dificuldades Percecionadas pelos Cuidadores Informais no Cuidar a Pessoa Idosa Dependente no Domicílio

Identificar a percepção dos cuidadores informais quanto aos problemas relacionados com a pessoa dependente

Relativamente à percepção dos cuidadores informais quanto aos problemas relacionados com a pessoa dependente (tabela 3), verifica-se que a maior parte das situações apresentadas (itens 12, 14, 22, 25 e 26) não constituíram uma perturbação para os cuidadores informais, ao afirmarem que a situação “Não aconteceu no meu caso” ou “Não me perturba”, respetivamente com 95,0%, 57,5%, 65,0%, 55,5% e 90,0%. Contudo, nos itens 14 – “A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia” e 25 – “O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas” apresentaram percentagens muito próximas, respetivamente, 42,5% e 45,0%, de cuidadores informais que sentiram que estas situações causaram alguma ou muita perturbação.

As situações apresentadas nos itens 5 e 11 foram as que causaram mais perturbação, com 72,5% e 75,0% dos cuidadores informais a considerarem que lhes causou alguma ou muita perturbação. Foi a situação 5 – “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim” a que obteve maior percentagem na resposta “Perturba-me muito”, com 20,0% dos cuidadores informais a assinalarem-na. Em contrapartida, a situação 12 – “Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido” foi a que menos ocorreu, com 87,5% a afirmarem que “Não aconteceu no meu caso”.

Tabela 3 -Dimensão “Problemas Relacionados com a Pessoa Dependente” da CADI

Itens		Não		Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito	Total
		aconteceu no meu caso	Não me perturba			
5 – A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	ni	7	4	21	8	40
	fi	17,5	10,0	52,5	20,0	100,0
11 - Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	ni	6	4	26	4	40
	fi	15,0	10,0	65,0	10,0	100,0
12 - Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	ni	35	3	1	1	40
	fi	87,5	7,5	2,5	2,5	100,0
14 - A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	ni	13	10	16	1	40
	fi	32,5	25,0	40,0	2,5	100,0
22 - A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	ni	19	7	13	1	40
	fi	47,5	17,5	32,5	2,5	100,0
25 - O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	ni	9	13	17	1	40
	fi	22,5	32,5	42,5	2,5	100,0
26 - Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	ni	25	11	4	0	40
	fi	62,5	27,5	10,0	0,0	100,0

Identificar a perceção dos cuidadores informais quanto às reações aos cuidados prestados

A análise da tabela 4, relativa à perceção dos cuidadores informais quanto às reações à prestação de cuidados, permite-nos afirmar que a maior parte dos cuidadores informais considera que as situações reportadas nos itens 1, 2, 9, 19 e 29, causam alguma ou muita perturbação, sendo que a situação 2 - “Por vezes sinto-me de «mãos atadas»/sem poder fazer nada para dominar a situação” é considerada muito perturbadora para 27,5% dos cuidadores informais. As situações apresentadas nos itens 17 e 30 parecem ter sido as menos perturbadoras já que a maioria dos cuidadores informais referiu que a situação não ocorreu com ele ou não o perturbou. Contudo, na situação 17 – “Esta situação faz-me sentir irritado”, quando analisada a resposta isoladamente, a maior percentagem de cuidadores informais (30,0%) considerou que foi causadora de alguma perturbação.

Tabela 4 -Dimensão “Reações à Prestação de Cuidados” da CADI

Itens		Não		Causa-me alguma perturbação	Perturba- me muito	Total
		aconteceu no meu caso	Não me perturba			
1 - Não tenho tempo suficiente para mim próprio	ni	2	10	21	7	40
	fi	5,0	25,0	51,0	17,5	100,0
2 - Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/ sem poder fazer nada para dominar a situação	ni	5	3	21	11	40
	fi	12,5	7,5	52,5	27,5	100,0
9 - Chega a transtornar as minhas relações familiares	ni	8	7	19	5	40
	fi	20,0	17,5	47,5	12,5	100,0
17 - Esta situação faz-me sentir irritado	ni	11	11	14	4	40
	fi	27,5	27,5	35,0	10,0	100,0
19 - Esta situação está a transtornar-me os nervos	ni	5	3	23	9	40
	fi	12,5	7,5	57,5	22,5	100,0
29 - Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	ni	2	5	29	4	40
	fi	5,0	12,5	72,5	10,0	100,0
30 - Esta situação faz-me sentir culpado	ni	23	5	12	0	40
	fi	57,5	12,5	30,0	0,0	100,0

Identificar a perceção dos cuidadores informais quanto às exigências físicas na prestação de cuidados e restrições na vida social

No que se refere à perceção dos cuidadores informais quanto às exigências físicas aquando da prestação de cuidados (tabela 5), verifica-se que das seis situações que incluem esta dimensão, os quatro itens relativos à exigência física do cuidador informal (itens 10, 13, 15 e 23), são referidos pela maior parte dos cuidadores informais como causadores de alguma ou de muita perturbação. Destes, os itens 10 – “Deixa-me muito cansado fisicamente” e 15 – “Ando a dormir pior por causa desta situação” são os que são reportados por maior percentagem de cuidadores informais, respetivamente por 87,5% e 77,5%. Em contrapartida, os itens que se relacionam com as alterações físicas da pessoa cuidado (itens 6 e 24) são os que menos perturbam o cuidador informal ou nem sequer são um problema, com respetivamente, 52,5% e 55,0% dos cuidadores informais a referirem-no.

Tabela 5 - Dimensão “Exigências de Ordem Física na Prestação de Cuidados” da CADI

Itens		Não		Causa-me alguma perturbação	Perturba- me muito	Total
		aconteceu no meu caso	Não me perturba			
6 - A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	ni	8	13	16	3	40
	fi	20,0	32,5	40,0	7,5	100,0
10 - Deixa-me muito cansado fisicamente	ni	2	3	26	9	40
	fi	5,0	7,5	65,0	22,5	100,0
13 - A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	ni	3	10	24	3	40
	fi	7,5	25,0	60,0	7,5	100,0
15 - Ando a dormir pior por causa desta situação	ni	6	3	17	14	40
	fi	15,0	7,5	42,5	35,0	100,0
23 - A minha saúde ficou abalada	ni	7	7	21	5	40
	fi	17,5	17,5	52,5	12,5	100,0
24 - A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	ni	6	16	18	0	40
	fi	15,0	40,0	45,0	0,0	100,0

Os três itens relativos às restrições na vida social (tabela 6) são assinalados pela maior parte dos cuidadores informais como causadores de alguma ou muita perturbação, todos com percentagens iguais ou superiores a 70,0%. De salientar que o item 8 – “Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto”, foi sentido por todos os cuidadores informais, apesar de para 22,5% não ser uma situação perturbadora.

Tabela 6- Dimensão “Restrições na Vida Social” da CADI

Itens		Não		Causa-me alguma perturbação	Perturba- me muito	Total
		aconteceu no meu caso	Não me perturba			
8 - Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	ni	0	9	25	6	40
	fi	0,0	22,5	62,5	15,0	100,0
18 - Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	ni	5	7	19	9	40
	fi	12,5	17,5	47,5	22,5	100,0
20 - Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	ni	6	4	20	10	40
	fi	15,0	10,0	50,0	25,0	100,0

Identificar a percepção dos cuidadores informais quanto ao apoio familiar e profissional

Da análise à tabela 7, conclui-se que as duas situações apresentadas relacionadas com deficiente apoio familiar, são consideradas pelos cuidadores informais como causadoras de alguma ou muita perturbação, com uma percentagem de 55,0% no item 16 de 60,0% no item 28. Há ainda, 35,0% e 27,5% de cuidadores informais que consideram que as duas situações assinaladas, respetivamente, no item 16 e no item 28, não aconteceram no seu caso.

Tabela 7 - Dimensão “Deficiente Apoio Familiar” da CADI

Itens		Não aconteceu no meu caso		Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito	Total
		ni	fi			
16 - As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	ni	14	4	18	4	40
	fi	35,0	10,0	45,0	10,0	100,0
28 - Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	ni	11	5	18	6	40
	fi	27,5	12,5	45,0	15,0	100,0

No que concerne ao apoio dos profissionais (tabela 8), nas duas situações apresentadas a grande maioria dos cuidadores informais consideram que não sentiram que o apoio tenha sido deficiente, com 95,0% a dizerem que relativamente ao item 7 – “Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam”, foi uma situação que não aconteceu no seu caso, verificando-se o mesmo, mas numa percentagem, de 80,0% no item 27 – “Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais”

Tabela 8- Dimensão “Deficiente Apoio Profissional” da CADI

Itens		Não aconteceu no meu caso		Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito	Total
		ni	fi			
7 - Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	ni	38	0	2	0	40
	fi	95,0	0,0	5,0	0,0	100,0
27 - Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	ni	32	0	8	0	40
	fi	80,0	0,0	20,0	0,0	100,0

Identificar a percepção dos cuidadores informais quanto a problemas financeiros

Quanto aos problemas financeiros que possam decorrer da prestação de cuidados a um idoso dependente (tabela 9), verifica-se que as opiniões dos cuidadores informais são diferentes nos dois itens. Enquanto na situação 4 – “Traz-me problema de dinheiro” a maior parte (60,0%) referiu que não aconteceu ou que não o perturbou, na situação 21 – “A qualidade da minha vida piorou”, 90,0% considerou que foi causadora de alguma ou de muita perturbação.

Tabela 9 - Dimensão “Problemas Financeiros” da CADI

Itens		Não		Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito	Total
		aconteceu no meu caso	Não me perturba			
4 - <i>Traz-me problema de dinheiro</i>	ni	14	10	15	1	40
	fi	35,0	25,0	37,5	2,5	100,0
21 - <i>A qualidade da minha vida piorou</i>	ni	3	1	29	7	40
	fi	7,5	2,5	72,5	17,5	100,0

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Numa fase inicial, discutimos a caracterização sociodemográfica dos cuidadores, bem como do contexto da prestação de cuidados.

Todos os cuidadores informais que compõem esta amostra, prestam cuidados, no seu domicílio ou no domicílio do idoso dependente.

Os cuidadores informais que constituem a amostra do estudo, são maioritariamente do sexo feminino (97,5%), com uma média de idades 60,35 anos, sendo a média de idade superior à encontrada noutros estudos, nomeadamente no de Brito (2000), cuja a média de idades foi de 51,7 anos de idade, no de Félix (2008), a média de idades é de 53,7 anos de idade e no estudo de Pereira (2018), a média de idades é de 57,6 anos. Estas diferenças podem estar relacionadas com o contexto (urbano ou rural) e o ano em que os estudos foram realizados.

Já a predominância do género feminino é uma característica comum aos estudos consultados, (Brito, 2000; Carvalho, 2015; Félix, 2008; Pereira, 2018; Sequeira, 2010) e poderá estar relacionada com questões culturais e sociais onde é esperado que seja a mulher a desempenhar essa função. No entanto, existem mudanças no papel atribuído à mulher, que atualmente passou a exercer funções relevantes na vida profissional e social, que estão a contribuir para o facto de os homens serem mais participativos relativamente aos cuidados dos mais velhos (Sequeira, 2010). Apesar de a literatura (Carvalho, 2015; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010) afirmar, que o género masculino está cada vez mais colaborante na prestação de cuidados, o que verificamos é que na nossa amostra estão apenas representados com 2,5%.

Relativamente ao grau de parentesco com o idoso dependente, são os membros da família direta, maioritariamente os filhos(as), seguidos dos cônjuges dos cuidadores, que são responsáveis pelo cuidar. Brito (2000, p.19) afirma que “praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maioria dos cuidados a idosos dependentes serem prestados pelas filhas”. No entanto, noutros estudos (Carvalho, 2015; Figueiredo, 2007; Ramos, 2012) o principal suporte na prestação de cuidados é dado pelos cônjuges e só depois surgem os filhos como segundo meio de apoio.

Hanson (2005) também verificou que quando a pessoa idosa é casada, normalmente, é o cônjuge que assume a responsabilidade da prestação de cuidados e que se o cônjuge não existir, são as filhas ou as noras que surgem com o papel de prestador de cuidados. Verificou ainda, que quando não há filhos, são outros membros da família, na sua

maioria do sexo feminino, como sobrinhas, irmãs, que assumem esse papel. Aos homens normalmente cabe um papel de apoio e afeto ao cuidador principal.

Dos dados obtidos no estudo, os cuidadores informais, são na sua maioria casados ou vivem em união de facto, são domésticas, possuem baixo nível de escolaridade e coabitam com o idoso que cuidam o que também se encontra nos estudos de Brito (2000), Carvalho (2015), Félix (2008), Pereira (2018), Ramos (2012) e Sequeira (2007). No que concerne às habilitações literárias, apesar de a maioria revelar baixo nível de escolaridade, verificamos que 12,5% dos cuidadores informais possuem ensino secundário e 12,5% possui formação no ensino superior. A baixa escolaridade corrobora os achados de outros estudos (Brito, 2000; Carvalho, 2015; Pereira, 2018) e também a pouca escolaridade a nível nacional. Segundo os dados apresentados no Censos 2021, a taxa de analfabetismo registada é de 3,1%, correspondente a 292 809 indivíduos com 10 ou mais anos que não sabem ler nem escrever, comparativamente a 2011, apresenta um decréscimo de 2,1% ano em que este indicador se situava nos 5,2%. Verifica-se que de acordo com a distribuição geográfica, a taxa de analfabetismo por municípios mostra uma dicotomia entre os municípios do litoral e os do interior, sendo que é no interior que se encontram os valores mais elevados, resultado do maior envelhecimento populacional. Quanto á análise por sexo, a taxa de analfabetismo nas mulheres (3,1%) é superior à dos homens (2,1%).

Mesmo assim, ainda com o decréscimo da taxa de analfabetismo, estes valores são significativos e preocupantes.

No que se refere ao tempo em anos de prestação de cuidados ao idoso dependente, verifica-se que na maior parte dos casos (55%) a prestação de cuidados tinha um tempo de duração entre 1 e 5 anos, seguindo-se 32,5% entre 6 e 10 anos de evolução, estes dados corroboram com alguns estudos encontrados na literatura (Brito, 2000; Pereira 2018). No estudo de Brito (2000), uma grande parte dos cuidadores informais, (41,5%) prestavam cuidados entre 1 e 5 anos, sendo que 26,8% desses os cuidadores informais prestavam cuidados há mais de 10 anos. O mesmo estudo acrescenta que 19,5% dos cuidadores informais, cuidavam há menos de um ano e restantes 12,2% tinham um tempo de cuidados entre 5 e 10 anos.

Figueiredo (2007) refere que os dados relativos ao tempo raramente são precisos e reais, uma vez que os cuidadores informais apresentam dificuldade em datar o início de cuidados, porque não sendo coincidentes com situações marcantes, começam sempre de forma subtil e gradual.

Relativamente às ajudas na prestação de cuidados, 27,5% os cuidadores informais, referiram receber ajuda regular de familiares, 22,5% referiram receber ajuda de instituições de solidariedade social ou dos serviços de saúde (nomeadamente de ajudantes de saúde) e os outros 15% dos cuidadores informais referiram ter ajuda de amigos, ao contrário do que se pode observar nos estudos de Brito (2000) e Félix (2008). No estudo de Brito (2000), 68,3% dos prestadores de cuidados referiu não ter tido ajuda regular para a prestação de cuidados. Dos 31,7% que referiram ter ajuda regular, 7 os cuidadores informais relataram receber ajuda de instituições de solidariedade social e dos serviços de saúde e os restantes 6 os cuidadores informais de uma empregada a tempo parcial. No estudo de Félix (2008), o apoio formal foi obtido através de visitas domiciliárias para o apoio na prestação de cuidados, na maioria dos casos, durante cinco dias por semana por auxiliares do serviço de apoio domiciliário. No entanto, julgamos que estas diferenças se prendem com a população em estudo e os próprios critérios criados para o mesmo.

Quanto às características dos idosos dependentes no estudo efetuado, eram predominantemente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 80 e os 89 anos, embora se tenha encontrado também, um grupo importante de pessoas com mais de 90 anos (32,5%) o que nos mostra que cada vez mais o aumento do envelhecimento da população é um fator de preocupação e foco de atenção. Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura (Brito, 2000; Félix, 2008; Ramos, 2012; Sequeira, 2007).

Quanto à perceção dos cuidadores informais sobre os problemas relacionados com a pessoa dependente, a maior parte das situações que integram esta dimensão não foram consideradas pelos cuidadores informais como situações causadoras de perturbação, sendo que as situações consideradas perturbadoras, foram as relacionadas com o idoso que estão a cuidar, nomeadamente a situação 5 – “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim” e 11 – “Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”. Do mesmo modo, apesar de não serem situações apontadas pela maioria dos cuidadores informais, as situações assinaladas nos itens 14 (com 42,5% a considerarem-na perturbadora) e no item 25 (com 45,0% a considerarem-na perturbadora), também estão relacionadas com o idoso uma vez “A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia” e “O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas”. Também Félix (2008) e Sequeira (2007) encontraram valores semelhantes nos seus estudos.

Na avaliação da dimensão das percepções dos cuidadores informais às reações aos cuidados prestados, a maior parte das situações são consideradas como perturbadoras e relacionam-se com aspetos inerentes ao cuidador informal, como o pouco tempo para o cuidador cuidar de si (item 1) a dificuldade em prestar cuidados (item 2), as perturbações das relações familiares (item 9) ou constituírem situações perturbadoras do seu bem estar psicológico, plasmadas nos item 19 – “Esta situação está a transtornar-me os nervos” e 29 – “Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”. No estudo de Félix (2008) apenas são referidas como causando alguma perturbação, a falta de tempo que o cuidador tem para si próprio e a sensação de incapacidade de controlo da situação relativo à prestação de cuidados.

A grande maioria dos cuidadores informais, das seis situações expressas nos itens que compõem a dimensão das exigências físicas, identifica quatro (10, 13, 15 e 23) como causadoras de alguma ou muita perturbação, sendo estas situações relacionadas com as exigências ou perturbações físicas ou de saúde do próprio cuidador. As situações relacionadas com o idoso e que são reportadas no item 6 – “A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar” e no item 24 – “A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades”, não foram consideradas, pela maioria dos cuidadores, como perturbadoras, mas mesmo assim, assumem percentagens muito similares às dos cuidadores informais que as consideraram perturbadoras com, respetivamente, 47,5% e 45,0% a considerarem-nas. Relativamente, à avaliação da dimensão exigências de ordem física, da CADI, são referidos como causando alguma perturbação todos os itens da dimensão. Os cuidadores percecionam que os cuidados, conduzem a grandes dificuldades de ordem física.

Todos os itens da dimensão “Restrições na Vida Social” foram considerados como algo ou muito perturbadoras para os cuidadores informais, sendo assinalados pela grande maioria. Nesta dimensão, verifica-se que o prestar cuidados a um idoso dependente altera a vida social do cuidador informal (item 8 e 18), mas também priva o cuidador do descanso (item 20). Estes dados são semelhantes aos encontrados por Brito (2000) e Félix (2008).

Quanto à percepção sobre o deficiente apoio familiar e profissional, verificam-se duas situações diferentes. No apoio familiar as opiniões dos cuidadores informais são mais dispersas, embora se verifique que as duas situações são causadoras de perturbação, sendo mais percecionado na falta de apoio de alguns familiares (item 28, com 60,0%

dos cuidadores). Em contrapartida, a grande maioria dos cuidadores informais não percecionou a falta de apoio dos profissionais, referindo ter, quase sempre, de imediato o apoio necessário dos mesmos quando estes são solicitados. Os dados relativos ao apoio familiar não corroboram com alguns estudos encontrados. No estudo de Félix (2008), a maioria dos cuidadores referiu que o apoio familiar era escasso, acrescentando mesmo, que 30,0% dos cuidadores percecionaram alguma perturbação, pelo fato da família não lhes dar tanta atenção como gostariam, nem ajudarem tanto quanto poderiam.

Quanto à dimensão “Problemas Financeiros”, este aspeto não afetou 60,0% dos cuidadores informais, isto é, não foi considerado para a maioria dos cuidadores informais como uma perturbação. Não obstante, 89,0% dos cuidadores informais percecionam que “A qualidade da minha vida piorou” (item 21), acrescentando alguma ou até muita perturbação. Esta elevada percentagem, que emerge do nosso estudo, vai de encontro aos resultados de Sequeira (2010) que acrescenta encargos passivos relacionados com os cuidados prestados que, para além de muitas vezes deixarem de auferir rendimentos em prol do cuidar, também crescem gastos com os mesmos. Por outro lado, obtivemos alguns estudos (Félix, 2008; Pereira, 2018) que não corroboram com estes resultados, acrescentando que os problemas financeiros não representaram quaisquer dificuldades para a maioria dos cuidadores informais. É importante acrescentar que, nestes últimos estudos, a maior parte dos gastos inferidos aos cuidados prestados, foram suportados pelos rendimentos das pessoas dependentes, não resultando em encargos para os cuidadores informais.

3.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Terminado este percurso e tendo como foco o objetivo do estudo, destaca-se as conclusões mais significativas:

- Os cuidadores informais são, maioritariamente, do sexo feminino (97,5%), com uma média de idade de 60,35 anos de idade;
- Os cuidadores informais são, maioritariamente as filhas, seguidas dos cônjuges dos idosos, e coabitam com a pessoa cuidada;
- Os cuidadores informais são, na, sua maioria, casadas ou vivem em união de facto, são domésticas e com baixo nível de escolaridade;
- Na maior parte das situações (55,0%) a prestação de cuidados tem um tempo de duração entre 1 e 5 anos;
- Relativamente às ajudas na prestação de cuidados, 27,5% dos cuidadores informais recebem ajuda regular de familiares e 22,5% recebem ajuda de instituições de solidariedade social ou dos serviços de saúde;
- Os idosos dependentes são, predominantemente, do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 80 e os 89 anos;
- A falta de tempo que o cuidador informal tem para si, a sensação de incapacidade de controlo da situação relativa à prestação de cuidados, a interferência nas relações familiares, a perturbação do seu humor e stress e o constante sentimento de preocupação foram mencionadas como fonte de perturbação;
- Os cuidadores informais, percebem que os cuidados conduzem a grandes dificuldades de ordem física;
- Os cuidadores informais, percebem que a falta de apoio dos familiares é causadora de perturbação;
- Os cuidadores informais, percebem que os problemas financeiros não são mencionados como fonte de perturbação para a maioria dos cuidadores informais, no entanto, 89,0% dos cuidadores informais percebem que a qualidade de vida piorou, o que provoca perturbação.

Em relação aos aspetos metodológicos, este trabalho deparou-se com algumas barreiras sendo as mais importantes, o tempo e o tamanho da amostra.

Quanto à amostra, a sua dimensão, impõe desde logo limitações, uma vez que coloca reservas na interpretação dos resultados e na generalização das conclusões.

Relativamente ao tempo, conciliar os horários e limitações de tempo da investigadora/estudante com o dos cuidadores informais para a recolha de dados foi uma tarefa relativamente difícil. De reforçar que neste período, em simultâneo se realizava o ENP que exigia a participação semanal nas atividades exigidas, de forma a atingir os objetivos propostos para o mesmo.

Consideramos que este trabalho representa um grande e importante contributo, pois ajuda a objetivar com dados atuais um problema com o qual nos deparamos diariamente e que não pode ser ignorado. Enquanto profissionais de saúde, devemos intervir junto das entidades competentes e ajudar a criar redes de apoio direcionadas a todos os cuidadores informais. Este é um problema emergente, em constante crescimento e que requer, sem qualquer dúvida, a nossa atenção direcionando todos os esforços com o objetivo de alcançar o bem-estar do cuidador e do idoso cuidado.

A forma como é visto o envelhecimento social, os cuidadores informais e a própria sociedade está a mudar. Tudo isto se deve, essencialmente, à mudança de mentalidades e à constante ambição de querer saber mais sobre o ser humano.

A família e os cuidadores informais são os primeiros a dar resposta à dependência dos idosos. Estes recursos são de extrema importância, sendo uma das estratégias nacionais, da promoção do envelhecimento ativo, da adequação dos cuidados às pessoas mais idosas e da promoção e desenvolvimento de ambientes propícios à capacitação.

Com este estudo, reforçam-se aspetos já apontados por outros estudos sobre os cuidadores informais que continuam a ser cuidadores com dificuldades associadas aos cuidados, nomeadamente na prestação direta de cuidados, nas exigências de ordem física da prestação de cuidados e nos problemas relacionais com o idoso.

A identificação das necessidades é um processo complexo, uma vez que varia de acordo com o indivíduo/cuidador, a fase do processo de cuidados e o próprio contexto de cuidados em que ocorre.

Olhar para o cuidador informal como um todo, dar-lhe a atenção necessária e escutá-lo, resultará numa ajuda personalizada e direcionada à obtenção da diminuição das dificuldades, e conseqüentemente, a uma maior satisfação, possibilitando um melhor cuidado e níveis mais elevados de bem-estar de cuidador que está também a envelhecer.

Parece-nos fundamental, o investimento futuro em estudos com uma amostra mais alargada, no sentido de se atingir resultados mais reais.

Com uma sociedade a envelhecer, vai-se exigindo uma maior atenção, mais apoio e mais cuidados por parte de quem cuida. O reconhecimento de que os cuidadores são

pedras basilares no cuidado aos idosos deve ser uma prioridade para as políticas sociais, de modo a que quem cuida não fique por cuidar.

**CAPÍTULO IV. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

De acordo com o protocolo de estágio, o presente relatório tem como um dos principais objetivos, espelhar de forma reflexiva e crítica as atividades desenvolvidas em contexto real de trabalho, baseado nos referenciais teóricos ESCSP, em que se explicita todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como, o processo de aquisição de competências específicas EEEC na área de ESCSP, nos termos respetivamente do Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro e do Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, da OE, incluindo a componente de investigação, bem como o documento orientador do ENP (IPVC, 2021^a). Os objetivos de aprendizagem/competências definidos para atingir no ENP encontram-se descritos no documento orientador do ENP (IPVC, 2021^a).

Neste capítulo será efetuada uma reflexão sobre o caminho percorrido de forma a espelhar o percurso efetuado até aqui, como, uma descrição dos contributos que todas estas aprendizagens e experiências tiveram para o desenvolvimento e aquisição de competências profissionais como EEEC na área de EESC e EESP.

O percurso formativo deste mestrado aportou três componentes de práticas clínicas, o Ensino Clínico Enfermagem de Saúde Pública, o Ensino Clínico Enfermagem de Saúde Comunitária e o Estágio de Natureza Profissional.

Os Ensinos Clínicos de Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitária decorreram na UCC de Ponte da Barca nos períodos, 27 de setembro de 2021 a 30 de novembro de 2021 e no período de 2 de dezembro de 2021 a 18 de fevereiro de 2022, respetivamente.

O concelho de Ponte da Barca situa-se no distrito de Viana do Castelo, inserido na região do Alto-Minho, localizada no norte de Portugal, pertencendo ao NUTS de nível III denominado de “Minho e Lima” e cuja área geográfica é de 182,11 km² (INE, 2020). Este concelho é delimitado por quatro concelhos do norte de Portugal, nomeadamente Ponte de Lima, Arcos de Valdevez, Vila Verde e Terras do Bouro e ainda com a comunidade autónoma da Galiza pertencente à Espanha (Município de Ponte da Barca, 2013). Encontra-se dividido em 17 freguesias, nomeadamente: Azias, Boivães, Bravães, Britelo, União de Freguesias de Crasto, Grovelas e Ruivos, Cuide de Vila Verde, União de Freguesias de Ermida, Entre-Ambos-os-Rios e Germil, Lavradas, Lindoso, Nogueira, Oleiros, União de Freguesias de Paço Vedro de Magalhães, Ponte da Barca e Vila Nova de Muía, União e Freguesias de Touvedo (Salvador e São Lourenço), Sampriz, União de Freguesia de Vila Chã (Santiago e São João), Vade de São Pedro de Vade e Vade de São Tomé (Município de Ponte da Barca, 2013).

A UCC de Ponte da Barca, integrada no ACES do Alto Minho, inserido na ULSAM, EPE, abrange uma área de cerca de 184,76 km² com 17 freguesias, e 11058 habitantes, segundo os censos de 2021 (INE, 2021). Para além da UCC, o CS de Ponte da Barca engloba a USF Terra da Nóbrega.

A UCC de Ponte da Barca é constituída por uma equipa multidisciplinar, 9 enfermeiros (1 enfermeiro especialista na área de saúde pública e comunitária, 1 enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, 1 enfermeiro especialista na área de saúde comunitária, 1 enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, 1 enfermeiro especialista na área de enfermagem de reabilitação e 3 enfermeiros graduados, sendo que 1 possui uma pós-graduação em cuidados paliativos), 1 médico, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta da fala, 1 psicólogo, 1 nutricionista e 1 assistente técnico (ULSAM,EPE, 2017).

A UCC desempenha as suas funções, baseada numa carteira de serviços. Os programas e projetos da carteira de serviços integram-se no plano de ação do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho, em estreita articulação com os parceiros: Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis; Grupo para a Promoção da Saúde (GPS); Cuidados Continuados Integrados (CCI); Cuidados Paliativos em Contexto Comunitário; DPOC – “Respirar Bem, Viver Melhor”; Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas – Prevenção e Controlo de Problemas ligados ao Álcool; IADEM - Investigação-Ação nas Demências e Saúde das Pessoas Idosas Frágeis (ULSAM,EPE, 2017).

O Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Pública teve como objetivos: Aplicar conhecimentos aprofundados no âmbito da Epidemiologia e da Enfermagem de Saúde Pública, em particular no âmbito do Planeamento em Saúde; Aplicar pressupostos sociopolíticos, ético-legais, ideológicos e teórico-metodológicos norteadores da intervenção especializada em Enfermagem Comunitária, na área de ESCSP selecionar/gerir a informação no âmbito do planeamento em saúde e da enfermagem de saúde pública; comunicar com grupos, comunidade, o poder loco-regional, meios de comunicação social e equipa multidisciplinar no âmbito da enfermagem de saúde pública; elaborar o diagnóstico de saúde de uma comunidade ou diagnóstico de situação de uma problemática prioritária dessa mesma comunidade.

Neste ensino clínico, foi realizado ao diagnóstico de situação de saúde, no âmbito de uma problemática considerada prioritária e foram apresentadas as prioridades

identificadas, sob a forma de relatório escrito, refletido e debatido individualmente e em plenário.

De forma a dar resposta aos objetivos pretendidos, foi efetuado um estudo da “Prevalência da doença crónica nos idosos frágeis inscritos numa unidade de saúde familiar do Alto Minho” com a finalidade de obter a estratificação das doenças crónicas da população alvo.

Tratou-se de um estudo quantitativo, não experimental e transversal, descritivo de cariz epidemiológico e analítico.

Este estudo abrangeu os idosos com idade igual ou superior a 75 anos inscrito na USF de Terra da Nóbrega no ano de 2021, nascidos entre 01/01/1900 e 29/09/1946, integrado no(s) programa(s) nacionais de saúde da DGS, nomeadamente: Saúde das Pessoas Idosas, Doenças Cardiovasculares, Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM); Saúde Mental; Doenças Respiratórias e Hipocoagulados, cujo último contato com a Unidade de Saúde Familiar, se efetuou entre 1 de janeiro de 2021 e 14 de outubro de 2021. Foi alcançada uma população de 1847 utentes (S-Clínico, 2021). Excluíram-se os utentes que: aquando da consulta da fonte de informação, foi identificado o óbito; cuja residência oficial distasse mais de 5 Km dos limites do concelho de Ponte da Barca; e utentes com inscrições esporádicas, para realização de tratamentos e vacinação. Tendo sido obtida uma população alvo de 1736 utentes.

O estudo realizado mostrou a importância e a pertinência de conhecer qual a prevalência da doença crónica no idoso frágil do concelho de Ponte da Barca, no entanto, importa enunciar as limitações que o caracterizam enquanto estudo científico e que deverão ser tidas em conta na realização de futuros trabalhos, de modo a dar seguimento ao caminho iniciado.

Este ensino clínico possibilitou abraçar novas experiências, explorar bases de dados específicas utilizadas na USF/UCC o que contribuiu de certa forma, para possíveis futuros estudos epidemiológicos e também para o desenvolvimento de competências específicas do EEEC na área de ESCSP.

A concretização deste projeto de investigação permitiu a sustentação, aprofundamento e aplicação da teoria adquirida. Foi um momento de muita partilha, reflexão, de avanços e retrocessos. A inexperiência levantou muitas questões, mas também originou a procura do melhor caminho para evoluir. Este primeiro passo nos caminhos da investigação, reforçou a vontade de crescer, de criar outras oportunidades, de implementação de

novos projetos de investigação nesta e noutras áreas, sempre com o objetivo de melhorar a vida da comunidade.

O Ensino Clínico de Enfermagem de Enfermagem Comunitária, decorreu na mesma UCC, Ponte da Barca o que nos permitiu dar seguimento ao trabalho iniciado no estágio anterior.

Este ensino clínico, teve como objetivos o desenvolvimento de competências, nomeadamente o desenvolvimento da prática profissional e ética na área de enfermagem; promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade e também a contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Também com este ensino clínico, pretendia-se a elaboração, operacionalização, e avaliação de um plano de ação, cuja problemática tivesse sido identificada no ensino clínico precedente, estágio de enfermagem de saúde pública.

Posto isto, a partir do diagnóstico de situação realizado no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Pública, foram detetadas áreas de intervenção no que concerne à prevalência das doenças crónicas no idoso. Emerge assim, um projeto de intervenção designado “BARCA - Importa-sE”, cujo objetivo foi a promoção do empoderamento comunitário direcionado à doença crónica na população idosa frágil do concelho de Ponte da Barca, de forma a sensibilizar as equipas de saúde da UCC e USF de Ponte da Barca, assim como a comunidade da União de freguesias de Ponte da Barca, Vila Nova de Muía e Paço Vedro de Magalhães para a temática.

Este projeto de intervenção comunitária seguiu a metodologia do planeamento em saúde, e para a intervenção foi implementado o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).

Este exercício permitiu tomar mais consciência do papel do EEEC na área de ESCSP, pelas competências que lhes são atribuídas, no que diz respeito à construção de projetos de intervenção em *settings* e grupos vulneráveis, assim como no estabelecimento de parcerias inter e intra instituições e com a comunidade.

O ENP, é o culminar de todo um longo percurso, é a aproximação à realidade de todo o processo de aprendizagem. Segundo Alarcão e Rua (2005), o estágio é o momento de observação e intervenção em contexto de serviços de saúde ou outros, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências.

De acordo com os mesmos autores, neste ambiente formativo é suposto que o estudante desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os

conhecimentos adquiridos na componente teórica e teórico-prática, através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão, Rua, 2005).

Salientam ainda, o papel do estudante em todo este processo, pois ninguém pode aprender por ele. No período de estágio, compete-lhe fazer uma leitura compreensiva da realidade, que é possibilitada pelo referencial disciplinar de que dispõe e pelas relações interdisciplinares que estabelece. Para tal, são fundamentais, a capacidade de observar e a capacidade de interpretar. Acrescentam ainda, que o estudante deve envolver-se progressivamente nas atividades e desenvolver competências, o que exige, aprender rotinas e técnicas, desenvolver capacidades de comunicação e construir atitudes deontológicas (Alarcão, Rua, 2005).

A necessidade de mudança, de acrescentar conhecimento ao nosso percurso profissional, depois de 22 anos de prática em contexto hospitalar, levou-nos a descobrir novos horizontes e desafios na prática dos cuidados de saúde em contexto de CSP.

Foram momentos de constante aprendizagem, aquisição de novos conhecimentos, habilidades e capacidades, sempre com a finalidade de dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações e que permitissem uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa, à família e à comunidade.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento nº140/2019, 2019, o enfermeiro especialista define-se como: “... aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem” (p.4744).

Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, partilham competências que são comuns e transversais a todas as especialidades e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. No Artigo 4.º, do referido regulamento identificam-se quatro domínios das competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nos próximos itens apresentamos, analisamos e justificamos as competências desenvolvidas nos quatro domínios mencionados.

4.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No que se refere ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolveram-se competências ao longo de todo o curso, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo uma prática de cuidados assente nos direitos humanos e nas responsabilidades profissionais. Estas competências assentam num corpo de conhecimentos no domínio ético e deontológico, no respeito pelas preferências da pessoa, família ou comunidade, no respeito pelos direitos humanos e na análise e interpretação de situações específicas de cuidados, potenciadoras de gerar situações comprometedoras (Regulamento 140/2019, 2019).

Durante o ENP, foram desenvolvidas e cumpridas estas competências em todas as atividades planeadas, ao pedir as devidas autorizações para realizar o diagnóstico de situação, ao promover a proteção dos direitos humanos, respeitando a confidencialidade, e ao respeitar e fazer respeitar, as opções culturais e morais dos cuidadores informais, ao aceitar que os mesmos pudessem recusar responder aos questionários ou desistir a qualquer momento do seu preenchimento se daí resultasse qualquer prejuízo, bem como ao cumprir o dever de sigilo ao manter o anonimato da pessoa.

4.1.2. Melhoria contínua da qualidade

No ENP desenvolveu-se esta competência em todas as atividades planeadas. Durante a semana de dinamização da saúde oral, em que se pretendia a melhoria da higienização oral das crianças; no desenvolvimento do estudo de investigação “Dificuldades em cuidar a pessoa idosa dependente no domicílio – Perceção do Cuidador Informal”, uma vez que os resultados obtidos serão a fundamentação para o planeamento de uma intervenção que possa colmatar as dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais; na elaboração de uma manual de articulação entre unidades funcionais de saúde, que tem como objetivo simplificar procedimentos através do estabelecimento de regras simples e claras, facilitando a resolução dos problemas de gestão corrente e promover ganhos de eficiência para a instituição; a participação na Elaboração de um Projeto de educação para a saúde para implementação num agrupamento de escolas e a colaboração e participação no Gabinete de Informação ao Aluno (GIA), que é um

espaço promotor de várias iniciativas no âmbito da promoção e proteção da saúde na comunidade escolar.

4.1.3. Gestão dos cuidados

No presente domínio, observam-se as seguintes competências: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019,2019).

Neste âmbito, demonstramos sempre disponibilidade para colaborar com a equipa da UCC em todas as atividades propostas, proporcionando um ambiente positivo e favorável à prática clínica.

Procuramos cooperar no processo de tomada de decisão relativo ao processo de cuidar, desenvolvendo as competências para quando se deve “negociar” ou “referenciar” para diferentes cuidados de saúde. Ao colaborar e participar nas atividades relativas à vacinação contra a COVID-19 em algumas instituições da área de abrangência da UCC, foram desenvolvidas ainda capacidades na área de planeamento, gestão e coordenação, que potenciaram o reconhecimento das distintas e interdependentes funções de todos os membros da equipa.

Esta competência foi também, desenvolvida ao longo de todo o projeto, desde a escolha e pertinência do tema, do modelo teórico subjacente, aos métodos de priorização e da estratégia escolhida.

4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram desenvolvidas as competências inerentes, ao aprimorar o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo os limites e recursos pessoais e profissionais e a forma como podemos interferir nas relações terapêuticas e profissionais que estabelecemos.

Procuramos aproveitar todas as oportunidades geradoras de crescimento de forma a aprender com todas as explicações e orientações fornecidas, o que nos proporcionou uma crescente capacidade de avaliação das situações. Para esta evolução, também

contribui a constante pesquisa e revisões bibliográficas sobre o papel do enfermeiro de saúde comunitária.

Neste domínio e como já referido anteriormente, tivemos a oportunidade de participar como educadoras no contexto de estágio aquando da semana de dinamização da saúde oral, em que se pretendia a melhoria da higienização oral das crianças.

O atual Programa Nacional de Saúde Escolar assenta na premissa de que a soma da Saúde com a Educação se reflete em literacia e no assumir de decisões responsáveis em saúde. Este resultado será tanto mais eficaz e rápido se a parceria saúde+escola trabalharem em todos os domínios dos diferentes eixos propostos (Portugal, 2015). A saúde oral emerge como área de intervenção naquele que é o foco da capacitação e a sua prevenção é também eixo estratégico do atual Programa Nacional para a Saúde Oral (PNPSO) 2021-2025, cuja pretensão será “promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e tendência para a universalidade” (Portugal, 2021). É prioridade, no que se refere às crianças e jovens

“o incentivo à escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, em casa e em ambiente escolar, [...] complementada com a aplicação de vernizes de flúor no pré-escolar, com o bochecho com solução fluoretada no 1º ciclo e com a aplicação de selantes de fissuras aos 4, 7, 10 e 13 anos” (Portugal, 2021).

O início desta atividade prendeu-se com o contato prévio com as escolas das crianças do ensino pré-escolar do Agrupamento de Escolas de Barroelas (AEB) e das crianças do 1º ciclo do mesmo agrupamento, onde foi apresentado todo o projeto.

O objetivo geral da atividade foi informar, pelo menos 50% das crianças dos 3 aos 10 anos inseridas no AEB, sobre a importância da saúde oral ao longo do ciclo de vida. Foi elaborado um plano de sessão de formação, explicado todo o processo aos professores e educadores. Durante o processo foram entregues questionários de diagnóstico (antes e depois das sessões) e um cartão de preenchimento de lavagem de dentes que os alunos preencheram durante um período de 2 semanas.

Tal como está previsto nas competências enquanto formador, foi avaliado o impacto da sessão de formação através da aplicação do instrumento de avaliação da sessão de formação, cujos resultados demonstram que se atingiu o objetivo proposto para a sessão e proporcionaram melhorias para intervenções futuras.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com o Regulamento nº 428/2018, de 16 de junho, o EESC na área de ESCSP, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

De acordo com o mesmo documento, o enfermeiro, tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências clínicas especializadas e concretizadas de acordo com o alvo e contexto da intervenção e que visam prover um enquadramento para certificação das competências e dar a conhecer ao cidadão, qual o papel deste e o que pode esperar do seu trabalho (Regulamentonº428/2018, 2018).

No artigo 2º, do mesmo Regulamento, são definidas as competências específicas do EEEEC na área de ESCSP:

- 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 objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento nº 428/2018, p.19354).

Tal como descrito no enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESCSP (Regulamento nº348/2015, 2015) o ENP, teve como alvo de intervenção a comunidade, e os cuidados de enfermagem tiveram por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos e aos problemas de uma comunidade, designadamente através do desenvolvimento de um projeto de intervenção com vista à capacitação e empoderamento da mesma.

Foi também possível, durante todo o ENP o desenvolvimento, tal como descrito no mesmo enquadramento (Regulamento nº348/2015, 2015), de capacidades para: Entender os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde de uma comunidade; Identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade; Conceber, planear e implementar projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades;

Intervir em grupos e/ou comunidades; Coordenar e dinamizar programas de intervenção; Mobilizar os parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os seus problemas; Monitorizar a eficácia dos Programas e Projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade; Participar na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica; Utilizar a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

O desenvolvimento de competências específicas do EEEC na área de ESCSP só foi possível pela mobilização e aquisição de competências adquiridas ao longo do percurso formativo, no CMEC, mais concretamente nos ensinamentos clínicos e no ENP.

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

Ao longo de todo o percurso de intervenção, a metodologia do planeamento em saúde manteve-se sempre presente, desde o diagnóstico de situação para a realização dos estudos efetuados, passando pelo estabelecimento de prioridades de saúde das comunidades/grupos alvo, na formulação de objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde dos grupos alvo, na fase de estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas detetados até à fase de avaliação de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. Nos ensinamentos clínicos realizados, durante o percurso formativo, foi possível a avaliação do estado de saúde de diferentes comunidades. No ensino clínico de Enfermagem de Saúde Pública, foi realizado um estudo de Prevalência da Doença Crónica nos Idosos Frágeis, no ensino clínico de Enfermagem Comunitária, com a implementação do MAIEC com o objetivo de Promover o empoderamento comunitário direcionado à doença crónica na população idosa frágil do concelho de Ponte da Barca foi possível a intervenção junto de diferentes comunidades: UCC de Ponte da Barca; União de freguesias de Ponte da Barca; Vila Nova de Muía e Paço Vedro de Magalhães; Contratos Locais de Desenvolvimento Social e a Unidade de Saúde Familiar Terra da Nóbrega. Por último, no ENP, a atuação pautou-se pela intervenção junto da comunidade dos cuidadores informais.

4.2.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Durante o caminho percorrido e nas atitudes tomadas, julgamos ter contribuído para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Para tal, participamos, em parceria com outras instituições da comunidade, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. Tivemos oportunidade de integrar e participar, durante o período de estágio, no GIA, situado na comunidade escolar, que é um espaço de diálogo e convívio, e um ambiente informal que promove iniciativas no âmbito da promoção e proteção da saúde. A equipa é formada por enfermeiros e professores e tem como objetivos o esclarecimento de dúvidas no âmbito da proteção e promoção da saúde, quer a nível individual quer a nível coletivo; a promoção à adesão a estilos de vida mais saudáveis e a prevenção/diminuição de comportamentos de risco e também orientar os alunos para decisões mais sustentadas e saudáveis. No GIA, os jovens podem ter acesso a informação credível sobre vários temas relacionados com a saúde em geral e com a sua saúde em particular, nomeadamente sobre as áreas da saúde sexual, estilos de vida saudáveis/comportamentos de risco, alimentação, gestão de conflitos, entre outros.

Assumimos sempre a liderança ao longo de todos os trabalhos, dinamizamos, envolvemos a equipa e também mobilizamos parceiros/grupos da comunidade para identificação e resolução de problemas de saúde perspetivando, também, a continuidade dos projetos para o alcance da capacitação das comunidades

Para o atingimento desta competência, foi necessário um grande investimento na mobilização de conhecimentos a nível de enfermagem, comunicação, educação e social.

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

Participamos e cooperamos em atividades de programas de saúde que fazem parte do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente no Programa Nacional de Saúde Oral, com a atividade de dinamização da saúde oral, em que se pretendia a melhoria da higienização oral das crianças e que foi descrita anteriormente neste relatório, no Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar “PRESSE”, que é promovido pela ARS Norte,

I.P. e que colaboramos e integramos no GIA. Esta atividade também já foi mencionada anteriormente.

Colaboramos na elaboração de um protocolo entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade, nomeadamente com atividade em que foi elaborado um Projeto de Educação para a Saúde, “Estudar em Barrocelas é Crescer e Aprender com Saúde” Um Projeto de Promoção e Educação para a Saúde em Contexto Escolar. São objetivos gerais deste Projeto: melhorar a Literacia em Saúde das crianças e jovens do agrupamento de escolas de Barrocelas e melhorar a saúde global das crianças e jovens do mesmo agrupamento.

Colaboramos ainda, na elaboração de um Manual de Articulação entre a UCC e os diferentes Serviços da ULSAM, E.P.E. O Manual de Articulação consubstancia um compromisso firmado entre as unidades e serviços e gabinetes da ULSAM, E.P.E. e a UCC de Barrocelas. A criação deste Manual resulta da necessidade de compatibilizar a existência de UCC como estrutura prestadora de cuidados de saúde com autonomia organizativa, funcional e técnica.

Foram, experiências bastante enriquecedoras, que nos permitiram um enorme desenvolvimento pessoal e profissional para aquisição e desenvolvimento de competências específicas.

4.2.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Esta competência foi desenvolvida, quando se efetuaram os diagnósticos de situação, se aplicaram os questionários para obtenção de dados aos cuidadores informais, durante o tratamento e análise dos dados e na utilização técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação dos resultados.

Todos os dados que resultaram destas intervenções, contribuem para a análise de potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas.

CONCLUSÃO

Finalizado este percurso formativo e este relatório, emerge a necessidade de aludir algumas considerações finais sobre o seu desenvolvimento, os resultados alcançados, os pontos fracos e fortes, os contributos que daqui advêm.

Após este estágio em contexto comunitário, acrescento que vivenciamos um processo interativo, baseado no empoderamento comunitário e/ou capacitação para melhoria da qualidade de vida. Reconhecer que os membros da comunidade podem ser heterogêneos e, apesar disso, capazes de partilhar necessidades e interesses, reflete a importância dos promotores da saúde neste modelo contínuo, complexo e dinâmico, que articula através da ação coletiva o desenvolvimento de competências necessárias à mobilização de recursos, à liderança, à avaliação de problemas e à implementação de programas de promoção da saúde.

O caminho percorrido ao longo de todo o percurso foi, sem dúvida, marcado e enriquecido com grandes experiências vividas. Foram momentos intensos, repletos de emoções e carregados de uma bagagem enorme de conhecimentos adquiridos. Foi um momento de muita partilha, reflexão, de avanços e retrocessos, e tal como todos os percursos formativos, este não foi isento de dificuldades que exigiram empenho, determinação e capacidade de superação.

Os objetivos gerais, traçados para o ENP foram atingidos proporcionando a aquisição de habilidades e competências na prática de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEEC na área de ESCSP), fundamentadas na ética, deontologia, responsabilidade profissional e em conhecimentos científicos, técnico-instrumentais e sócio relacionais.

Este relatório do ENP descreve de forma reflexiva todas as atividades que permitiram o desenvolvimento de competências profissionais e contribuiu, também, para a obtenção de dados sobre as dificuldades percebidas pelos cuidadores informais, o que futuramente pode ajudar na atuação de enfermagem em benefício dos mesmos.

A atitude reflexiva adotada durante o percurso e a realização do relatório, permitiu uma maior consciencialização da aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEC na área de ESCSP, que originou um processo de mudança e crescimento pessoal e profissional que de futuro será um contributo digno para uma prestação de cuidados de qualidade à comunidade.

O EEEEC na área EESCSP, como promotor, cabe a responsabilidade de prestar atenção à forma como cada pessoa/ cuidador informal define os seus próprios objetivos de saúde, num padrão de relações mútuas entre o grupo e a comunidade do qual resultam processos de mobilização, participação e organização próprios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3).
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Araújo, O. (2016). *O cuidado informal a pessoas idosas dependentes no autocuidado após um acidente vascular cerebral: avaliação do impacto do programa InCARE na capacitação dos cuidadores*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/25155>
- Biscaia, A. 2015. *Unidades de Saúde Familiar: USF – modelo positivo do presente e para o futuro*. USF-NA.
- Brito, L. (2000). *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9933/2/2524_TM_01_C.pdf
- Carvalho, M. (2015). *Serviço Social com Famílias*. Pactor.
- Cerqueira, M. M. (2005). *O Cuidador e o doente Paliativo*. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Chaer, G. et al. (2012). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Revista Evidência*. http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf
- Coutinho, C. M.G.F.P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Livraria Almedina.
- Decreto Lei n.º 101/2006 - Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República n.º 109/2006, Série I (2006-06-06), pp. 3856 – 3865. <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/109-2006-124631>
- Decreto Lei n.º 28/2008 - Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 38/2008, Série I (2008-02-22), pp. 1182 – 1189. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Decreto Lei n.º183/2008 – Criação da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P. E. e aprovação de estatutos. Diário da República n.º 171/2008, Série I (2008-09-04).

<https://dre.tretas.org/dre/238316/decreto-lei-183-2008-de-4-de-setembro>

Despacho Normativo n.º 10143/2009 - Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República n.º 74/2009, Série II (2009-04-16) pp. 15438 – 15440.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Direção Geral de Saúde. (2006). - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. ISBN 972-675-155-1.

EUROCARERS. (2020). *European Association Working for Carers*. Copyright Eurocarers, 2020.

<https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>

Felipe, S.G.M., Oliveira, C., Silva, C., Mendes, P., Carvalho, K., Silva – Júnior, F., & Félix, L. M. M. (2008). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*. [Tese de mestrado, Psicogerontologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2010]. Repositório da Universidade de Lisboa.

<http://hdl.handle.net/10451/6092>

Ferreira, F.A. G. (2015). *Moderna Saúde Pública*. Fundação Calouste Gulbenkian. Gráfica ACD Print, S.A.

Figueiredo, D. (2007) *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Climepsi Editores.

Figueiredo, M. (2020). Ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes: Um estudo analítico. *Rev Bras Enferm*, 73 (1).

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). Retrato de Portugal. Índice de envelhecimento segundo os Censos.

<https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento+segundo+os+censos-348>

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.

- Henriques, M. A., Garcia, E., & Bacelar, M. (2011). A perspectiva da enfermagem comunitária na atenção básica em Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n.45, 1786-1791.
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde – *Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório final: protocolo 2º ano do II*. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. ESS-IPVC, 2021a.
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde – *Normas dos trabalhos científicos*. ESS-IPVC, 2021b.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Serviço de Comunicação e Imagem. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Estatísticas Demográficas. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Census 2021: resultados preliminares. Portugal: 2021. https://WWW:URL:Census2021https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Lei n.º52/2012 - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Diário da República, I Série, n.º 172 (2012-09-05), p.5119). https://dre.pt/DRE/img/DRE.desktopmonitor.png?Bv7_J40EC8MP+5geC2xpuw
- Lei nº100/2019 – Aprovação do Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República. I Série, nº171 (2019/09/06), pp. 3-16.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel Enfermagem.
- Município de Ponte da Barca. Divisão Gestão e Planeamento Territorial (2013). *REOT: Relatório sobre o estado do ordenamento território*. https://www.cmpb.pt/pdf/Planeamento_e_Urb/REOT_Ponte_Barca.pdf
- Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1996) – *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham: Open University Press. XXVII
- Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1998) – *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton: Pavilion Publications. pp. 3-37.

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015*. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). 2021: Ano dos Trabalhadores da Saúde e Cuidadores <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/2021-ano-dos-profissionaisde-sa%C3%BAde-e-cuidadores/>>.
- Orem, Dorothea. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª ed. Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata: Recomendações*. In. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 de setembro.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing : a policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2017) *Global strategy and action plan on ageing and health*. World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2019). *Cuidados de Saúde Primários*. World Health Organization. <https://www.who.int/world-health-day/pt/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>
- Paul, M. C. - *Lá para o fim da vida*. (1997). Livraria Almedina.
- Pereira, L.S.M., Soares, S.M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciência & saúde coletiva*, 20: 3839-3851. <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n12/3839-3851/pt/>
- Pereira, M. S. M. (2019). *Cuidadores informais: dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28267>
- Pestana, M.L., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. (4.ª ed). Edições Sílabo.
- Pisco, L. (2007). *A reforma dos cuidados de Saúde Primários*. Cadernos de Economia, 7.

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2015: Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS.
https://www.arsnorte.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Reforma do Serviço Nacional de Saúde coordenação nacional para os cuidados de saúde primários*.
https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/02/Plano_Estrategico_e_Operacional.pdf
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. DGS.
<https://nocs.pt/wp-content/uploads/2021/06/PNPSO-MAIO2021.pdf>
- PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: UCC Barroselas. Sistema de Informação e Monitorização do SNS*.
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Ramos C. (2012). *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior*. [Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade da Beira Interior]
<http://hdl.handle.net/10400.6/1180>.
- Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (2015). Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 428/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar.(2018). Diário da República n.º 135, Série II de 2018-07-16.
https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regulam_428_2018.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 2019-02-06.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Romana, G.Q, et al.. (2019). *Acta Médica Portuguesa. Multimorbilidade em Portugal: dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico*.
https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/15762758/Quinaz_Acta_Med_Port_2019_32_1_30.pdf.

- Santos, A.T. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. [Tese de doutoramento em Psicologia, Porto: F.P.C.E.U.P]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/teses.tese>
- Sebastião, C., Albuquerque, C. (2009). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Kairós. Revista Da Faculdade de Ciências Humanas E Saúde*.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10048>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel Edições Técnicas Lda.
- Souza L, Hanus J, Dela Libera L, Silva V, Mangilli E, Simões P et al. (2015) Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*. 23(2):140-149.
<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-140.pdf>.
- Sousa, L. et al. (2004) – *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Âmbar.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. (5.º ed.). Lusociência.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca. (2017). *Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca*.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. Unidade de Cuidados na Comunidade de Barroelas. (2020). *Regulamento Interno da Unidade de Cuidados na Comunidade de Barroelas*.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (2021). *Criação da ULSAM, E.P.E*.
<https://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/#>
- Wright, L.M., Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. (5.º ed.). Roca, 365.

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA CARERS' ASSESSMENT OF DIFFICULTIES INDEX (CADI)

CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)

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

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

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

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

ANEXO II - ESCALA DE BARTHEL

Escala de Barthel

Nome do utente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Pontuação Obtida: _____

Assinatura do enfermeiro: _____

Evacuar

- 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);
- 2 = Contigente

Urinar

- 0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);
- 2 = Contigente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à casa de banho

- 0 = Dependente
- 1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 2 = Independente

Alimentar-se

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..
- 2 = Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2 = Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3 = Independente

Mobilidade

- 0 = Imobilizado
- 1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Vestir-se

- 0 = dependente
- 1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
- 2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 2 = Independente para subir e descer

Tomar banho

- 0 = Dependente
- 1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

0 - 04 – Muito Grave

05 -09 – Grave

10-14 – Moderado

15-19 – Ligeiro

20 - Independente

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E CONTEXTUAL

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CONTEXTUAL

“Dificuldades em cuidar a Pessoa Idosa Dependente no domicílio numa região do Alto Minho - Perceção do Cuidador Informal”

Por favor coloque uma X no(s) quadrado(s) que melhor se adequa(m) à sua situação; escolha apenas uma opção, exceto se na questão existir orientação contrária. Quando solicitado, responda por breves e simples palavras na linha em branco para o efeito.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

1. Idade: _____ anos.
2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
3. Estado Civil:
(1) Casado(a)/União de Facto (2) Solteiro(a)
(3) Viúvo(a) (4) Divorciado(a)/Separado(a)
4. Habilitações Literárias:
(1) Sem escolaridade (2) Sabe ler e escrever
(3) 1º ciclo do Ensino Básico (4º ano) (4) 2º ciclo do Ensino Básico (6º ano)
(5) 3º ciclo do Ensino Básico (9º ano) (6) Ensino secundário (12º ano)
(7) Ensino superior (8) Outro Qual? _____
5. Situação profissional/ocupação:
(1) Empregado Profissão? _____
(2) Desempregado (3) Doméstico
(4) Estudante (5) Reformado Profissão anterior? _____
(6) Pensionista (7) Outra Qual? _____
6. Com quem vive? (Coloque uma X nas opções que se aplicam a si)

- (1) Cônjuge (2) Pais
(3) Sogros (4) Filhos (5) Outro(s) Familiar(es)
Qual (ais)? _____

7. Relação de parentesco com o idoso dependente:

- (1) Cônjuge (2) Filho(a)
(3) Irmão(ã) (4) Pai
(5) Mãe (6) Tio(a)
(7) Sogro(a) (8) Outro Qual? _____

8. Há quanto tempo, em anos, presta cuidados a este idoso?
_____ anos.

9. Quantas horas, em média, gasta por dia a cuidar do idoso em causa?
_____ horas por dia.

10. Vive na mesma casa com o idoso que tem a seu cuidado?

- (1) Sim De que forma? a. Permanentemente b. Esporadicamente
(2) Não

11. Recebe algum tipo de apoio para cuidar do idoso em causa?

- (1) Sim (2) Não

Se respondeu SIM à pergunta anterior, refira:

11.1. De quem recebe ajuda/apoio?

(assinale com um X todas as opções que se aplicam ao seu caso)

- a. Familiares -
b. Amigos
c. Vizinhos
d. Apoio Domiciliário
e. Outro

Qual? _____

Muito grata pela sua colaboração!
Soraia Cadilha

Data: ___/___/_____

APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA CADI

Luísa Brito <lbrito@esenfc.pt>

21 de março de 2022 às 11:50

Para: soraiacadilha@gmail.com

Cc: brito.ml@gmail.com

Bom Dia, Sra. Enf^a Soraia Cadilha,

É com todo o gosto que lhe envio, em anexo, a versão portuguesa da CADI, para efeitos de realização do seu trabalho de Mestrado. Junto também 2 artigos dos autores originais (Nolan et al.) que, juntamente com a minha dissertação (também em livro, Quarteto Editora), poderão ser úteis no trabalho dos dados recolhidos.

Para efeito de continuação do processo de validação da escala para a população portuguesa, solicito-lhe que, no final do seu trabalho, me envie uma síntese dos principais resultados obtidos com a escala, acompanhados de uma breve caracterização da população/amostra utilizada.

Desejo-lhe as maiores felicidades para o seu trabalho, e encontro-me ao dispor para algum esclarecimento que seja necessário. Por acaso, estou a viver em Barroelas desde Agosto do ano passado, na sequência do meu pedido de aposentação. Se por acaso tiver disponibilidade, terei todo o gosto em encontrar-me consigo e em ajudar no que for possível. Deixo-lhe o meu contacto telefónico: 91 987 33 34.

Com os meus melhores cumprimentos,



Maria Luisa Brito

RN, MSc, PhD

Professora-Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

UCP Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA

 <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, I.P.E.</p>	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 24/2022 -CES	 Pág. 1 de 2
---	--	--

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº14 - 21/03/2022</p> <p style="text-align: center;">Assunto:</p> <p>Solicita autorização para a realização do Projecto de Investigação intitulado: "Dificuldades em Cuidar a Pessoa Idosa Dependente numa região do Alto Minho".</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;">Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Ana Soraia Gomes Cadilha, enfermeira da ULSAM a desenvolver o Estagio na UCC de Barroelas, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESS - IPVC</p>
---	---

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Estudo de investigação de carácter quantitativo, descritivo e transversal. A amostra consiste nos cuidadores informais que cuidam de pessoas idosas dependentes no domicílio, inscritos na UCC de Barroelas e que cumpram os critérios de inclusão. Como instrumento de recolha de dados será utilizado o Questionário Sociodemográfico e contextual; Índice Barthel e Índice para Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados.



Este estudo tem como objetivo geral conhecer a perceção do Cuidador Informal (CI) acerca das dificuldades em cuidar a pessoa idosa dependente no domicílio numa região do Alto Minho. São objetivos específicos do estudo:

- Caracterizar os Cuidadores Informais da pessoa idosa dependente no domicílio a nível sociodemográfico e contextual;
- Caracterizar a pessoa idosa dependente quanto ao grau de dependência;
- Descrever as dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais no cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

2. Fundamentação

O envelhecimento demográfico é uma preocupação a nível mundial e um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Em 2018, Portugal apresentava um acentuado aumento da população idosa com um índice de envelhecimento de 157,4 idosos por 100 jovens, ultrapassando a EU, cujo índice de envelhecimento era de 132,3 idosos por 100 jovens, ocupando a 3ª posição no conjunto destes países. A Sub-região do Alto Minho apresenta valores muito superiores, 217 idosos para cada 100 jovens e o índice de envelhecimento em VC é de 183,3 idosos por 100 jovens.

As doenças crónicas e degenerativas e os transtornos mentais são influenciados pelo envelhecimento, tornando o doente dependente de um cuidador. Os cuidadores informais do idoso dependente encontram-se expostos a elevadas e progressivas pressões e exigências. Cuidar de alguém com dependência significa, portanto, um trabalho contínuo, diário e permanente por parte do CI sem qualquer período de descanso, o que conduz invariavelmente ao seu desgaste e interferência na sua qualidade de vida. Vários estudos demonstram que há repercussões na saúde física, psicológica e emocional do CI do doente dependente. É pertinente que se realizem estudos de investigação sobre o tema, a nível local, de forma a perceber as dificuldades sentidas pelos CI, com o intuito de fundamentar programas e políticas de intervenção nesta área. Este projeto permitirá

 <small>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE</small>	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 24/2022 -CES	 Pág. 2 de 2
---	--	--

identificar quais as dificuldades percebidas pelo CI, no cuidar do idoso dependente, o que contribuirá para uma intervenção mais direcionada para as necessidades reais dos mesmos.

3. Conclusão/parecer

Cabe à Equipa que está a acompanhar estes doentes e seus cuidadores, ser o elo de ligação entre estes e a investigadora. O primeiro contacto deverá ser sempre feito através da equipa que os acompanha e nunca diretamente pela investigadora. O Projecto está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de um parecer favorável à sua realização.

Nota: Referências bibliográficas:

Relator(es)	Lurdes Beco
Ratificado em reunião do dia	28/04/2022
Enviado parecer:	

28/04/2022

O Presidente da CES


ANTÓNIO RODRIGUES, DR
PRESIDENTE DA CES


Rosário Santos
Enfermeira

APÊNDICE IV - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com o que está escrito e com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento. Muito obrigada pela sua valiosa colaboração.

Eu, _____ abaixo-assinado, _____ (nome completo)

_____ tomei conhecimento dos objetivos do estudo de investigação com o tema “ Dificuldades em Cuidar a Pessoa Idosa Dependente no Domicilio numa região do Alto Minho - Perceção do Cuidador Informal”, realizado pela enfermeira: Ana Soraia Gomes Cadilha, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Foi informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade ao longo de todo o processo de investigação e divulgação de resultados, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a minha participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino esta declaração de consentimento informado, livre e esclarecido conjuntamente com a investigadora.

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora:

Data: ____ / ____ / 20__