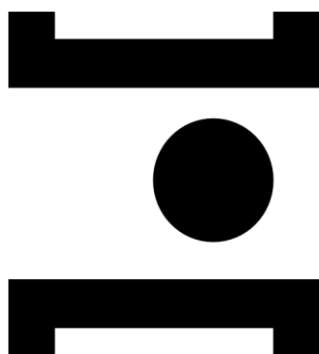


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**Escola Superior de Saúde de Santarém**



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A  
IMPLEMENTAÇÃO DO ESTATUTO DE CUIDADOR INFORMAL**

**Relatório de Estágio**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública**

**Marta Lagarto Neves**

**Orientação:  
Celeste Godinho**

Janeiro, 2025

Dedico este relatório ao meu avô que  
diariamente me ensina que quem ama cuida e que,  
por mais complexa e árdua que seja essa tarefa,  
nunca é tarde para erguer os braços e  
cultivar o bem-estar em quem está impossibilitado  
de o fazer por si mesmo

## **AGRADECIMENTOS**

A conclusão deste mestrado é o culminar de um percurso desafiante e enriquecedor. Gostaria de, seguidamente, expressar a minha gratidão a todos os que me apoiaram ao longo desta jornada e que me acompanharam desde o primeiro dia.

Primeiramente destaco o meu namorado, que sempre me apoiou incondicionalmente e que me deu força nos momentos de maior insegurança, sendo fulcral para estimular a resiliência para concluir este longo caminho.

Aos meus pais e ao meu irmão, a minha eterna gratidão pelo seu apoio, amor e por nunca deixarem de acreditar em mim. Sem vocês nunca teria conseguido.

À minha docente orientadora, Professora Celeste Godinho, pela sua orientação, incentivo, disponibilidade, paciência e pelas suas valiosas contribuições que me permitiram realizar este trabalho. A sua partilha de conhecimento foi essencial para o meu desenvolvimento académico.

Aos meus amigos e colegas de trabalho que sempre foram pacientes, compreensivos e que me proporcionaram vários momentos de alegria, no local de trabalho e fora dele, permitindo que me sentisse encorajada para avançar e crescer a título pessoal e profissional.

Agradeço igualmente às minhas colegas de mestrado e professores da Escola Superior de Saúde de Santarém, que sempre incentivaram um ambiente de partilha de conhecimento e contribuíram para a realização deste relatório através dos vários trabalhos, discussões e partilha de ideias e aprendizagens.

Por fim, agradeço à enfermeira orientadora da Unidade de Cuidados na Comunidade, pelo amor que demonstra pela enfermagem, pela paciência para explicar e integrar conhecimento e por lutar sempre pelas causas em que acredita.

O meu profundo agradecimento a todos.

Marta Neves

## **Acrónimos/Siglas**

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

CI – Cuidador Informal

CIIs – Cuidadores Informais

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EI – Estatuto Cuidador Informal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Pessoa Cuidada

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade ou Unidades de Cuidados na Comunidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

## RESUMO

O envelhecimento populacional e o aumento da dependência física exigem cuidados prolongados, frequentemente assumidos por cuidadores informais, o que releva a sua importância. No contexto de Unidades de Cuidados na Comunidade, identificou-se uma fraca divulgação do Estatuto do Cuidador Informal, legitimada com a realização de um *Focus Group*, que permitiu compreender o domínio e perspetiva dos enfermeiros acerca do tema, validando as respetivas competências e identificando as principais dificuldades e obstáculos.

Foi desenvolvida uma *Scoping Review* que fundamentou teoricamente o projeto de intervenção, cujo principal objetivo consistiu em capacitar os enfermeiros para a implementação e divulgação do referido estatuto.

Foram concretizadas estratégias e instrumentos de apoio, nomeadamente sessões educativas e materiais didáticos, tais como *e-books* e manuais. O projeto teve impacto positivo, realçando o papel do enfermeiro na promoção da literacia e na coordenação de iniciativas que valorizem os cuidadores informais e melhorem a equidade nos cuidados.

**Palavras-chave:** cuidador informal, estatuto cuidador informal, literacia em saúde.

## ABSTRACT

Population ageing and increased physical dependence require long-term care, often undertaken by informal carers, which highlights its importance. In the context of Community Care Units, there was poor dissemination of the Informal Carer Statute, which was legitimised by the holding of a *Focus Group*, which allowed us to understand the nurses' knowledge and perspective on the subject, validating their respective skills and identifying the main difficulties and obstacles.

A *Scoping Review* was carried out to theoretically support the intervention project, whose main objective was to train nurses to implement and disseminate the aforementioned statute.

Support strategies and instruments were implemented, namely educational sessions and teaching materials, such as *e-books* and manuals. The project had a positive impact, highlighting the role of nurses in promoting literacy and coordinating initiatives that value informal carers and improve equity in care.

**Keywords:** informal caregiver, informal caregiver status, health literacy.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>.....</b>
<b>1. CONTEXTO ESTÁGIO – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....</b>	<b>12</b>
1.1. Caracterização Sociodemográfica da Região Abrangida pela UCC.....	14
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....</b>	<b>17</b>
2.1. Determinantes em Saúde.....	21
2.2. Referencial Teórico – Literacia para a Saúde.....	24
<b>3. JUSTIFICAÇÃO E ÂMBITO DO PROBLEMA.....</b>	<b>27</b>
<b>4. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE.....</b>	<b>30</b>
4.1. Diagnóstico de Situação.....	32
4.1.1. Processo Metodológico – <i>Focus Group</i> .....	34
4.2. Definição de Prioridades.....	39
4.3. Fixação de Objetivos, Indicadores e Metas.....	41
4.4. Seleção de Estratégias.....	43
4.5. Execução do Projeto.....	45
4.6. Avaliação do Projeto de Intervenção.....	47
<b>5. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO.....</b>	<b>50</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>55</b>
<b>8. APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice 1 – <i>Scoping Review</i>: Capacitação Dos Profissionais De Saúde Para A Implementação Do Estatuto De Cuidador Informal</b>	
<b>Apêndice 2 – Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido</b>	
<b>Apêndice 3 - Planeamento do <i>Focus Group</i> - Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal</b>	
<b>Apêndice 4 - Plano da Sessão de Educação para a Saúde – “Cuidador Informado”</b>	
<b>Apêndice 5 - Apresentação Power-Point ® da Sessão de Educação para a Saúde “Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto Cuidador Informal”</b>	
<b>Apêndice 6 – Avaliação de Satisfação Sessão de Educação para a Saúde</b>	
<b>Apêndice 7 - E-Book de Apoio aos Profissionais de Saúde - Guia de Apoio Estatuto Cuidador Informal</b>	
<b>Apêndice 8 – Manual do Cuidador Informal – Unidade de Cuidados na Comunidade</b>	
<b>Apêndice 9 – Boletim de Acompanhamento em Cuidados Continuados</b>	
<b>Apêndice 10 - Celebração do Dia do Cuidador Informal</b>	

## 9. ANEXOS

**Anexo 1** – Parecer Favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém

**Anexo 2** – Cronograma de Atividades

**Anexo 3** - Certificados dos Congressos/Atividades Formativas Frequentadas durante o Mestrado

### Índice de Figuras

**Figura 1** – Modelo Literacia para a Saúde (Sörensen *et al.*, 2012)

### Índice de Quadros

**Quadro 1** – Adequação do Referencial Teórico ao Tema em Estudo

**Quadro 2** - Grelha de Análise do *Focus Group*

**Quadro 3** – Indicadores de Processo

**Quadro 4** – Indicadores de Resultado

**Quadro 5** – Indicadores de Processo (Avaliação)

**Quadro 6** – Indicadores de Resultado (Avaliação)

**Quadro 7** – Indicadores de Atividade (Metas e Avaliação)

## INTRODUÇÃO

A longevidade do ser humano tem vindo a ser expandida nos últimos anos através dos avanços no campo da ciência e tecnologia, permitindo o aumento da esperança média de vida e da qualidade de vida dos indivíduos. Em virtude destes avanços, surgiram os desafios nas áreas da ciência que estudam a saúde do Homem, devido às resultantes comorbilidades do envelhecimento. Consequentemente, tornou-se fulcral que os profissionais de saúde estivessem preparados para o processo de envelhecimento que advém do aumento da esperança média de vida e, da necessidade de formar e educar as pessoas no sentido de proporcionar as condições necessárias a gerir este processo de envelhecimento de forma digna.

No Continente Europeu estima-se que mais de 100 milhões de pessoas são cuidadores informais, adiante designados por CIs (Eurocarers, 2020). Em Portugal, não existem dados oficiais quanto ao número de CIs, mas a estimativa ronda os 800 mil. Um estudo efetuado em 2022 refere que, em Portugal, cerca de 12,5% da população foi identificada como cuidadora informal de familiares dependentes (Costa et al., 2022). A entidade supramencionada (Eurocarers, 2020) refere que os CIs são responsáveis por prestar cerca de 80% dos cuidados básicos à pessoa dependente (cuidados de higiene, deslocação, apoio emocional, entre outros).

De acordo com o Estatuto do Cuidador Informal (Lei nº 100/2019, 2019), os cuidadores têm direito a acompanhamento designado pelos serviços competentes de saúde e da segurança social a um profissional de referência para ambas as valências, de acordo com as necessidades identificadas da pessoa cuidada. A este profissional de saúde de referência compete “(...) aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada.” (Lei nº 100/2019, 2019, p. 11) e esclarecer ao nível da informação sobre direitos e benefícios tais como “(...) sinalização e encaminhamento para redes sociais de suporte, consideradas como o conjunto de recursos humanos e serviços institucionais [de que] a pessoa cuidada e o cuidador informal podem dispor e que podem prestar apoio em contexto domiciliário e comunitário, promovendo o cuidado no domicílio.” (Lei nº100/2019, 2019, p. 11).

De acordo com a Lei de Bases de Saúde (Lei nº 95/2019, 2019, p.57), deverá ser assegurada “(...) a articulação entre a pessoa cuidada, o cuidador informal e os serviços de saúde e a implementação do plano integrado de prestação de cuidados de saúde de que a pessoa carece (...)” pelo que, torna-se responsabilidade do enfermeiro a capacitação do cuidador informal (CI) para a prevenção da doença do próprio, promoção

da sua saúde mental e deteção de alterações sugestivas de sobrecarga e outros transtornos semelhantes.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) permite a promoção da qualidade e eficácia da prestação de cuidados continuados, integrando nos seus profissionais de saúde a competência de “(...) formar, qualificar e apoiar os familiares ou prestadores informais (...)” (SNS, 2021). Com o intuito de apoiar a pessoa cuidada e o cuidador, o enfermeiro de referência deverá manter a vigilância da situação e contexto em que se inserem, capacitar, orientar e supervisionar o cuidador para os cuidados adequados ao idoso/pessoa cuidada e implementar medidas que considere necessárias para promover a saúde e bem-estar do cuidador (diminuindo o seu grau de sobrecarga e aumentando a qualidade dos cuidados) (Nicolau, 2018, p.15).

Neste domínio, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (EEEC) na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública deverá atuar em conformidade e identificar as necessidades do cuidador e apoiá-lo, considerando que “(...) o cuidador informal necessita de suporte social ou familiar, educação, encorajamento e informação, por parte dos profissionais de saúde, de forma a desempenhar da melhor forma o cuidado e a adquirir habilidades e aptidões necessárias.” (Penafria, 2016, p.15). Cabe igualmente ao EEEEC a promoção da literacia em saúde dos seus pares e de outros perfis profissionais da área da saúde, com o intuito de beneficiar os cuidadores e a pessoa cuidada e dotar os mesmos de ferramentas para o desenvolvimento desta parceria. Com o propósito de avaliar as dificuldades dos enfermeiros na divulgação do Estatuto de Cuidador Informal (daqui em diante nomeado de ECI), foi elaborado um diagnóstico de situação numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e, posteriormente (através do planeamento em saúde), desenvolvido um projeto de intervenção com o objetivo geral de capacitar os profissionais de saúde das UCC para a implementação e divulgação do ECI, e com os objetivos específicos de caracterizar o nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde que exercem funções nas UCC (enfermeiros) face à implementação e divulgação do ECI, identificar barreiras percecionadas pelos enfermeiros no que diz respeito à divulgação do ECI na área de abrangência da UCC, clarificar aspetos no âmbito do enquadramento ético-legal na construção de respostas para divulgação do ECI e facultar estratégias aos enfermeiros para divulgação do ECI junto da comunidade.

O presente relatório está organizado da seguinte forma: primeiramente foi efetuada a contextualização da comunidade abrangida pela UCC onde se insere o processo de planeamento em saúde, de seguida apresenta-se o paralelismo com o referencial teórico e justificação do problema, prossegue-se com a metodologia de planeamento em saúde (onde são apresentadas todas as etapas desde o diagnóstico

de situação até ao desenvolvimento do projeto de intervenção) e, por fim, são apresentadas as considerações finais e análise reflexiva acerca das aprendizagens e competências gerais e específicas adquiridas enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

## **1. CONTEXTO ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

A Declaração de Astana (2018) destaca que “(...) os cuidados de saúde primários fortes, enraizados na participação e ação da comunidade, são a base de todo o sistema de saúde, e nenhum país pode alcançar saúde para todos sem eles (...).”

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que legislou a nova reforma nos Cuidados de Saúde Primários integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sofrendo a quinta alteração pelo Decreto-Lei nº 137/2013, de 7 de outubro, criou os antigos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do SNS e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. Por sua vez, a organização designou-se em Unidades Funcionais, sendo elas, Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários. Apresenta como valores: a humanização dos cuidados de saúde e equidade na acessibilidade aos mesmos, a qualidade na prestação de cuidados de saúde, a responsabilidade e respeito pelo trabalho desenvolvido pelos vários profissionais de saúde e a cooperação interdisciplinar e interinstitucional visando a promoção da saúde da população.

As UCC possuem desta forma a missão de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário [com ênfase] às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de risco ou dependência física/funcional (...).” (Lei nº 137/2013, 2013). Constituem a equipa de educação para a saúde, cuidados continuados integrados, participam na RNCCI, incorporam redes de apoio à família e implementam unidade móveis de intervenção. Participam igualmente na formação de vários grupos profissionais em múltiplas fases tais como – pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A UCC desempenha um papel fundamental na garantia de respostas integradas, articuladas, diferenciadas e próximas das necessidades de cuidados de saúde da população da área geográfica que engloba. Os princípios que regem a UCC são (Lei nº 74/2009, 2009, p. 15438):

- **Cooperação** – a equipa multidisciplinar deve cooperar entre si para alcançar os objetivos de acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados de saúde;
- **Solidariedade e Trabalho de Equipa** - promover a coesão e colaboração entre os profissionais;
- **Autonomia** – a UCC funciona com uma gestão própria (auto-organização funcional e técnica) para cumprir o seu plano de ação;

- Articulação - colaboração com outras unidades funcionais;
- Parceria – cooperar com estruturas da comunidade tais como autarquias, segurança social, instituições particulares de solidariedade social e associações;
- Avaliação Contínua - avaliação permanente e objetiva para adotar medidas corretivas, assegurando a qualidade dos cuidados;
- Gestão Participativa - sistema de comunicação e relações entre profissionais que promovam motivação e satisfação profissional.

A UCC possui múltiplos focos de intervenção que visam promover a saúde, prevenir doenças e oferecer cuidados contínuos e abrangentes à população, com especial enfoque nas necessidades específicas e nas situações de vulnerabilidade (Lei nº 74/2009).

- Diagnóstico de Saúde da Comunidade - identificação das necessidades de saúde da população;
- Programas de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença - implementação de programas como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Projetos de Intervenção na População Vulnerável - acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; cooperar com outras unidades funcionais para ações direcionadas aos utentes, famílias e comunidade; promover e participar na formação técnica em contexto externo em áreas tais como o apoio domiciliário e voluntariado; participar nas atividades de âmbito social, vigilância de saúde e acompanhar famílias economicamente desfavorecidas; participar em programas de intervenção precoce para crianças, incluindo a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.
- Projetos de intervenção domiciliária para indivíduos dependentes e famílias/cuidadores - cuidados preventivos, curativos, paliativos e de reabilitação física; apoio psicológico, social e ocupacional, envolvendo familiares e cuidadores; educação para a saúde de utentes, familiares e CIs; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; produção e tratamento de informação nos registos recomendados pela RNCCI.

## 1.1. Caracterização Sociodemográfica da Região Abrangida pela UCC

O ACeS onde se insere a UCC em estudo abrange 5 concelhos e, de acordo com os Censos 2021, corresponde a uma área constituída por cerca de 247.115 habitantes (sendo que, cada concelho possui uma UCC). De acordo com os dados dos Censos 2021 a faixa etária prevalente nesta área é entre os 40-44 anos e os 45-49 anos, com uma expressão ligeiramente superior no número de mulheres face ao número de homens. De acordo com os dados obtidos no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2023), este ACeS possui 239.947 habitantes inscritos (SNS, 2023) e compreende um índice de dependência total de 54,38% (com prevalência nos idosos – 32,15% - face aos jovens).

A UCC que se insere na comunidade em estudo encontra-se organizada por equipas de intervenção multidisciplinares, constituída por: 5 enfermeiros, 1 médico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 higienista oral, 2 assistentes operacionais e 2 administrativas. Os elementos pertencem concomitantemente à Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

No que concerne à UCC em estudo, foi efetuada a sua caracterização para análise dos dados sociodemográficos.

**Densidade Populacional** – corresponde à relação entre população e território, ou seja, é o número de habitantes por quilómetro quadrado. De acordo com os dados analisados (PORDATA, 2023), em 2001 a densidade populacional da região era de 134,6 habitantes por km<sup>2</sup>. Em 2022 a densidade aumentou para 187,8 habitantes por km<sup>2</sup> (PORDATA, 2023) o que representa um crescimento populacional nesta região no período temporal descrito (21 anos) e, por conseguinte, uma necessidade de adaptação dos recursos de saúde a esta mesma necessidade.

**Índice de Envelhecimento** – diz respeito à relação entre a população idosa e a população jovem, definida por norma como o quociente entre o número de indivíduos com 65 ou mais anos e o número de indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2024). Na região em estudo a quantidade de idosos por cada 100 jovens em 2001 era de 116,8 idosos e, em 2022 aumentou para 118,1 idosos (PORDATA, 2023). Desta forma pode concluir-se que o número de idosos supera o número de jovens e possui uma tendência crescente face ao que se observava em 2001.

**Índice de Dependência** – corresponde à relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2024). O índice de dependência total da região é de 52,15%

(23,87% correspondem aos jovens e 28,28% correspondem aos idosos), o que significa que é mais elevada a percentagem de população “dependente” como é o caso dos jovens e idosos do que a população em idade ativa.

Os dados descritos são congruentes com a realidade nacional, tal como descrito no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2021-2030, em que se evidencia o “(...) duplo envelhecimento demográfico observado nas últimas décadas em Portugal, compatível com o estreitamento da base e alargamento do topo [da pirâmide etária].” (DGS, 2021).

O concelho abrangido engloba uma área de 78 km<sup>2</sup>, sendo composto por quatro freguesias. Relativamente ao grupo etário, o da região em estudo é sobreponível ao que se observa no ACeS – a faixa etária prevalente é entre a dos 45-49 anos, com uma expressão ligeiramente superior no número de mulheres (7219) face ao número de homens (6668) (INE, 2023). De acordo com a consulta do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2023), existe um total de cerca de 13887 habitantes. No que diz respeito aos recursos comunitários com impacto no âmbito da saúde, destacam-se a Câmara Municipal, a Santa Casa da Misericórdia, Centros Sociais, Guarda Nacional Republicana, a Associação dos Bombeiros Voluntários e o Serviço Municipal da Proteção Civil. A população dedica-se maioritariamente a trabalho na área da agricultura e pecuária.

A UCC dispõe de vários serviços, em concordância com os programas em vigor que visam dar resposta às necessidades identificadas em Portugal (PNS, 2021-2030). Desta forma, as necessidades de saúde identificadas correspondem à diferença entre a situação de saúde diagnosticada, para cada problema de saúde, e a situação de saúde considerada desejável e exequível em 2030. Entre os projetos em vigor na UCC destacam-se:

- Saúde do Adulto e do Idoso – acompanhamento de indivíduos e grupos de risco (grupos vulneráveis). Objetivo: promover estilos de vida saudáveis através da intervenção de equipas de referência da RNCCI, equipas de cuidados continuados integrados, Centros e Universidades Sêniores;
- Saúde da Mulher – curso de preparação para a parentalidade. Objetivo: Preparar os pais para a maternidade, promovendo a saúde durante a gravidez e o pós-parto.
- Saúde Infanto-Juvenil – intervenção através do Programa Nacional de Saúde Escolar e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Objetivo: garantir o desenvolvimento saudável de crianças e jovens, através de uma abordagem precoce;

- Saúde Mental – parceria com vários elementos da comunidade (iniciativas), avaliação e acompanhamento psicológico. Objetivo: fornecer apoio psicológico transversal a todas as faixas etárias, melhorando a saúde mental da comunidade;
- Cuidados Paliativos – articulação com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Objetivo: acompanhamento, promoção da qualidade de vida e controlo sintomático;
- Cuidador Informal – apoio aos cuidadores, esclarecimento de dúvidas e capacitação de CIs (intervenção individualizada e de grupo). Objetivo: capacitar e apoiar os CIs, proporcionando o suporte necessário para a prestação de cuidados no domicílio;
- Unidade Móvel de Saúde – parceria com a autarquia para a prevenção de isolamento da população idosa. Objetivo: prevenir o isolamento social entre idosos, promovendo o acesso a cuidados de saúde e suporte social;
- Intervenção Comunitária – núcleo local de intervenção, comissão de proteção de crianças e jovens, equipa de prevenção da violência em adultos e núcleo de apoio a crianças e jovens em risco. Objetivo: proteger e apoiar a população mais vulnerável na comunidade, incluindo crianças, jovens e adultos em risco de violência.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O cuidador formal corresponde ao profissional de saúde cuja incumbência é a prestação de cuidados, possuindo o dever de assumir formalmente o exercício profissional pelo qual optou de forma voluntária e, para o qual teve preparação académica e profissional prévia (Oliveira et al., 2007). Depreende-se por sua vez, que o profissional auferir uma remuneração pelo exercício da profissão, mediante a categoria profissional em que se encontre e respetiva tabela remuneratória.

O CI, por sua vez, é descrito como o parente ou amigo que assegura a maior parte dos cuidados (atividades de vida diárias) e apoio que o indivíduo em situação de dependência requer quando se encontra no seu contexto familiar - domicílio (Oliveira et al., 2007). A situação de dependência pode dever-se a fatores tais como: patologia crónica, necessidades especiais, incapacidade permanente e/ou alterações (comorbilidades) associadas ao envelhecimento natural. De acordo com a Lei n.º 100/2019 (Diário da República) referente ao ECI, CI é o "(...) cônjuge, unido de facto ou parente afim até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que acompanha e cuida 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." (DR, 2019: 9).

O ECI define o CI principal como o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta que cuida de forma permanente, que reside com a pessoa cuidada em comunhão de habitação e que não recebe qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados prestados (Lei n.º 100/2019, 2019, p.9).

O ECI refere que o CI não principal corresponde ao cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta que acompanha e cuida da pessoa de forma regular, mas não permanente, podendo receber ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta (Lei nº 100/2019, 2019).

Os CIs prestam vários cuidados associados à assistência do seu familiar. Esses cuidados incluem:

- Assistência nas atividades de vida diárias – cuidados de higiene, vestuário, alimentação e posicionamento (alternância de decúbitos);
- Administração de terapêutica – gestão da terapêutica através de aconselhamento dos profissionais de saúde (polimedicação associada a patologias crónicas) e promoção da adesão à terapêutica;
- Cuidados de saúde - monitorizar as necessidades de saúde da pessoa cuidada (PC), acompanhá-la aos serviços de saúde (por exemplo em contexto de consultas médicas, terapias e exames complementares de diagnóstico);

- Assistência nas atividades domésticas – cozinhar, limpar e lavagem da roupa;
- Suporte emocional – promover a saúde mental da PC, apoiá-la emocionalmente e solicitar encaminhamento adequado aos profissionais de saúde, em caso de necessidade.

O aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o incremento da multimorbilidade e polimedicação nos idosos tem resultado numa complexa exigência dos cuidados prestados pelos CIs (necessitando cada vez mais de competências e conhecimentos para os desenvolver). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022), os CIs do sexo masculino são mais propensos a sofrer um impacto negativo na sua saúde física, enquanto as mulheres são mais propensas a relatar resultados negativos na saúde mental. O mesmo relatório refere que a prestação de cuidados informais num período temporal extenso tem uma repercussão negativa na saúde e bem-estar dos cuidadores. Frequentemente os CIs “(...) negligenciam as suas próprias necessidades dando prioridade às necessidades da pessoa cuidada.” (Caldeira et. al., 2022, p.71), causando sensação de stress, sobrecarga e exaustão. Os CIs enfrentam inúmeros desafios durante o processo de cuidar, destacando-se:

- Sobrecarga física e emocional que prejudica a saúde física e mental do CI;
- Gestão laboral, considerando que o compromisso do CI para com a PC pode levar ao absentismo laboral e necessidade de ajustar a sua situação financeira;
- Negligência do cuidado pessoal – impossibilidade de o CI exercer atividades de lazer e limite temporal para o próprio autocuidado;
- Necessidade constante de atualização e formação – os CI deverão possuir formação específica para desempenharem funções, gerir cuidados e tomarem conhecimento acerca da condição clínica da PC.

Um estudo efetuado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (2023) revelou que, a literacia em saúde dos CIs portugueses está diretamente relacionada com a sua qualidade de vida, divulgando que, “(...) quanto maior o nível de literacia em saúde, melhor a qualidade de vida [dos cuidadores informais].” e que a literacia em saúde está inversamente relacionada com a sobrecarga do CI – “(...) quanto maior o nível de literacia em saúde, menor a sobrecarga do cuidador.” (Escoval et al., 2023). O estudo englobou 760 CIs de nacionalidade portuguesa e concluiu que, no que diz respeito à perceção dos cuidadores acerca da sua própria saúde, 56,9% consideram que a sua saúde se enquadra na categoria “razoável” e 51,3% assumiam o mesmo nível (razoável) para categorizar o seu estado de saúde mental. O estudo concluiu igualmente que, 58,6% dos cuidadores têm um nível

de literacia em saúde “inadequado ou problemático” e 48,1% classificam o seu acesso à informação sobre ser CI no nível “muito mau ou mau”. Nesta perspetiva e, de acordo com os autores supramencionados (Escoval et al., 2023), para capacitar o cuidador e promover a sua literacia em saúde é necessário os profissionais de saúde tomarem conhecimento das competências cognitivas do CI para compreender a informação transmitida, saúde individual (nomeadamente sensação de sobrecarga – intervindo em caso de diagnóstico da mesma por exemplo através da aplicação da Escala de Zarit, que tem como objetivo a avaliação da sobrecarga dos cuidadores) e manter o rigor científico no conhecimento partilhado.

Com o intuito de apoiar os CIs foram criados recursos concebidos para colmatar as suas necessidades e da PC. Destacam-se:

- Descanso do Cuidador (integrado na RNCCI) - permite a promoção da qualidade e eficácia da prestação de cuidados continuados, integrando nos seus profissionais de saúde a competência de “(...) formar, qualificar e apoiar os familiares ou prestadores informais (...)” (SNS, 2021). Com o intuito de apoiar a PC e o CI, o EEEEC deverá manter a vigilância da situação e contexto em que se inserem, capacitar, orientar e supervisionar o cuidador para os cuidados adequados à PC e implementar medidas que considere necessárias para promover a saúde e bem-estar do cuidador (diminuindo o seu grau de sobrecarga e aumentando a qualidade dos cuidados) (Nicolau, 2018, p.15). A sobrecarga dos cuidadores e alívio dos cuidados providenciados pelos mesmos foi um aspeto considerado no delineamento da RNCCI pelo que, um dos recursos que a integra é o “Descanso do Cuidador” que promove a assistência temporária da PC em instalações adequadas para tal, permitindo o descanso do CI. Consiste no “(...) conjunto de intervenções que providenciem períodos de alívio ou descanso efetivo aos cuidadores, libertando-os temporariamente das atividades inerentes à prestação de cuidados.” (SNS, 2021);
- Estatuto Cuidador Informal (ECI) - reconhece que os CIs têm direito a acompanhamento pelos serviços competentes de saúde e da segurança social, com atribuição de um profissional de referência para ambas as valências, de acordo com as necessidades identificadas. O cuidador tem direito a aconselhamento, acompanhamento e esclarecimento face aos seus direitos e recursos comunitários à disposição para que se sinta capacitado para a prestação de cuidados no domicílio (Lei nº 100/2019, 2019);
- Grupos de Apoio – são uma ferramenta fundamental, preconizada no ECI, na promoção do bem-estar e qualidade de vida dos CIs. Consistem em

espaços onde os cuidadores podem partilhar experiências e receber apoio emocional. Estes grupos tornam-se também importantes para atenuar os efeitos negativos do processo de luto após a morte da PC. O CI deve estar preparado para partilhar crenças, preocupações e vivências sobre esta experiência (Pinto et al., 2019). Exemplos - grupo de autoajuda CARE4DEM que foi especificamente desenvolvido para apoiar CIs de indivíduos com demência, mas que prevê a transferência do modelo para outros grupos-alvo num futuro próximo;

- Associações - Associação Cuidadores (que possui uma linha telefónica delineada especificamente para dar apoio ao CI);
- Cursos – iniciativas que podem ser desenvolvidas pelos cuidados de saúde para oferecer treino e educação para a saúde aos CIs de forma a capacitá-los para a prestação de cuidados e promover a sua literacia em saúde;
- Apoio Financeiro – no âmbito da atribuição do ECI surge o benefício da entrega de um subsídio de apoio ao cuidador informal principal – a cargo do Instituto da Segurança Social. Alguns municípios oferecem igualmente regalias a quem tem atribuído o ECI – tais como vantagens em serviços farmacêuticos, apoio na aquisição de ajudas técnicas e materiais que auxiliam no processo de cuidar. O impacto económico para o CI corresponde à utilização de serviços e recursos de saúde e sociais, ao absentismo laboral e à necessidade de reorganização familiar. Considerando estes dados e, para atenuar as consequências destas mudanças no seio familiar, vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico delinearam medidas de apoio financeiro específico para os CIs. A título de exemplo, na Alemanha os idosos recebem uma contribuição que podem gerir de acordo com as suas necessidades e, inclusive atribuí-la ao seu cuidador informal (Pires, 2015, p. 4). Em França existe outra medida denominada «Allocation Personnalisée d'Autonomie», com atribuição de um apoio médio de 500€ (variando de acordo com nível de dependência, rendimentos, etc.) (Pires, 2015, p. 4). Por sua vez, em Portugal é atribuído um subsídio com valor monetário que, em média, pode variar entre os 90,69€ e os 181,38€ mensais (considerando igualmente os rendimentos individuais).

O estudo previamente mencionado, elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (Escoval et. al, 2023), revelou que, dos CIs inquiridos (população do estudo – 790), 85,7% não possuem o ECI atribuído (apesar de 78,9% cuidar de pelo menos uma pessoa). Acerca dos apoios, 51,1% dos indivíduos refere que não tem qualquer tipo de apoio para desempenhar o papel de CI e, 93,5%

referem que nunca usufruíram do serviço de “Descanso do Cuidador”. O estudo concluiu igualmente que, os CIs que indicam ter menos apoio, são os que apresentam um menor nível de literacia em saúde. Pode então concluir-se que, de acordo com o mesmo estudo, quanto melhor o nível de literacia em saúde do CI, melhor a sua acessibilidade aos recursos na comunidade e melhor a sua qualidade de vida. De acordo com o estudo desenvolvido, existe uma “(...) subutilização das respostas criadas para apoio a esta população e um grande número de necessidades não satisfeitas.” (Escoval et al., 2023).

## **2.1. Determinantes em Saúde**

O modelo conceptual dos Determinantes Sociais de Dahlgren e Whitehead (2007) explica que os “(...) mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até [às] condições económicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade (...)” (Geib, 2012, p. 124). A nível individual são considerados aspetos tais como a idade, género e fatores genéticos, seguidamente estão os fatores comportamentais e estilos de vida, no nível conseqüente estão as interações estabelecidas na comunidade (recursos comunitários), subsequentemente estão as condições de vida e trabalho e, para finalizar, as condições económicas, culturais e ambientais. Este modelo destaca assim a relevância dos determinantes sociais e o impacto dos mesmos sobre a situação de saúde da população/comunidade. Para os CIs verifica-se que fatores individuais como idade e género caracterizam a população - predominância de CI do sexo feminino, com idade média de 62 anos (Gonçalves et. al., 2019). Outro dos determinantes sociais referido num estudo efetuado por Gonçalves et al. (2019) - com uma amostra de 71 CIs – são as condições de trabalho, com predominância do desemprego nesta população e as condições económicas, onde se evidencia que o rendimento médio dos CIs é entre os 500 e 875 euros mensais.

Os profissionais de saúde, quando colaboram com os CIs para que os mesmos consigam desempenhar as tarefas de forma mais adequada às necessidades da pessoa cuidada, promovem a sua literacia em saúde, sendo este um aspeto que, devido à sua complexidade, é determinado por diversos fatores. No âmbito da literacia em saúde, tal como descrito no Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico (DGS, 2023), destacam-se os seguintes determinantes: idade e sexo do individuo, problemas de saúde, competências emocionais e cognitivas, estratégias de difusão de informação, qualidade da informação, competências comunicacionais dos profissionais de saúde, crenças e acesso a tecnologias de informação (DGS, 2019). O Plano supramencionado refere desta forma que a promoção da literacia em saúde pode ser potenciada através da adoção de uma comunicação que

tenha por base os determinantes referidos e que recorra à “(...) ativação de emoções positivas e à utilização de imagens adaptadas às características específicas do público-alvo (...)” (DGS, 2023, p. 15).

O conhecimento inadequado sobre recursos comunitários pode ser prejudicial para a capacidade de os CIs procurarem apoio no contexto que vivenciam. A sensação de sobrecarga e a redução na qualidade de vida do CI pode prejudicar os cuidados prestados à PC pelo que se torna fundamental o acompanhamento e apoio do profissional de saúde de referência (maioritariamente tratando-se de enfermeiros).

O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 possui um eixo cujo objetivo é a “(...) qualidade e acessibilidade à informação de saúde [nomeadamente] identificar e tornar facilmente acessíveis boas práticas de informação em saúde.” (DGS, 2023, p. 15) pelo que compete aos enfermeiros potenciar este indicador através da sua intervenção. Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, enquanto agentes facilitadores da mudança, devem promover e implementar programas com vista ao aumento da literacia em saúde, não só dos indivíduos, da comunidade e grupos, mas também dos demais colegas, desenvolvendo projetos de saúde coletivos para *empowerment* e capacitação no desenvolvimento de competências em várias temáticas que impactam a qualidade dos cuidados prestados e na vigilância da saúde, assumindo a liderança de processos de grupo.

Os enfermeiros possuem a responsabilidade de promover a literacia em saúde e divulgar conhecimento sobre a saúde/prevenção da doença, impactando de forma positiva os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais dos grupos com quem lidam (onde se podem enquadrar os pares) (Wilandika et al., 2023).

A literacia em saúde é multifatorial, sendo influenciada por diversos aspetos tais como: idade, sexo, nível educativo, condições psicológicas/cognitivas, perceção sobre a saúde/doença (positiva/negativa), etnia, religião, estado civil, língua materna e dedicação ao processo de aprendizagem (influenciando tanto os indivíduos alvo da promoção da literacia em saúde, como os enfermeiros que a praticam) (Wilandika et al., 2023). O tipo de serviço onde os enfermeiros exercem funções, atitude face ao processo educativo e experiências prévias que tenham vivenciado podem igualmente influenciar o processo de literacia em saúde (Kim & Oh, 2020). Assim sendo, torna-se fulcral que, no início do processo de promoção da literacia, o enfermeiro tome conhecimento sobre estes fatores e adeque a sua prática às necessidades de cada indivíduo/grupo.

No que concerne ao contexto do apoio à literacia em saúde dos CIs em Portugal, segundo Costa et al. (2022), a ausência prévia de programas de apoio aos cuidadores e sua literacia pode desencadear uma literacia em saúde limitada no que diz respeito ao acesso, aplicação e avaliação de informações acerca da saúde, impactando de forma

negativa a literacia e qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente. Torna-se fulcral que os enfermeiros procurem apoiar os cuidadores neste aspeto e, para tal, deverão possuir estratégias que promovam a sua autocrítica relativamente à literacia em saúde e procurar manterem-se atualizados na temática através de fontes científicas adequadas. Os enfermeiros possuem assim competências específicas para o desenvolvimento de materiais em formato escrito e visual, competências comunicacionais (podendo ingressar em cursos sobre esta temática para melhorar a sua intervenção) e para criação de ambientes favoráveis à promoção da literacia em saúde (Serbim et al., 2022).

A promoção da literacia em saúde dos profissionais de saúde apresenta um papel fundamental para aumentar o conhecimento dos mesmos acerca dos fatores limitadores/facilitadores no que concerne ao desenvolvimento de estratégias para divulgação de recursos na comunidade e recursos na área da saúde, promovendo a reflexão e decisão das intervenções, com o intuito de orientar a resposta às necessidades dos intervenientes e simplificar a compreensão dos respetivos determinantes de saúde englobados, auxiliando na promoção da saúde e prevenção da doença. Neste sentido, é fulcral a coesão da equipa de saúde no que diz respeito à literacia em saúde, para criar condições que permitam incrementar o conhecimento dos indivíduos acerca dos recursos comunitários, de saúde e de âmbito social de que dispõem.

O enfermeiro é o agente de mudança que promove a literacia em saúde à população em geral, à comunidade e ao paradigma individual, proporcionando ferramentas e competências para a criação de um ambiente potenciador de alteração de comportamentos relativos às decisões na área da saúde. Com este foco o enfermeiro possui igualmente a capacidade de promover a gestão dos comportamentos da saúde (nível individual e de grupo) e fomentar a literacia em saúde do grupo profissional em que se insere. Para tal, existem várias estratégias que permitem dinamizar o processo de promoção da literacia em saúde, permitindo aos enfermeiros a transmissão de ferramentas que facilitem a acessibilidade dos indivíduos aos cuidados de saúde e que permitam que os mesmos adquiram autonomia para a navegação nos recursos do SNS, tomando conhecimento acerca dos seus direitos e deveres enquanto beneficiários de cuidados de saúde. Os enfermeiros possuem competências comunicacionais e a capacidade de lidar com problemas tais como, a divulgação de recursos, gestão de *stress*, pensamento positivo e bem-estar espiritual (Wilandika et al., 2023).

O objetivo da promoção da literacia em saúde, nomeadamente nos profissionais de saúde, acerca das estratégias para divulgação do ECI deve compreender e ter em consideração vários componentes essenciais tais como: as experiências individuais de

cada profissional (estilo de comunicação, estratégias adotadas para promoção da saúde, fatores psicológicos e socioculturais), formação acerca do tema (recursos, legislação em vigor, condições e direitos de acesso ao ECI e participação dos profissionais de saúde no ECI) e o resultado pretendido para cada profissional, considerando a adequação de comportamentos de auxílio à implementação do ECI.

## **2.2. Referencial Teórico – Literacia para a Saúde**

O modelo teórico que conceptualiza a literacia para a saúde foi proposto por Kristine Sorensen *et al.* (2012) e tem como objetivo definir a literacia para a saúde como um processo contínuo, envolvendo consecutivamente o “(...) aceder, compreender, processar e transmitir informação.” (Madeira, 2016, p. 15). Deste modo, o modelo de Sörensen *et al.* (2012) define o processo como sequencial e integrando componentes que envolvem a acessibilidade à informação de saúde e a compreensão, integração e aplicação da mesma para gerar “(...) conhecimento e competências, as quais permitem ao indivíduo atravessar os três domínios que fazem parte dos cuidados de saúde: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.” (Madeira, 2016, p. 5).

A Figura 1 referente ao modelo teórico de Sörensen *et al.* (2012) revela os domínios previamente abordados e, numa vertente lógica, define os fatores proximais e distais com impacto na literacia para a saúde, “(...) juntamente com as vias que ligam a literacia para a saúde aos *outcomes* em saúde.” (Madeira, 2016, p. 16). Analisando o modelo surgem como fatores centrais ao mesmo as competências/dimensões para operacionalizar a literacia em saúde (aceder, compreender, integrar e aplicar a informação), que poderão ser caracterizadas de forma aprofundada em cada domínio. (Carvalho *et al.*, 2020, p. 17). Cada competência previamente mencionada requer controlo sobre a saúde individual, qualidades cognitivas específicas e é influenciada pela qualidade da informação transmitida. Os três domínios centrais representam assim a “(...) progressão de um ponto de vista individual para uma perspetiva populacional.” (Madeira, 2016, p. 16). O modelo de Sörensen *et al.* (2012) demonstra igualmente os antecedentes e as consequências da literacia para a saúde, distinguindo os fatores distais (determinantes sociais e ambientais tais como - situação demográfica, cultura, linguagem e orientação política), fatores proximais (determinantes pessoais - idade, género, etnia, socio economia, educação, emprego, rendimento e literacia) e determinantes situacionais (apoio familiar, utilização dos media e ambiente) (Madeira, 2016, p. 16). Considerando o modelo teórico em estudo, será benéfico que os enfermeiros estejam atualizados e que possuam a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação acerca do ECI para que possam auxiliar os cidadãos a

solicitar os devidos apoios e assim beneficiarem das vantagens do Estatuto. No Quadro 1 apresenta-se a aplicação do referencial teórico de Kristine Sørensen à temática em estudo (capacidade dos profissionais de saúde para divulgar e implementar o ECI).

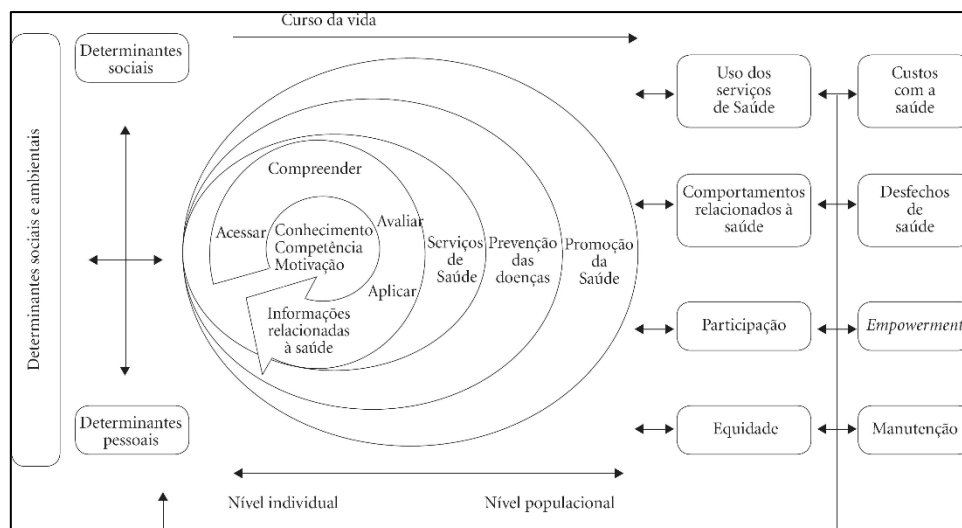


Figura 1 – Modelo Teórico - Literacia para a Saúde (Sørensen *et al.*)

	<b>Aceder/Obter Informações</b>	<b>Entender Informações</b>	<b>Processar/Avaliar Informações</b>	<b>Aplicar/Usar Informações</b>
<b>Cuidados de Saúde</b>	Habilidade dos profissionais para aceder a informações (avaliação do nível de literacia relacionada com o ECI)	Habilidade dos profissionais para entender informações e atribuir significado (nível de literacia e compreensão da informação - competências cognitivas)	Habilidade dos profissionais para interpretar e avaliar informações - conhecimento teórico e prático acerca do ECI	Habilidade dos profissionais para tomarem decisões informadas

<b>Prevenção de Doenças</b>	Promoção da literacia em saúde dos profissionais acerca da operacionalização do ECI (componente ético-legal, social e da saúde)	Promoção da literacia em saúde dos profissionais para compreensão dos aspetos afetos ao ECI e atribuir significado	Promoção da literacia em saúde dos profissionais para a interpretação e avaliação de informações acerca do ECI (esclarecimento junto da comunidade)	Habilidade dos profissionais para tomar decisões informadas no que diz respeito ao ECI
<b>Promoção de Saúde</b>	Promover a habilidade dos profissionais para se atualizarem em determinantes para saúde	Promover a habilidade dos profissionais para compreenderem informações em determinantes para saúde e atribuir significado	Promover a habilidade dos profissionais para interpretar e avaliar informações em determinantes para saúde	Promover a habilidade dos profissionais para tomar decisões informadas em determinantes para saúde

Quadro 1 – Adequação do Referencial Teórico ao Tema em Estudo

### **3. JUSTIFICAÇÃO E ÂMBITO DO PROBLEMA**

No âmbito do PNS (DGS, 2021), as necessidades de saúde em Portugal, aplicadas aos determinantes de saúde, são as seguintes:

- Redução dos fatores de risco de elevada prevalência – enfoque na diminuição de fatores com tendência ascendente e que representem ameaças significativas à saúde da população;
- Manutenção do controlo dos fatores de risco - garantir que os fatores de risco já controlados permaneçam neste registo, evitando que representem novamente uma ameaça à saúde pública;
- Aumento da prevalência dos fatores protetores - promover e intensificar fatores que protegem e melhoram a saúde, aumentando o seu impacto positivo na população.

As necessidades de saúde identificadas no PNS (2021-2030) são essenciais para orientar as estratégias de intervenção, garantindo que os programas de saúde são eficazes e direcionados para as necessidades. Ao focar na redução dos fatores de risco, manutenção do controlo e promoção dos fatores protetores, o PNS visa melhorar significativamente a saúde e o bem-estar da população. Para os problemas de saúde de elevada magnitude (identificados como prioritários), as necessidades de saúde são traduzidas em:

- Redução da Morte Prematura e Evitável - reduzir a taxa de mortalidade prematura, que pode ser prevenida através de intervenções de saúde multidisciplinares;
- Redução da Carga de Doença e/ou Incapacidade Associada - reduzir o impacto das patologias e das incapacidades na população, aliviando o peso que estas condições impõem (culminando, por exemplo na necessidade da transição de papéis familiares – CI);
- Redução da Prevalência dos Respetivos Fatores de Risco – reduzir a frequência ou severidade dos fatores de risco específicos para cada problema de saúde;
- Aumento da Prevalência ou Intensidade dos Fatores Protetores - aumentar o impacto dos fatores protetores contra os problemas de saúde prioritários.

Na UCC na qual foi realizado o estágio, foi identificada a necessidade de melhorar a operacionalização do ECI, sendo uma área que foi posteriormente formalizada na carteira de serviços. Este projeto de intervenção visa colmatar as necessidades dos profissionais de saúde no âmbito da divulgação do ECI, nomeadamente o processo legal, benefícios (municipais e sociais), direitos e deveres dos cuidadores e estratégias

de comunicação e divulgação. Apraz mencionar que, a carta de compromisso da UCC tem o objetivo de identificar o plano de ação, os problemas e delinear objetivos, atividades, recursos e planos de formação. Os problemas identificados na carta supramencionada foram: o deficit de conhecimento da população sobre os recursos disponíveis na comunidade, o papel parental comprometido, o deficit de conhecimento dos profissionais em registos no sistema de informação e o deficit de conhecimento da população da carteira de serviços da UCC. Com o intuito de dar resposta às necessidades emergentes, a UCC já possuía em vigor um projeto no âmbito do apoio ao CI que visava apoiar os cuidadores, esclarecer as suas dúvidas e capacitá-los para a prestação de cuidados no domicílio.

Com o intuito de sustentar o projeto de intervenção numa prática baseada na evidência, foi realizada uma *Scoping Review* (Apêndice 1), com o objetivo de identificar estratégias promotoras da literacia em saúde dos enfermeiros em cuidados de saúde primários, no âmbito do ECI. Esta revisão veio demonstrar a relevância da implementação de programas para promoção da literacia em saúde em Portugal, com o intuito de apoiar e melhorar a qualidade de vida dos CIs (Costa et al., 2022). Um dos eixos do Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (atualmente em vigor após o término do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021) é a “(...) qualidade e acessibilidade à informação de saúde [nomeadamente] identificar e tornar facilmente acessíveis boas práticas de informação em saúde.” (DGS, 2023: 15) pelo que compete aos enfermeiros potenciar este indicador através da sua intervenção.

Relativamente ao processo de promoção da literacia em saúde, e de acordo com o conhecimento obtido através da *Scoping Review* elaborada, é necessário o enfermeiro identificar os problemas específicos de cada individuo que possam posteriormente limitar o processo de promoção da literacia, deverá respeitar as suas opiniões e escolhas, planear de forma realista o processo de literacia e deverá utilizar métodos adequados para validar a informação partilhada. Poderá ser confirmada a compreensão do individuo no que diz respeito ao processo educativo utilizando por exemplo técnicas interativas – validação através do método “*teach back*” (Kim & Oh, 2020). Sorensen (2019) acrescenta que é pertinente compreender o impacto que a literacia em saúde produz em cada individuo, possuir habilidade para definir a direção da mudança, reconhecer de que forma impacta o diálogo, a comunicação e cultura neste processo e cumprir sempre os princípios éticos e legais e respeitar a dignidade humana durante a interação desenvolvida.

A *Scoping Review* efetuada verificou que, os CIs envolvidos em programas de apoio e treino da literacia em saúde demonstraram níveis de literacia superiores aos

cuidadores que não frequentavam programas nesse âmbito. A operacionalização destes programas de promoção da literacia em saúde desempenham um papel fulcral na capacitação dos CIs e *empowerment* para a tomada de decisão relativa à saúde e procura de informação, por exemplo, acerca do ECI e suas especificidades (Costa et al., 2022). Desta forma, reforça-se a necessidade urgente de potenciar a literacia em saúde dos cuidadores, capacitando os cidadãos com conhecimentos e competências de navegação no SNS com o intuito de reduzir a sobrecarga no sistema de saúde (Costa et al, 2022).

Uma das barreiras do processo de literacia em saúde identificada através da *Scoping Review* é a digitalização presentemente verificada na área da saúde - principalmente para indivíduos com baixos *status* socioeconómicos e habilitações literárias, devido à dificuldade na utilização adequada das tecnologias (Costa et al., 2022). Os profissionais de saúde devem adequar a sua linguagem às características de cada indivíduo e procurar auxiliar os cidadãos no uso de tecnologias dentro da sua capacidade.

Durante o decorrer do estágio foi efetuada uma entrevista informal à informante chave - interlocutora que efetua a ligação entre os profissionais de referência na área da saúde e a Administração de Saúde da Área - onde foi evidenciado o vínculo de proximidade dos cuidados de saúde à comunidade como pode ser verificado na UCC em apreço, onde o município desenvolveu medidas e iniciativas no âmbito social e de saúde com o intuito de apoiar os CIs com estatuto deferido para aquela área de abrangência, disponibilizando vários serviços de apoio social. A UCC participou igualmente no desenvolvimento de atividades como o laboratório de simulação de capacitação para CIs (formação individualizada e de grupo). Importa referir que, de acordo com a informante chave, é percecionada uma dificuldade na divulgação do ECI e benefícios do mesmo pelo que, segundo a informante, seria relevante dotar os profissionais de saúde de estratégias e ferramentas para divulgarem o estatuto junto da comunidade.

#### **4. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

O processo de planeamento em saúde é uma competência específica EEEC, adaptando-se a diversos contextos de prática ao longo do ciclo de vida. Segundo o PNS 2021-2030, é crucial fomentar a qualidade do planeamento em saúde, abrangendo desde o planeamento estratégico e de base populacional até o planeamento tático, operacional e de contingência (DGS, 2021). A integração da metodologia de planeamento em saúde possibilita o alinhamento, articulação e integração multinível dos planos de saúde, valorizando as necessidades de saúde específicas identificadas e as estratégias de intervenção selecionadas (DGS, 2021). A metodologia do planeamento em saúde pode ser dividida em oito etapas, conforme descrito por Melo (2020), e complementado por Guerra (2006):

- Identificação dos Problemas e Diagnóstico de Situação – identificar as necessidades de saúde da população, envolver a análise de causalidade e evolução prognóstica, compatibilizar as necessidades de saúde com a oferta e procura de serviços disponíveis e caracterizar a população, as suas necessidades e recursos;
- Definição de Prioridades – priorizar as necessidades de saúde identificadas, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Fixação de Objetivos - estabelecer objetivos gerais e específicos para cada problema identificado. Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, concretizáveis e mensuráveis;
- Seleção de Estratégias - delinear processos adequados para reduzir os problemas de saúde prioritários e apresentar estratégias de intervenção que permitam alcançar os objetivos estabelecidos;
- Elaboração de Programas e Projetos - desenvolver programas (conjunto de atividades necessárias para a execução parcial ou total de uma estratégia) e projetos (atividades específicas que ocorrem num determinado período);
- Preparação da Execução – planejar a implementação das estratégias selecionadas;
- Execução – implementar os programas e projetos delineados;
- Avaliação - avaliar a intervenção efetuada junto da população utilizando indicadores de processo, resultado ou de estrutura. Guerra (2006) acrescenta igualmente a necessidade de divulgação dos resultados.

O processo de planeamento em saúde, seguindo a metodologia descrita, permite uma abordagem estruturada e eficiente na melhoria da saúde da população. A integração e coordenação entre os serviços de saúde pública, parceiros sociais e

comunitários, e os municípios são essenciais para o conhecimento aprofundado das necessidades de saúde e para a implementação de intervenções eficazes.

No contexto do planeamento em saúde, é imprescindível garantir o cumprimento rigoroso dos aspetos ético-legais, assegurando que todas as intervenções e estratégias adotadas respeitem os direitos e a dignidade dos indivíduos e das comunidades envolvidas pois, o levantamento de dados, junto de seres humanos, implica que questões morais e éticas sejam levantadas (Fortin, 2009). Desta forma, o EEEC deve estar atento a estes princípios, integrando-os de forma consistente em todas as etapas do processo de planeamento, garantindo a integridade e credibilidade do trabalho desenvolvido. O cumprimento destes aspetos é fundamental para proteger os direitos dos participantes, assegurar a validade dos dados e garantir a responsabilidade ética de quem lidera o processo de investigação. Os princípios éticos que foram cumpridos durante a realização deste projeto foram:

- Autonomia – garantido o respeito pela autonomia dos indivíduos e que os mesmos possuem capacidade de tomada de decisão informada sobre a sua saúde, proporcionando-lhes informações claras e compreensíveis.
- Consentimento Informado – assegurado que todas as intervenções foram precedidas pelo consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios. O consentimento informado (documento assinado) de todos os participantes foi documentado e arquivado. O modelo do documento encontra-se no Apêndice 2;
- Beneficência – todas as ações visaram o benefício máximo para a saúde e bem-estar da população, minimizando riscos e potenciais danos morais. Para tal, foram cuidadosamente analisados os riscos e benefícios de cada intervenção;
- Não Maleficência – todas as intervenções foram planeadas e implementadas de forma a evitar causar danos aos indivíduos ou à comunidade;
- Justiça – foi garantida a equidade no acesso à informação e assegurada uma distribuição de recursos justa.

O cumprimento dos aspetos ético-legais no planeamento em saúde é essencial para garantir a qualidade e a eficácia das intervenções, promovendo a saúde e o bem-estar da população de forma justa, equitativa e respeitosa. Torna-se fundamental assegurar que todas as intervenções implementadas são baseadas em evidência científica (mais concretamente deverá ser cumprida a premissa da Prática Baseada na Evidência). O EEEC tem o dever de garantir a confidencialidade dos dados, protegendo

a privacidade da população e cumprir o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, garantindo que os dados são recolhidos, processados e armazenados de forma adequada. O EEEEC possui um papel crucial na integração desses princípios no seu trabalho diário, contribuindo para uma prática de saúde comunitária ética e em conformidade com a legislação nacional e internacional e um avanço no conhecimento científico responsável através do cumprimento destes princípios. Para o desenvolvimento deste projeto foi consultado o Código de Ética e de Conduta do Instituto Politécnico de Santarém e, previamente à colheita de dados, foi solicitado o parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (Anexo 1). Na fase de elaboração do relatório e divulgação dos resultados, foram sempre respeitados os direitos dos participantes e a propriedade intelectual.

#### **4.1. Diagnóstico de Situação**

Na primeira etapa do planeamento em saúde, designada de diagnóstico de situação, são identificadas as necessidades de saúde da população. Desta forma, o diagnóstico envolve uma noção de causalidade e evolução prognóstica, sendo necessária a compatibilização entre as necessidades de saúde e a procura e oferta disponibilizada na área em estudo. Para tal ressalva-se a importância da caracterização da população, das suas necessidades e recursos de que dispõem para posterior priorização de acordo com os critérios estabelecidos. A determinação de dados rigorosa é fundamental para o delineamento de prioridades, onde normalmente dentro de uma comunidade podem ser mais que uma, devendo assim priorizá-las por ordem de importância dentro da comunidade (Melo, 2020). Na perspetiva de Imperatori & Giraldes (1993), a primeira tarefa do diagnóstico é definir o seu sujeito e a área de programação/intervenção.

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa crucial no planeamento em saúde, conforme descrito por Imperatori e Giraldes (1982). Esta etapa envolve um princípio etiológico e uma previsão do impacto na população. As necessidades de saúde, embora sejam um elemento essencial do diagnóstico, não representam a sua totalidade. É fundamental relacionar essas necessidades com a procura e os recursos comunitários disponíveis na área geográfica em estudo (Imperatori & Giraldes, 1993). A concordância entre o diagnóstico de situação e as necessidades de saúde identificadas determina a conformidade do planeamento em saúde e permite o desenvolvimento e a potencialização dos recursos comunitários. O diagnóstico de situação de saúde serve como a "(...) justificação das atividades e o padrão de comparação no momento da avaliação." (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

Imperatori e Giraldes (1993) sugerem que o diagnóstico de situação deve ser elaborado num período de quatro a seis meses, devido às suas limitações, como os determinantes de saúde em constante mudança. Os fatores dependentes para a sua elaboração incluem a complexidade da situação de saúde, a área ou população a ser avaliada, e os recursos comunitários disponíveis. A primeira tarefa na elaboração do diagnóstico de situação é definir o sujeito ou a população e a área a serem avaliadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

No processo de planeamento em saúde, existe uma interligação essencial entre projetos, programas e planos de saúde, sendo impossível dissociá-los. O diagnóstico de enfermagem em saúde comunitária, conforme descrito por Melo (2021), requer o cruzamento entre as necessidades sentidas pela comunidade, que podem ser reais ou expressas. Este cruzamento aproxima os enfermeiros das comunidades. Segundo Imperatori e Giraldes, citados por Melo (2020), a situação ideal num diagnóstico em saúde é alinhar as necessidades reais, sentidas e expressas, de forma a responder adequadamente às necessidades da comunidade. Deve realizar-se uma análise epidemiológica, baseada na incidência de um ou mais problemas de uma população, para otimizar os cuidados de enfermagem fornecidos àquela comunidade. Os projetos comunitários são responsabilidade do EEEC e de Saúde Pública, sendo que, a partir deste diagnóstico, podem avançar para as fases seguintes do planeamento. O diagnóstico de situação é uma etapa fundamental no planeamento em saúde, pois estabelece a base para todas as ações subsequentes.

De acordo com a carta de compromisso de 2023 relativa à UCC em estudo, havia uma preocupação com a atribuição do ECI nesta área geográfica. O levantamento de dados espelhado na carta de compromisso revelou um diagnóstico de "Déficit de conhecimento da população sobre os recursos disponíveis na comunidade". Este diagnóstico comunitário foi focado na temática do ECI, que advém de uma necessidade de saúde comunitária identificada e, cuja resposta, pode aliviar a sobrecarga dos cuidadores e apoiá-los na tarefa de cuidar dos seus familiares, criando um sistema de suporte e evitando institucionalizações. O diagnóstico elaborado remete igualmente para a necessidade de focar a implementação do projeto nos profissionais de saúde, com o objetivo de promover o conhecimento sobre o ECI. Portanto, o grupo-alvo para o levantamento de necessidades incluiu os enfermeiros que trabalhavam na UCC em estudo. Para abranger uma amostra mais significativa e devido à interlocutora dos profissionais de saúde afetos ao ECI mencionar esta como uma necessidade transversal a todas as Unidades do antigo ACeS, foram também incluídos os enfermeiros das restantes UCC.

#### 4.1.1. Processo Metodológico – *Focus Group*

O presente subcapítulo diz respeito à metodologia que sustentou o diagnóstico de situação explanado, explicitando a amostra, os participantes, os instrumentos de recolha de dados utilizados e a metodologia para análise de dados.

*Focus Group* é um conceito que é definido por Silva et al. (2014) como uma técnica de pesquisa qualitativa que consiste na execução de entrevistas/discussões de grupo com o intuito de obter informações sobre determinada temática através das interações de grupo. A realização da sustentação teórica do projeto através da pesquisa bibliográfica e agrupamento dos principais tópicos permitiu posteriormente moderar uma discussão em grupo acerca do tema proposto.

Para a concretização desta técnica cumpriram-se cinco fases: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados (Silva et al., 2014).

Na fase do **planeamento** procurou-se responder a várias questões, entre as quais se destacaram: quais os objetivos orientadores para a realização do Focus Group? Qual a estrutura do guião de entrevista? Qual a população alvo e os respetivos critérios de inclusão? Quantos grupos deverão ser constituídos? (Silva et al., 2014).

Assim, definiram-se como objetivos: compreender qual o domínio e perspetiva que os enfermeiros possuem acerca do tema (implementação do ECI), identificar as suas principais dificuldades/oportunidades na divulgação do ECI junto da comunidade, verificar as suas competências relacionadas com a implementação do ECI e promover a partilha de experiências. Definiu-se o grupo-alvo (enfermeiros a exercer funções nas UCC do ACeS X) e foram contactadas as coordenadoras das Unidades, às quais foi enviado o planeamento do *Focus Group* (Apêndice 3) e solicitado o agendamento de acordo com a disponibilidade do grupo para a primeira etapa e para a discussão dos resultados. Houve adesão por parte de todas as Unidades contactadas, com a possibilidade de agendamento para ambos os momentos. Foram assegurados todos os deveres éticos – elaboração do consentimento informado (Apêndice 2) que solicitava a gravação de áudio para posterior transcrição e informação aos participantes de que não seriam recolhidos quaisquer dados pessoais que permitisse identificá-los e que o anonimato e confidencialidade lhes seria assegurado, da mesma forma que a participação seria livre e que, a qualquer momento, poderiam manifestar a sua não concordância em participar, sem que isso os prejudicasse ao salvaguardar o direito de não responderem se assim o desejassem.

Foi construído um guião de apoio (Apêndice 3), no qual se utilizou uma linguagem clara, com a finalidade de facilitar a interpretação.

Na segunda etapa da organização desta técnica - a **preparação**, foram tidas em conta as “(...) condições logísticas de realização dos grupos como a escolha do local.” (Silva et al., 2014, p. 183). Para a seleção dos 29 participantes foram definidos como critérios de inclusão: exercer funções na UCC, mantendo contacto direto ou indireto com CIs, ter assinado o consentimento informado e participar em todos os momentos do *Focus Group*. No que diz respeito à seleção do local, seguiram-se as recomendações: local acessível, confortável, mantendo a confidencialidade dos participantes (Silva et al., 2014).

Foram assim selecionados 29 enfermeiros, que se dividiram em dois grupos que cumpriam o critério de homogeneidade, com interesses e características em comum. Um dos grupos integrou 18 participantes e o outro grupo 11 participantes. A recomendação segundo Kueger & Casey (2009) é que o tamanho dos grupos oscile entre 4 e 12 participantes, no entanto, devido à organização dos serviços e disponibilidade, tal não foi possível.

O recrutamento ficou a cargo das coordenadoras das Unidades e, devido à política de proteção de dados, não houve contacto prévio com os participantes (apenas nos dias do desenvolvimento do *Focus Group*), que decorreram a 23/01/2024 e 29/01/2024 às 14H00, na sala de reuniões da UCC, com duração preconizada de 1 hora.

Para a fase seguinte do *Focus Group* (moderação) assumiu-se como princípio que o sucesso do mesmo estaria dependente das competências de moderação e de dinâmica do moderador, pelo que se procurou não emitir juízos de valor nem questionar os participantes, praticando uma escuta ativa e orientando a discussão (Silva, Veloso & Keating, 2014). Apesar de ter sido planeado a duração de 1 Hora, em ambos os grupos foi necessária 1 Hora e 30 Minutos.

Na fase de análise dos dados, após a transcrição das gravações, adotou-se a proposta de Silva et al. (2014), dividindo a análise em três etapas principais: codificação/indexação, armazenamento/recuperação e interpretação. A etapa da codificação/indexação consistiu na leitura das transcrições para identificar as categorias principais abordadas e as subcategorias. Foram ainda considerados os temas que surgiram aquando dinamização da discussão nos grupos e não apenas os temas preconizados no instrumento de colheita (guião).

A fase de armazenamento/recuperação – consistiu na compilação de dados, organizando todos os extratos transcritos codificados nas suas respetivas categorias, comparando-os posteriormente. Para a realização desta etapa foi utilizado o software Atlas.ti para facilitar a compilação e recuperação dos dados.

Esta análise encontra-se transcrita no quadro seguinte, verificando-se que a categoria com maior impacto foi a referente às dificuldades e oportunidades relativas ao

ECI, traduzindo assim a magnitude do problema. Seguidamente a categoria com maior impacto foi a referente à intervenção do enfermeiro, seguindo-se os aspetos ético-legais e, por último, as estratégias de divulgação.

Quadro 2 - Grelha de Análise do *Focus Group*

<b>Tema:</b> Implementação do estatuto de cuidador informal		
<b>Categoria:</b> Intervenção do Enfermeiro		<b>Unidades de registo</b>
<b>Sub.categorias</b>	Avaliação de Necessidades	“Orientar e avaliar as necessidades do cuidador e da pessoa cuidada” (SIC) “Acompanhar as Famílias” (SIC)
	Elemento facilitador	“Ser o apoio e o elo de ligação com os cuidados de saúde” (SIC) “Ser o elo de referência de articulação com os cuidados de saúde” (SIC) “Articular, ser facilitador e ser a ligação aos cuidados de saúde” (SIC) “Encaminhar ou referenciar para outro profissional consoante necessidade” (SIC)
	Parceiro nos Cuidados	Deverá realizar a visita conjunta com o profissional do serviço social” (SIC) “Responsável pela integração de cuidados”
	Plano Intervenção Específico	“Avaliar e elaborar um plano de intervenção específico” (SIC)
<b>Categoria:</b> Dificuldades/Oportunidades		<b>Unidades de registo</b>
<b>Sub.categorias</b>	Défice de conhecimentos/informação	Desconhecimento sobre os Serviços “Falta de conhecimento dos profissionais de saúde e da população em geral” “Desconhecimento das vantagens por parte da população” “Falta de informação”
	Emergência de processos burocráticos	“Processo complexo devido à componente burocrática – inscrição e requerimentos necessários” “É um processo maioritariamente burocrático”

		“O pedido de Estatuto consiste num processo burocrático complexo”
	Vantagens a Curto Prazo Não Identificadas	<p>“A população questiona essencialmente acerca das vantagens financeiras”</p> <p>“A população sente que já tem seguimento nos cuidados de saúde, sem necessitar do Estatuto”</p> <p>“Já existe acompanhamento pelos cuidados de saúde pelo que a população não vê as outras vantagens”</p> <p>Acompanhamento pelos Cuidados de Saúde sem ECI</p>
<b>Categoria: Estratégias Divulgação</b>		<b>Unidades de registo</b>
<b>Sub.categorias</b>	Utilização de instrumentos do Serviço Social	<p>A divulgação é realizada com parceiros da comunidade, em qualquer oportunidade ou consulta”</p> <p>Guia Prático Segurança Social</p> <p>“Folhetos já elaborados pela Unidade”</p>
	Parceiros da Comunidade	Articulação com as autarquias – parcerias
<b>Categoria: Aspetos Ético-Legais</b>		<b>Unidades de registo</b>
<b>Sub.categorias</b>	Legislação Extensa	<p>De Difícil Compreensão para População com Baixa Literacia</p> <p>“A informação é pouco acessível para a população em geral – pouco objetiva” (SIC)</p>
	Cuidador Informal Principal/Não Principal	Interpretação – Diferença Cuidados Informal Principal e Não Principal
	Benefícios Indiretos	“Os Benefícios Indiretos Estão Pouco Explícitos” (SIC)

Na última etapa da análise (interpretação), foi realizada uma análise sistemática dos dados compilados através do método de indução analítica (Cressey, 1953) de forma a identificar padrões, relações e significados nos dados qualitativos.

<b>Método de Indução Analítica</b>
Definição do Fenómeno – dificuldade em divulgar o ECI junto da comunidade e interpretar a legislação associada.
Elaboração de Hipótese Provisória – necessidade de melhorar a divulgação do ECI na comunidade e esclarecer a interpretação da legislação junto das entidades competentes.
Confrontação com a hipótese provisória – a hipótese provisória foi confirmada através das opiniões e argumentos dos participantes do <i>Focus Group</i> . Vários excertos comprovam que a intervenção do enfermeiro é fulcral para a divulgação e esclarecimento acerca do ECI.

A Síntese dos Resultados – consiste na etapa que permite a compreensão e inclusão dos dados, sintetizando os mesmos por temas coerentes e significativos. De acordo com os dados obtidos através do *Focus Group*, revelou-se impreterível a intervenção do enfermeiro no ECI através da divulgação, acompanhamento e avaliação das famílias, criando planos de intervenção específicos e avaliando as necessidades dos cuidadores e das pessoas cuidadas. É fundamental que o enfermeiro consiga orientar e apoiar as famílias, além de facilitar a ligação aos cuidados de saúde, encaminhar para outros profissionais conforme necessário e colaborar na equipa multidisciplinar articulando por exemplo com os profissionais do serviço social.

Os participantes revelaram desta forma que sentem algumas lacunas na aplicação do ECI, entre as quais destacaram a dificuldade na divulgação do mesmo na comunidade e a dificuldade dos próprios em interpretar a legislação associada ao ECI.

Concluindo a etapa da elaboração de diagnóstico de situação, em linguagem natural o diagnóstico atingido foi: Défice de Conhecimento da População acerca dos Benefícios Diretos e Indiretos do ECI e Dificuldade de Compreensão do Processo de Pedido de ECI. Em linguagem CIPE, o diagnóstico elaborado foi: Défice de Conhecimento da Comunidade acerca dos Serviços de Saúde.

#### 4.2. Definição de Prioridades

Após a definição do diagnóstico e dos problemas prioritários, procede-se à fixação de objetivos (geral e específicos) a atingir em relação a cada um dos problemas num determinado período temporal. Os objetivos, por sua vez, correspondem aos resultados visados no que diz respeito ao estado de saúde que se pretende para a população-alvo (Tavares, 1990). Os mesmos devem ser pertinentes, precisos, concretizáveis e mensuráveis (com o intuito de avaliação dos resultados objetivos na etapa preconizada através de indicadores de processo, resultado ou de estrutura), com o intuito de serem bem fundamentados no planeamento em causa (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo o mesmo autor que cita o Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento Pan-Americana de Saúde (1965), o método CENDES/OPS utiliza dos seguintes critérios de priorização – Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade. A fórmula utilizada para calcular a ordem dos problemas é a seguinte: Prioridade = Magnitude x Transcendência x Vulnerabilidade (Tavares, 1990).

- **Magnitude** – relaciona-se com a dimensão/extensão do diagnóstico na comunidade ou população em análise (Melo, 2020). No âmbito da saúde pública pode estar relacionada com a taxa de incidência ou prevalência de determinado problema. Para calcular a magnitude do problema na comunidade em estudo foi utilizado o índice de dependência total. Na região em estudo o índice é de 52,15% (23,87% correspondem aos jovens e 28,28% correspondem aos idosos), o que significa que é mais elevada a percentagem de população “dependente” como é o caso dos jovens e idosos do que a população em idade ativa.
- **Vulnerabilidade** – consiste na possibilidade de um efeito efetivo na melhoria desse diagnóstico através da intervenção (Melo, 2020), estudando igualmente a suscetibilidade da população ao problema e a sua capacidade de resposta a este risco. Pode ser descrita de forma quantitativa ou qualitativa:
  - **Fatores Sociodemográficos** – na caracterização populacional supramencionada, concluiu-se que o número de idosos nesta população supera o número de jovens e possui uma tendência crescente face ao que se observava em 2001. A faixa etária prevalente é a dos 45-49 anos, com uma expressão ligeiramente superior no número de mulheres (7219) face ao número de homens (6668) (INE, 2023). A população tem foco laboral predominante na área da agricultura e pecuária, com tendência crescente para indivíduos com grau académico referente ao ensino superior.

- **Serviços de Saúde** - o acesso aos serviços de saúde é facilitado através do cumprimento do plano nacional de saúde por parte dos serviços de saúde. Os constrangimentos associados e mencionados pela informante-chave e pelos participantes do *Focus Group* são o défice de recursos humanos alocados ao ECI.
- **Condições Ambientais** - nesta população é assegurado o saneamento básico.
- **Transcendência** – corresponde à forma como a intervenção nesse diagnóstico influencia a melhoria dos outros (Melo, 2020). Diz respeito ao impacto social, económico e psicológico que o problema apresenta para a população em estudo.
  - Taxa de Mortalidade – não aplicável face à temática em estudo;
  - Taxa de Morbilidade – diz respeito à proporção de indivíduos com limitações graves ou invalidez. Dados não disponíveis à data de elaboração do presente relatório;
  - Impacto Económico - impacto derivado das institucionalizações nos serviços de saúde e repercussão económica no âmbito laboral do CI. Como já previamente descrito, o apoio ao CI e a implementação do ECI permite evitar a institucionalização da PC e particularizar aspetos legais acerca da ausência laboral por parte do CI.

#### 4.3. Fixação de Objetivos, Indicadores e Metas

O projeto de intervenção foi desenvolvido com o **objetivo geral** de capacitar os profissionais de saúde das Unidades de Cuidados na Comunidade para a implementação e divulgação do Estatuto de Cuidador Informal, definindo-se como **objetivos específicos**:

- Caracterizar o nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde que exercem funções nas UCC (enfermeiros) face à implementação e divulgação do ECI;
- Identificar barreiras percecionadas pelos enfermeiros no que diz respeito à divulgação do ECI na área de abrangência da UCC;
- Clarificar aspetos no âmbito do enquadramento ético-legal na construção de respostas para divulgação do ECI;
- Facultar estratégias aos enfermeiros para divulgação do ECI junto da comunidade.

Os **Indicadores de Processo** visam avaliar as atividades realizadas e o uso de recursos durante a execução do projeto (Melo, 2020). No Quadro 3 estão descritos os indicadores de processo delineados para avaliar as atividades previamente preconizadas.

<b>Indicadores de Processo</b>	<b>Metas</b>
<u>Taxa de Realização das Sessões</u> (Nº de Sessões de Educação para a Saúde Concretizadas/Nº Sessões Planeadas) x 100	90%
<u>Taxa de Assiduidade dos Participantes</u> (Nº de Participantes Presentes nas Sessões/Nº Total de Participantes) x 100	50%

Quadro 3 – Indicadores de Processo

Os **Indicadores de Resultado** avaliam as mudanças diretas observadas na população após a realização das atividades do projeto. Avaliam se os objetivos

específicos e metas estão a ser alcançados a curto e médio prazo (Melo, 2020). No Quadro 4 encontram-se os indicadores de resultado elaborados para avaliar as mudanças observadas aquando aplicação do projeto de intervenção definido.

<b>Indicadores de Resultado</b>	<b>Metas</b>
<u>Taxa de Melhoria de Literacia Acerca do ECI</u> (Nº de Enfermeiros que Aumentam a Literacia Acerca do ECI/ Nº Total de Enfermeiros Participantes) x 100	50%
<u>Taxa de Estatutos Deferidos</u> (Nº de ECI Deferidos na Área de Abrangência da UCC/Nº Total de CIs na Área da UCC) x 100	10%
<u>Taxa de Compreensão da Operacionalização            do ECI</u> (Nº de Enfermeiros que Compreendem a Operacionalização do ECI/Nº Total de Enfermeiros Participantes) x 100	20%
<u>Taxa de Concretização de Instrumentos de            Suporte para os Profissionais</u> (Nº de Instrumentos Criados/Disponibilizados/Nº de Instrumentos Previstos) x 100	100%

Quadro 4 – Indicadores de Resultado

Os **Indicadores de Impacto** avaliam os efeitos a longo prazo e indicam mudanças amplas no estado de saúde da população-alvo (Melo, 2020).

#### 4.4. Seleção de Estratégias

A etapa do planeamento em saúde denominada “Seleção de Estratégias” tem o intuito de delinear o processo mais adequado para reduzir o impacto dos problemas de saúde prioritários e apresentar um conjunto de técnicas específicas para alcançar os objetivos previamente elaborados. O planeamento das estratégias de intervenção influencia desta forma o grau de alcance das metas estabelecidas e a produção de indicadores de resultado e de processo (Melo, 2020). Permite indicar quais as estratégias que potenciam a melhoria dos indicadores de saúde, que possuem maior eficiência na utilização dos recursos e que, a longo prazo, se apresentam com maior sustentabilidade para a população e para os profissionais de saúde. As estratégias delineadas de acordo com os objetivos previamente mencionados foram as seguintes:

- Caracterizar o nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde que exercem funções nas UCC (enfermeiros) face à implementação e divulgação do ECI
  - Estratégias:
    - *Focus Group* com o intuito de compreender qual o domínio e perspetiva que os enfermeiros possuem acerca do tema (implementação do ECI), identificar as suas principais dificuldades/oportunidades na divulgação do ECI junto da comunidade, verificar as suas competências relacionadas com a implementação do ECI e promover a partilha de experiências;
    - Reunião com o informante-chave da comunidade para esclarecimento relativamente ao processo de implementação e divulgação do ECI.
- Identificar barreiras/obstáculos percecionados pelos enfermeiros no que diz respeito à divulgação do ECI na área de abrangência da UCC
  - Estratégia: *Focus Group* com o intuito de esclarecer as dificuldades ou obstáculos percecionados pelos enfermeiros acerca da implementação e divulgação do ECI.
- Clarificar aspetos no âmbito do enquadramento ético-legal na construção de respostas para divulgação do ECI
  - Estratégia: Sessão informativa no Âmbito do ECI - enquadramento ético-legal do pedido de ECI
  - Sessão informativa sobre o pedido de ECI e a intervenção do enfermeiro no encaminhamento e capacitação do cuidador (5 Sessões);

- Construção de E-Book para Enfermeiros- instrumento para consulta sobre aspetos ético-legais do pedido de ECI, no âmbito da área da saúde
- Facultar estratégias aos enfermeiros para divulgação do ECI junto da comunidade
  - Estratégia: Elaboração de instrumentos para divulgação do ECI (benefícios, direitos e deveres) junto da comunidade (Manual do Cuidador Informal, Comemoração do Dia do Cuidador Informal, *Newsletter* sobre Atualizações ECI);
  - Produção de ferramentas para acompanhamento da díade pessoa cuidada/cuidador (Boletim de Acompanhamento para Continuidade de Cuidados).

#### 4.5. Execução do Projeto

A elaboração de programas e projetos em saúde é uma componente essencial do planeamento estratégico. Esta etapa consiste em estruturar ações específicas e coordenadas para tentar dar resposta às necessidades de uma população, melhorar a qualidade dos serviços de saúde e promover o bem-estar geral. A etapa seguinte diz respeito à elaboração de programas e projetos. Os programas correspondem a um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de determinada estratégia (com utilização dos recursos comunitários disponíveis) e os projetos correspondem a uma atividade que decorre num determinado período temporal, contribuindo para a execução de um programa (Imperatori & Giraldes, 1993). A coordenação dos programas e projetos de saúde têm o intuito de contribuir para a concretização do Plano Nacional de Saúde.

##### **Projeto de Intervenção Comunitária – Cuidador Informado**

A Direção Geral da Saúde (DGS) tem vindo a demonstrar uma preocupação crescente com a literacia em saúde da população portuguesa desenvolvendo o Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados para colmatar as necessidades face a esta temática. O programa já conta com vários projetos tais como a Biblioteca de Literacia em Saúde e o SNS + Proximidade, cujo objetivo é responsabilizar os indivíduos pela sua saúde e colocar os mesmos no centro do sistema de saúde.

O projeto “Cuidador Informado” visa colmatar as necessidades dos profissionais de saúde no âmbito da divulgação do ECI - processo legal, benefícios (municipais, sociais, etc), direitos e deveres dos cuidadores e estratégias de comunicação e divulgação. Os participantes que poderiam integrar as intervenções desenvolvidas aquando divulgação do projeto eram os enfermeiros que estivessem a exercer funções nos dias em que as estratégias fossem implementadas. Desta forma, o foco do construto de literacia em saúde seria ao nível coletivo (grupo/equipa de saúde), trabalhando a problemática específica.

A **preparação da execução** diz respeito ao plano de ação que organiza todas as atividades do projeto. Para tal, deve descrever detalhadamente todas as atividades desenvolvidas no âmbito do projeto e a sua relação com os objetivos, deve informar acerca dos recursos necessários para concretizar as atividades propostas e incluir o cronograma (Anexo 2) para desenvolvimento da intervenção. Desta forma, a preparação para a execução do projeto consistiu na realização das seguintes tarefas:

- Elaboração do Plano de Sessão para a Sessão de Educação para a Saúde Informativa sobre o ECI (Apêndice 4);
- Elaboração do recurso formativo de Apoio à Sessão (Microsoft PowerPoint® – Apêndice 5);
- Criação dos Instrumentos de Apoio – E-Book, Manual do Cuidador e Boletim de Acompanhamento para Continuidade de Cuidados (Apêndices 7, 8 e 9 – respetivamente).

A fase de **execução** no planeamento em saúde tem o objetivo de implementar os programas e projetos previamente delineados. Desta forma, a execução de um projeto envolve a implementação das atividades planeadas e a adequação das estratégias selecionadas para alcançar os objetivos previamente definidos.

No que diz respeito ao projeto “Cuidador Informado”, foram realizadas 100% das sessões planeadas (5 sessões no total), foram divulgados os instrumentos elaborados para divulgar o ECI junto da comunidade e, no final de cada sessão, foram entregues e preenchidos os questionários de satisfação relativos às sessões de educação para a saúde dinamizadas.

#### 4.6. Avaliação do Projeto de Intervenção

No planeamento em saúde, a etapa da avaliação tem o intuito de mensurar os resultados da intervenção utilizando indicadores específicos e divulgando os respetivos resultados. Permite compreender o impacto das ações implementadas, avaliar os resultados obtidos e propor ajustes para futuras intervenções. Analisa igualmente o processo e o impacto das ações na saúde da comunidade em estudo. Os indicadores necessários para avaliar o projeto são os indicadores de processo, de resultado e de impacto. A avaliação de cada indicador permite ajustar estratégias futuras, alocar recursos de forma adequada e eficaz e garantir a qualidade das ações de saúde.

- **Indicadores de Processo** – no quadro 5 apresentam-se os indicadores de processo (metas e respetiva avaliação) referentes ao projeto “Cuidador Informado”.

Indicadores de Processo	Metas	Avaliação
<u>Taxa de Realização das Sessões</u> (Nº de Sessões de Educação para a Saúde Concretizadas/Nº Sessões Planeadas) x 100	90%	100%
<u>Taxa de Assiduidade dos Participantes</u> (Nº de Participantes Presentes nas Sessões/Nº Total de Participantes) x 100	50%	76,32%

Quadro 5 – Indicadores de Processo (Avaliação)

**Indicadores de Resultado** – no quadro 6 apresentam-se os indicadores de resultado (metas e respetiva avaliação) referentes ao projeto “Cuidador Informado”. Considerando o período temporal decorrido para aplicação do projeto, não foi possível a avaliação de outros resultados a médio prazo.

Indicadores de Resultado	Metas	Avaliação
<u>Taxa de Concretização de Instrumentos de Suporte para os Profissionais</u>	100%	100% (3/3) x 100

(Nº de Instrumentos Criados/Disponibilizados/Nº de Instrumentos Previstos) x 100		
----------------------------------------------------------------------------------	--	--

Quadro 6 – Indicadores de Resultado (Avaliação)

- **Indicadores de Atividade** – referente à sessão desenvolvida para os enfermeiros das UCC (acerca do ECI). No Apêndice 6 encontra-se descrito o documento que foi utilizado como suporte para avaliação da sessão. No Quadro 7 apresentam-se os indicadores de atividade avaliados aquando realização da sessão de educação para a saúde.

<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Metas</b>	<b>Avaliação</b>
Taxa de avaliação dos objetivos da sessão (Nº de participantes que respondeu “satisfatório” ou “muito satisfatório” /nº participantes que avaliaram a sessão) x100	60%	96,55%
Taxa de Satisfação face ao ambiente, recursos e Interesse da sessão (Nº de participantes que respondeu “satisfatório” ou “muito satisfatório” /nº participantes que avaliaram a sessão) x100	60%	96,55%
Taxa de Satisfação face à duração e metodologia (Nº de participantes que respondeu “satisfatório” ou “muito satisfatório” /nº participantes que avaliaram a sessão) x100	60%	100%
Taxa de Satisfação face ao domínio do Conteúdo e Capacidade Comunicação (Nº de participantes que respondeu “satisfatório” ou “muito satisfatório” /nº participantes que avaliaram a sessão) x100	60%	100%

Quadro 7 – Indicadores de Atividade (Metas e Avaliação)

## 5. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ESTÁGIO

O estágio de intervenção assumiu um caráter prático no âmbito dos cuidados na comunidade e em saúde pública, permitindo o desenvolvimento de competências especializadas nessas áreas. Durante esse período, foram equacionados os determinantes de saúde e fatores de risco numa abordagem sistémica, utilizando indicadores epidemiológicos para a obtenção de dados em saúde.

As atividades desenvolvidas focaram-se na integração na comunidade e nas estratégias de intervenção em saúde direcionadas às suas necessidades. Foi essencial a aproximação da população para compreender as suas necessidades e, a partir das demais, elaborar um projeto de intervenção, incluindo os instrumentos que sustentaram o seu desenvolvimento. Na elaboração deste projeto, através da consulta da carta de compromisso da UCC e do diagnóstico de saúde realizado, identifiquei as características dos problemas de saúde presentes na comunidade, estabelecendo relações causais entre os determinantes de saúde e os problemas identificados. A colheita de dados realizada através do *Focus Group* possibilitou o desenvolvimento de competências na definição de indicadores relevantes para o diagnóstico de saúde e na aplicação de técnicas qualitativas para a interpretação dos dados.

No âmbito da vigilância epidemiológica, foram utilizados instrumentos como o PORDATA e o Instituto Nacional de Estatística (INE) para obter informações sobre a população em estudo. Esses dados foram interpretados com o auxílio de modelos conceptuais, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada dos fenómenos de saúde-doença.

Durante a realização deste estágio de intervenção considero que adquiri diversas competências essenciais para a prática e que permitem aprimorar as intervenções outrora implementadas na prática. No que diz respeito às competências adquiridas, destaco a capacidade de planeamento e implementação dos cuidados de saúde baseados nas necessidades específicas da comunidade, desenvolvendo um projeto de intervenção com enfoque na resolução de um problema identificado, tal como preconizado nas competências específicas do EEEC (OE, 2018). No decorrer do estágio foi-me permitido auscultar as necessidades dos profissionais de saúde acerca das principais dificuldades na compreensão e implementação do ECI (inclusive como porta-voz das necessidades expressas pelos CI) através da realização do *Focus Group* e, posteriormente, selecionar as estratégias para executar o projeto que visa promover a literacia em saúde dos enfermeiros para que, por sua vez, os próprios consigam promover a tomada de decisão informada da comunidade acerca do ECI.

No aspeto interpessoal considero que o estágio permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação, estabelecimento de relações de confiança

com pares, famílias e grupos e integração em equipas multidisciplinares, nomeadamente colaborando com outros profissionais de saúde e profissionais do serviço social para compreender o processo de pedido e implementação do ECI. O aprofundamento de conhecimento acerca do ECI permitiu-me capacitar o grupo de pares através das sessões de esclarecimento acerca do ECI e das suas particularidades. Desta forma tive a oportunidade de liderar o processo comunitário e gerir os recursos disponíveis (adaptando-os ao contexto tal como descrito nas competências comuns do enfermeiro especialista) para a capacitação do grupo de enfermeiros que exerce funções na UCC e que lida diretamente com a comunidade, permitindo alcançar o objetivo geral de capacitar os enfermeiros para a implementação e divulgação do ECI, permitindo por sua vez o possível incremento de pedidos de ECI e disseminação de informação na comunidade acerca das vantagens sociais e de saúde no ECI. Numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados, considero que foi um contributo positivo a implementação do projeto tendo em conta que o projeto e os instrumentos utilizados no desenvolvimento das estratégias e recursos foram disponibilizados às UCC para utilização futura.

O desenvolvimento do estágio contribuiu desta forma para a aquisição de competências organizacionais para gerir projetos e planear atividades na área de saúde comunitária, priorizando intervenções de acordo com os recursos disponíveis e as necessidades identificadas, avaliando resultados e adaptando a prática baseada na evidência ao contexto da comunidade em que me inseri. O estágio contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências académicas e de pesquisa de informação, considerando que, o EEEC, visa manter a atualização de conhecimento através da prática baseada na evidência (tal como é demonstrado através da *Scoping Review* realizada) e através da participação em ações de formação contínua. Este conhecimento deve posteriormente ser aplicado através da implementação de projetos na comunidade e aperfeiçoamento de práticas em saúde comunitária.

Com base nas competências definidas para o EEEC (OE, 2018), foi crucial a articulação com a comunidade e as suas instituições, a dinamização de atividades já previstas e a elaboração de um diagnóstico de saúde que fundamentou o projeto de intervenção. Essa articulação permitiu a execução de ações consistentes e baseadas nas necessidades expressas pela população. No que diz respeito aos aspetos ético-legais, foi estimulada a sensibilização acerca dos princípios ético-legais a cumprir e foram assegurados os mesmos durante todo o decorrer do estágio e elaboração deste relatório.

Como parte do processo de integração na comunidade, foram desenvolvidas várias atividades vinculadas a projetos já existentes, alinhados aos programas prioritários de

saúde de acordo com o PNS (2021-2030). Com o apoio da enfermeira cooperante, foram operacionalizadas estratégias de intervenção comunitária que possibilitaram compreender detalhadamente os recursos disponíveis e a abordagem às populações-alvo. Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se:

- Visitas domiciliárias realizadas no contexto de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Participação no projeto “Universidade Sénior”, com exposição de conteúdos e sessões de educação para a saúde sobre o conceito de dor;
- Colaboração num curso promovido em parceria com o município, destinado a capacitar CIs na comunidade;
- Participação num seminário sobre prevenção de quedas no idoso;
- Acompanhamento da Unidade Móvel de Saúde em campanhas de promoção da saúde direcionadas a jovens e idosos, com abordagem de diversos temas;
- Celebração do Dia do Cuidador Informal (5 de novembro), com elaboração de materiais de divulgação (Apêndice 10) e participação em reuniões multidisciplinares com profissionais de referência dos ECI deferidos;
- Participação em reuniões semanais com a enfermeira cooperante e vários elementos da equipa multidisciplinar, potenciando a capacidade de tomada de decisão.

Estas experiências foram fundamentais para compreender a estrutura e os recursos comunitários disponíveis, além de facilitar a integração na comunidade e o desenvolvimento de intervenções eficazes. O estágio também proporcionou uma valiosa oportunidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar, promovendo a articulação entre diferentes áreas para alcançar melhores resultados em saúde e possibilitando a aplicação prática de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências técnicas, analíticas e relacionais, indispensáveis para o desempenho de funções enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É crucial reconhecer o valor e o contributo dos CI, uma vez que desempenham um papel vital na sociedade, ajudando a manter as pessoas com necessidades especiais num ambiente familiar e comunitário, o que pode melhorar significativamente a sua qualidade de vida. Os CI enfrentam um conjunto de desafios constantes, pelo que precisam de apoio para se organizar e preparar adequadamente, para vivenciarem de forma saudável a transição para este novo papel. É por isso de extrema relevância a coordenação com os EEEEC, para responder às suas necessidades, mantendo um adequado nível de saúde, bem-estar e garantir a continuidade de cuidados prestados à pessoa dependente (Melo et al., 2014).

O EEEEC desempenha um papel fundamental na implementação do ECI, contribuindo para a defesa dos direitos, apoio e valorização dos CI no contexto comunitário. A sua intervenção foca-se no reconhecimento das necessidades dos CI, articulação de estratégias para adaptação da rede de suporte, sensibilização da comunidade para o papel crucial dos CI e promoção da valorização do ECI e integração do mesmo nas políticas públicas.

O dever do EEEEC e do Profissional de Saúde de Referência no ECI é o de identificar as necessidades específicas dos CIs (aspetos físicos, emocionais, sociais e financeiros) e orientar o desenvolvimento de intervenções personalizadas que respeitem as particularidades de cada CI e da pessoa cuidada. Desta forma, o EEEEC promove ações tais como as discriminadas através dos recursos utilizados no projeto de intervenção elaborado durante o presente estágio – fornecendo informações ao CI acerca das particularidades do ECI, prevenção e gestão de stress, promoção de cuidados básicos à pessoa cuidada, utilização de dispositivos médicos, reconhecimento de sinais de agravamento da saúde da pessoa cuidada, etc. O EEEEC colabora igualmente com entidades governamentais e locais para divulgar os benefícios e direitos previstos no ECI e avalia o impacto das estratégias implementadas através da utilização de indicadores que avaliam a qualidade de vida dos CIs, a rede de suporte que os mesmos possuem e o estado de saúde da pessoa cuidada, desta forma, com a sua abordagem sistémica e foco na promoção de saúde, o EEEEC exerce um impacto significativo na implementação do ECI e contribui para o bem-estar das famílias, assegurando que sejam cumpridos os direitos de saúde dos CI e da sua respetiva rede familiar.

Ao concluir este estágio, várias reflexões emergem sobre a prática realizada, especialmente em relação aos momentos vivenciados e às aprendizagens obtidas. Um dos fatores facilitadores durante este percurso foi a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos previamente, que permitiram alcançar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria

contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Durante o estágio, possui igualmente a oportunidade de desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Isso incluiu liderar processos comunitários para a capacitação de grupos e comunidades, elaborar projetos de intervenção para resolver problemas identificados e coordenar, implementar e monitorizar atividades previstas nos programas de saúde alinhados aos objetivos do plano nacional de saúde.

No final deste processo, permanece o desejo de acompanhar os resultados do projeto implementado e os seus impactos na comunidade. Durante a intervenção, procurei adotar uma prática profissional e ética, guiada pelo Código Deontológico do Enfermeiro e por princípios éticos reconhecidos. Todas as ações foram pautadas pelo respeito aos direitos humanos, à privacidade e à dignidade, considerando a responsabilidade de gerir situações sensíveis envolvendo os participantes do projeto.

No decorrer deste estágio assumi o papel de facilitadora nos processos de aprendizagem e atuei como agente ativa na investigação, consolidando os conhecimentos adquiridos anteriormente (com o intuito de aprimorar competências no âmbito comunicacional e formativo foi frequentado um curso em Abril de 2024 para aquisição de competências pedagógicas – Anexo 3). A realização deste projeto permitiu estabelecer prioridades de acordo com os problemas identificados, respeitando os recursos disponíveis e planeando ações em conformidade com as necessidades apresentadas pelos envolvidos. A promoção da saúde foi o eixo central, com foco na melhoria da literacia em saúde.

Considero que o trabalho desenvolvido foi uma mais-valia para a comunidade em que estive inserida e ressalvo ainda a importância da divulgação dos resultados e promoção da reflexão em grupo acerca dos aspetos positivos e dos aspetos a serem aperfeiçoados, como foi possível realizar através da apresentação do projeto no 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública nos dias 2 e 3 de Fevereiro de 2024 (Anexo 3). Todo o caminho percorrido neste estágio representou uma oportunidade única para atuar diretamente no terreno, integrar uma comunidade em desenvolvimento e adquirir ferramentas essenciais para alcançar os objetivos traçados. Assim, acredito ter respondido às necessidades da população e desenvolvido competências fundamentais para o exercício da função como futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Estuário do Tejo. (2023). Carta de Compromisso – 2023. Unidade de Cuidados na Comunidade X. ARS Lisboa e Vale do Tejo;
- Caldeira, H., Carrondo, E., Paulino, M., Mendes, R. (2022). A Sobrecarga Do Cuidador Informal E O Seu Estado De Humor. *Egitania Sciencia*. 30. ISSN 1646-8848;
- Carvalho, C., Santos, P., Pereira, J. (2020). LITERACIA EM SAÚDE. Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto. 2020. Nov; (1). DOI: <https://doi.org/10.26537/W94N-5M64>;
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa, Portugal: Lusodidacta;
- Costa, A., Almeida, R., Silva, M., & Rodrigues, L. (2022). Perfil dos cuidadores informais em Portugal: Determinantes sociodemográficos e implicações para a saúde pública. *Revista de Enfermagem Comunitária*, 8(2), 45–58;
- Costa, A., Loura, D., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., Viegas, L., Henriques, M. (2022). Informal Caregivers' Health Literacy in Lisbon, Portugal: A Profile for Health Promotion Prioritization. *Geriatrics*. 7(92): 1-16. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092>;
- Cressey, D. R. (1953). *Other people's money; a study of the social psychology of embezzlement*. New York: Free Press;
- Decreto-Lei n.º 137/2013 do Ministério da Saúde. (2013) Diário da República: I Série, n.º 193/13 <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-346571>;
- Decreto-Lei nº 6860/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II Série, nº135/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.p>;
- Diário da República. (2019). Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro – Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-123129554>;
- Direção Geral da Saúde (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Lisboa. DOI: 10.13140/RG.2.2.17763.30243;
- Direção Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde, 2021-2030, Saúde Sustentável de todas para todos. Ministério da saúde, Portugal;
- Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Escoval, A., Pedro, A., Raposo, B., Avelar, F., Brandão, D. (2023). Literacia em Saúde e Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais – a realidade portuguesa. Escola Nacional de Saúde Pública;
- Eurocarers. (2020). 2020 Annual Report. <https://eurocarers.org/2020-annual-report/>;

- FFMS. (2023). Indicador Densidade Populacional – 2021. PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Consultado Outubro 15, 2023 - <https://www.pordata.pt/>;
- FFMS. (2023). Indicador Índice Envelhecimento – 2021. PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Consultado Outubro 15, 2023 - <https://www.pordata.pt/>;
- Fortin, M (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata;
- Geib, L. (2012). Determinantes Sociais da Saúde do Idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(1):123-133;
- Gonçalves MF, Barbosa A, Carneiro C, Milheiro H, Breda I, Melo I, et al. Programa de intervenção comunitária: “A outra face do cuidar”. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1816. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1816](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1816);
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas;
- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas;
- Krueger, R. and Casey, M. (2009) Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. Sage Publications, Thousand Oaks, CA;
- Lei nº 74/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: II Série, 10142/2009. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>;
- Lei nº 95/2019 do Ministério da Saúde. (2019) Diário da República: I Série, nº 169/19. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>;
- Lei n.º 100/2019 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019) Diário da República: I Série, n.º 171/19. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>;
- Madeira, T. (2016). Literacia para a Saúde: o perfil de um conceito em construção. [Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior;
- Melo, P. (2020). Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda;

- Modelo Teórico K. Sorensen (2015). Consultado em 28/03/2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/media/assets/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2239-gf01.jpg>;
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>;
- Nicolau, A. (2018). O Cuidador Informal Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente. [Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Universitário de Lisboa - Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas]. Repositório ISCTE-IUL;
- Oliveira, Djalma de Pinho Rebouças de. (2007). Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas. São Paulo: Atlas;
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Caregiving Impacts On Unpaid Informal Carers' Health And Well-Being – A Gender Perspective. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/childhealth/caregiving-impacts-on-unpaid-informal-carers--health-and-well-being---agender-perspective.pdf?sfvrsn=cc247fb9\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/childhealth/caregiving-impacts-on-unpaid-informal-carers--health-and-well-being---agender-perspective.pdf?sfvrsn=cc247fb9_3&download=true);
- Penafria, C. (2016). Cuidador Informal De Idosos: Efeitos Sociais E Familiares Decorrentes Do Cuidar, Uma Revisão Da Literatura. [Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados. Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde]. Biblioteca Digital;
- Pinto, Anabela Mota; Veríssimo, Manuel; Malva, João. (2019). Manual do Cuidador. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra;
- Pires, C. (2015). Avaliação Económica Dos Cuidados Informais À População Idosa Da Região Norte De Portugal. [Dissertação De Mestrado Apresentada À Faculdade De Economia Da Universidade Do Porto Em Gestão E Economia De Serviços De Saúde]. Repositório Aberto da Universidade do Porto;
- Serviço Nacional de Saúde. (2021, Abril 28). Cuidados Continuados. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>;
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). Bilhete de Identidade Cuidados de Saúde Primários: ACeS Estuário do Tejo. UCC X. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30024/Pages/default.aspx> (consultado em 26/10/2023 às 17H00);
- Silva, I., Veloso, A., Keating, B. (2014). Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. <https://hdl.handle.net/1822/32357>;

- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Wilandika A, Pandin MGR and Yusuf A (2023) The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review. *Front. Public Health* 11:1022803. doi: 10.3389/fpubh.2023.1022803;
- World Health Organization (WHO), (2018) United Nations Children's Fund (UNICEF). *Declaration of Astana Astana*: WHO, UNICEF.

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

## **Scoping Review: Capacitação Dos Profissionais De Saúde Para A Implementação Do Estatuto De Cuidador Informal**

### **Review Title**

Capacitação Dos Profissionais De Saúde Para A Implementação Do Estatuto De Cuidador Informal: Uma Scoping Review

### **Abstract**

Objective: identificar estratégias promotoras da literacia em saúde dos enfermeiros em cuidados de saúde primários, no âmbito do Estatuto de Cuidador Informal.

Introduction: esta revisão sistemática da literatura pretende demonstrar a importância da promoção da literacia em saúde através de medidas pedagógicas para que o processo de enfermagem no âmbito do apoio ao cuidador informal seja concretizado com sucesso e permita o aumento de pedidos de Estatuto de Cuidados Informal e respetivos benefícios. A literatura permite-nos compreender que é fulcral que os enfermeiros desenvolvam competências no que diz respeito à comunicação, perceção, adesão às tecnologias e reforço de programas de promoção da literacia em saúde.

**Inclusion Criteria:** enfermeiros, profissionais de saúde com idade superior a 18 anos e que exerçam funções em cuidados de saúde primários, artigos em língua portuguesa, espanhola e inglesa, datados entre 2018 e 2023.

**Methods:** efetuada pesquisa nas bases de dados selecionadas – Pubmed, CINAHL e Scielo – através da utilização da expressão de pesquisa previamente formulada com os descritores MeSH e os seguintes limitadores: período temporal de 5 anos, idade da população em estudo (superior a 18 anos), sexo feminino e masculino, idioma (espanhol, português e inglês), texto completo e gratuito e estudos qualitativos, quantitativos, mistos e revisões sistemáticas da literatura. Posteriormente foram excluídos artigos de acordo com os critérios estabelecidos (pertinência do título e população em estudo e seguidamente leitura do resumo de cada artigo e avaliada pertinência). Efetuada a leitura, análise completa e extração de dados de 6 artigos.

**Keywords:** Enfermeiro; Profissional de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Literacia em Saúde; Cuidador Informal; Cuidador Familiar

#### **Review Title:**

Trainig Health Professional to Implement Informal Caregiver Status

#### **Abstract**

Objective: to identify which strategies can be adopted by nurses to promote health literacy (within the scope of the Informal Caregiver Statute) of their peers who work in primary health care.

Introduction: this systematic review of the literature aims to demonstrate the importance of promoting health literacy through pedagogical measures so that the nursing process in the context of supporting informal caregivers is successfully implemented and allows for an increase in requests for Informal Care Status and respective benefits. The literature allows us to understand that it is crucial for nurses to develop skills regarding communication, perception, adherence to technologies and reinforcement of programs to promote health literacy.

Inclusion Criteria: nurses, healthcare professionals over the age of 18 and who work in primary healthcare, articles in Portuguese, Spanish and English, dated between 2018 and 2023.

Methods: research was carried out in the selected databases – Pubmed, CINAHL and Scielo – using the search expression previously formulated with the MeSH descriptors and the following limitations: period of 5 years, age of the study population (over 18 years old), female and male gender, language (Spanish, Portuguese and English), free full text and qualitative, quantitative, mixed studies and systematic literature reviews. Articles

were subsequently excluded according to the established criteria (relevance of the title and population under study and then reading the abstract of each article and assessing relevance). Reading, complete analysis and data extraction of 6 articles were carried out.

Keywords: Nurse; Healthcare Professional; Primary Health Care; Health Literacy; Informal Caregiver; Family Caregiver.

**Abstract Word Count: 249**

**Total Manuscript Word Count: 12853**

### **Introduction:**

A *scoping review* seguidamente apresentada foi desenvolvida após levantamento dos principais conceitos em estudo. Os conceitos em estudo são a promoção da literacia em saúde dos enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários, acerca do estatuto de cuidador informal.

A Lei n.º 100/2019 (Diário da República) referente ao Estatuto do Cuidador Informal, define Cuidador Informal como o “(...) cônjuge, unido de facto ou parente afim até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que acompanha e cuida 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.” (DR, 2019: 9).

No Continente Europeu estima-se que mais de 100 milhões de pessoas são cuidadores informais (dados obtidos pela Eurocarers – rede europeia de representação dos cuidadores informais e organizações adjacentes, 2020). Em Portugal, não existem dados oficiais quanto ao número de cuidadores informais, mas a estimativa ronda os 800 mil cuidadores. Um estudo efetuado em 2022 (Costa et al.) refere que, em Portugal, cerca de 12,5% da população foi identificada como cuidadora informal de familiares dependentes. A mesma entidade supramencionada (Eurocarers, 2020) refere que os cuidadores informais são responsáveis por prestar cerca de 80% dos cuidados básicos à pessoa dependente (cuidados de higiene, deslocação, apoio emocional, entre outros).

De acordo com o Estatuto do Cuidador Informal (DR, 2019), os cuidadores têm direito a acompanhamento designado pelos serviços competentes de saúde e da segurança social a um profissional de referência para ambas as valências, de acordo com as necessidades identificadas da pessoa cuidada. A este profissional de saúde de referência compete “(...) aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada.” (DR, 2019: 11) e esclarecer ao nível da informação sobre direitos e benefícios, “(...) sinalização e encaminhamento para redes sociais de

suporte, consideradas como o conjunto de recursos humanos e serviços institucionais [de que] a pessoa cuidada e o cuidador informal podem dispor e que podem prestar apoio em contexto domiciliário e comunitário, promovendo o cuidado no domicílio.” (DR, 2019: 11).

O deferimento do estatuto de cuidador informal (DR, 2019) poderá ser efetuado para duas categorias distintas, com os respetivos benefícios no âmbito do serviço social e do serviço de saúde:

- Cuidador Informal Principal – diz respeito ao “(...) cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta (...) que acompanha e cuida [da pessoa] de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados [prestados.]” (DR, 2019: 9);
- Cuidador Informal Não Principal – corresponde ao “(...) cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta (...), que acompanha e cuida [da pessoa] de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta (...).” (DR, 2019: 9).

Neste domínio o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública deverá atuar em conformidade e identificar as necessidades do cuidador e apoiá-lo, considerando que “(...) o cuidador informal necessita de suporte social ou familiar, educação, encorajamento e informação, por parte dos profissionais de saúde, de forma a desempenhar da melhor forma o cuidado e a adquirir habilidades e aptidões necessárias.” (Penafria, 2016: 15). Cabe igualmente ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária a promoção da literacia em saúde dos seus pares e de outros perfis profissionais da área da saúde, com o intuito de beneficiar os cuidadores e a pessoa cuidada e dotar os mesmos de ferramentas para o desenvolvimento desta parceria.

De acordo com a Lei de Bases de Saúde (2019: 57), deverá ser assegurada “(...) a articulação entre a pessoa cuidada, o cuidador informal e os serviços de saúde e a implementação do plano integrado de prestação de cuidados de saúde de que a pessoa carece.” pelo que, torna-se responsabilidade do enfermeiro a capacitação do cuidador informal para a prevenção da doença do próprio, promoção da sua saúde mental e deteção de alterações sugestivas de sobrecarga e outros transtornos semelhantes.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) permite a promoção da qualidade e eficácia da prestação de cuidados continuados, integrando nos seus profissionais de saúde a competência de “(...) formar, qualificar e apoiar os familiares ou prestadores informais (...).” (SNS, 2021). Com o intuito de apoiar a pessoa cuidada e o cuidador, o enfermeiro de referência deverá manter a vigilância da situação

e contexto em que se inserem, capacitar, orientar e supervisionar o cuidador para os cuidados adequados ao idoso/pessoa cuidada e implementar medidas que considere necessárias para promover a saúde e bem-estar do cuidador (diminuindo o seu grau de sobrecarga e aumentando a qualidade dos cuidados) (Nicolau, 2018: 15).

O modelo teórico de enfermagem que sustenta a *scoping review* é o Modelo de Literacia para a Saúde de Kristine Sorensen. O modelo teórico que conceptualiza a literacia para a saúde proposto por Sorensen et al. tem como objetivo definir a literacia para a saúde como um processo contínuo, envolvendo consecutivamente o “(...) aceder, compreender, processar e transmitir informação.” (Madeira, 2016:15). Deste modo, o modelo de Sorensen et al define o processo como sequencial e integrando componentes que envolvem a acessibilidade à informação de saúde e a compreensão, integração e aplicação da mesma para gerar “(...) conhecimento e competências, as quais permitem ao indivíduo atravessar os três domínios que fazem parte dos cuidados de saúde: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.” (Madeira, 2016:5).

O modelo teórico de Sorensen *et al.* revela os domínios previamente abordados e, numa vertente lógica, define os fatores proximais e distais com impacto na literacia para a saúde, “(...) juntamente com as vias que ligam a literacia para a saúde aos *outcomes* em saúde.” (Madeira, 2016: 16). Analisando o modelo surgem como fatores centrais ao mesmo as competências/dimensões para operacionalizar a literacia em saúde (aceder, compreender, integrar e aplicar a informação), que poderão ser caracterizadas de forma aprofundada em cada domínio (Carvalho et al., 2020:17).

Cada competência previamente mencionada requer controlo sobre a saúde individual, qualidades cognitivas específicas e é influenciada pela qualidade da informação transmitida. Os três domínios centrais representam assim a “(...) progressão de um ponto de vista individual para uma perspetiva populacional.” (Madeira, 2016:16). O modelo de Sorensen et al. demonstra igualmente os antecedentes e as consequências da literacia para a saúde, distinguindo os fatores distais (determinantes sociais e ambientais tais como - situação demográfica, cultura, linguagem e orientação política), fatores proximais (determinantes pessoais - idade, género, etnia, socio economia, educação, emprego, rendimento e literacia) e determinantes situacionais (apoio familiar, utilização dos media e ambiente) (Madeira, 2016: 16).

### Aplicação do Modelo à Problemática

	<b>ACEDER/OBTER INFORMAÇÕES</b>	<b>ENTENDER INFORMAÇÕES</b>	<b>PROCESSAR/AVALIAR INFORMAÇÕES</b>	<b>APLICAR/USAR INFORMAÇÕES</b>
<b>CUIDADOS DE SAÚDE</b>	Habilidade dos profissionais para aceder a informações (avaliação do nível de literacia relacionada com o ECI)	Habilidade dos profissionais para entender informações e atribuir significado (nível de literacia e compreensão da informação - competências cognitivas)	Habilidade dos profissionais para interpretar e avaliar informações - conhecimento teórico e prático acerca do ECI)	Habilidade dos profissionais para tomarem decisões informadas
<b>PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	Promoção da literacia em saúde dos profissionais acerca da operacionalização do ECI (componente ético-legal, social e da saúde)	Promoção da literacia em saúde dos profissionais para compreensão dos aspetos afetos ao ECI e atribuir significado	Promoção da literacia em saúde dos profissionais para a interpretação e avaliação de informações acerca do ECI (esclarecimento junto da comunidade)	Habilidade dos profissionais para tomar decisões informadas no que diz respeito ao ECI
<b>PROMOÇÃO DE SAÚDE</b>	Promover a habilidade dos profissionais para se atualizarem em determinantes para saúde	Promover a habilidade dos profissionais para compreenderem informações em determinantes para saúde e atribuir significado	Promover a habilidade dos profissionais para interpretar e avaliar informações em determinantes para saúde	Promover a habilidade dos profissionais para tomar decisões informadas em determinantes para saúde

**Review Question:**

Qual a intervenção do enfermeiro na promoção da literacia dos seus pares em cuidados de saúde primários acerca do Estatuto de Cuidador Informal?

Para a formulação da questão de investigação foi utilizada a mnemónica PCC estabelecida pelo The Joanna Briggs Institute (JBI). O P dá origem aos Participantes/População, neste caso Profissionais de Saúde e Enfermeiros de Cuidados Gerais e/ou Enfermeiros Especialistas, o C corresponde ao Conceito a estudar, nomeadamente literacia em saúde e estatuto de cuidador informal (Mapa de Conceitos) e o C diz respeito ao Contexto, que corresponde aos cuidados de saúde primários.

**Inclusion Criteria:**

Enfermeiros, Profissionais de Saúde com mais de 18 anos e a exercer funções em cuidados de saúde primários; artigos em português, espanhol e inglês; período temporal: entre 2018 e 2023

**Participants:**

Enfermeiro (de cuidados gerais e/ou especialista); Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

**Concept:**

Enfermagem; Literacia em Saúde; Promoção da Literacia em Saúde; Promoção da Literacia dos Enfermeiros; Cuidador Informal; Estatuto de Cuidador Informal.

Literacia em Saúde – consiste na capacidade das pessoas para “(...) aceder, entender, avaliar e aplicar a informação sobre cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde (...)” (Sorensen, 2019: 30).

A literacia em saúde de acordo com Sorensen (2019) é um conceito que possui uma conotação transversal no âmbito dos cuidados, com abrangência para os cuidados de saúde, prevenção da doença, promoção e proteção da saúde. Esta temática poderá ser abordada tanto a nível individual como de grupo, local e globalmente. Segundo a mesma autora, a literacia em saúde poder ser aumentada através da “(...) educação e formação de adultos, através do avanço da comunidade e do fortalecimento da saúde ocupacional no trabalho.” (Sorensen, 2019: 29).

Sorensen defende uma mudança de paradigma no que diz respeito à promoção da literacia em saúde, focando no “(...) atendimento centrado nas pessoas, num tratamento personalizado e numa compreensão do contexto mais amplo e das condições de vida (...)” (Sorensen, 2019: 29) garantindo a avaliação das necessidades das pessoas.

De acordo com Brach et al. (2012), um dos atributos que caracteriza as organizações promotoras da literacia em saúde tem enfoque na capacitação de equipas de trabalho em literacia em saúde e monitorização do seu progresso. Este ambiente cria desta forma uma cultura de forma que os colaboradores deem primazia à literacia em saúde.

Promoção da Literacia dos Enfermeiros – a promoção da literacia em saúde dos enfermeiros apresenta um papel fundamental para aumentar o conhecimento no que diz respeito às medidas, vantagens e critérios para atribuição do Estatuto de Cuidador Informal e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados de forma a promover a reflexão e decisão perante as intervenções, com o intuito de “(...) facilitar a compreensão dos determinantes de saúde e orientar na resposta às necessidades dos intervenientes (...)” (Alves, 2022:34) auxiliando na promoção da saúde e prevenção da doença.

O enfermeiro é o elo que promove a literacia em saúde da população em geral e da comunidade, proporcionando ferramentas e competências para a criação de um “(...) ambiente dinâmico potenciador de mudança de comportamentos de saúde [individuais e de grupo].” (Alves, 2022: 35). O enfermeiro possui igualmente a capacidade de promover o conhecimento para a procura e navegação de recursos no Serviço Nacional de Saúde e junto da comunidade em que o indivíduo se insere.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública deve identificar necessidades e prioridades no contexto laboral, junto dos seus pares e de outros grupos profissionais, estabelecendo metodologias de intervenção para promover a literacia em saúde e otimizar a qualidade dos cuidados prestados.

Enfermagem – profissão que desempenha um papel fundamental para a manutenção e proteção da saúde global (Smith, 2021). A enfermagem contribui para o processo de cuidados a nível individual e de grupo através da prestação de cuidados, educação, investigação e defesa dos utentes (Smith, 2021).

Cuidador Informal - “(...) cônjuge, unido de facto ou parente afim até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que acompanha e cuida 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.” (DR, 2019: 9).

Os cuidadores têm direito a acompanhamento designado pelos serviços competentes de saúde e da segurança social a um profissional de referência para ambas as valências, de acordo com as necessidades identificadas da pessoa cuidada. A este profissional de saúde de referência compete “(...) aconselhar, acompanhar,

capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada.” (DR, 2019: 11) e esclarecer ao nível da informação sobre direitos e benefícios, “(...) sinalização e encaminhamento para redes sociais de suporte, consideradas como o conjunto de recursos humanos e serviços institucionais [de que] a pessoa cuidada e o cuidador informal podem dispor e que podem prestar apoio em contexto domiciliário e comunitário, promovendo o cuidado no domicílio.” (DR, 2019: 11).

Estatuto Cuidador Informal - O deferimento do estatuto de cuidador informal (DR, 2019) poderá ser efetuado para duas categorias distintas, com os respetivos benefícios no âmbito do serviço social e do serviço de saúde:

- Cuidador Informal Principal – diz respeito ao “(...) cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta (...) que acompanha e cuida [da pessoa] de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados [prestados.]” (DR, 2019: 9);
- Cuidador Informal Não Principal – corresponde ao “(...) cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta (...), que acompanha e cuida [da pessoa] de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta (...).” (DR, 2019: 9).

### **Contexto:**

Promoção da Literacia em Cuidados de Saúde Primários – apresentam-se como o “(...) primeiro nível de contacto entre os profissionais de saúde e a população.” (DGS, 2019: 36) e representam um contexto que permite os “(...) cuidados de proximidade, [com privilégio para] promoção da saúde e prevenção da doença.” (DGS, 2019: 36). Os cuidados de saúde primários permitem o acompanhamento próximo dos indivíduos e da sua família ao longo do ciclo de vida pelo que possibilitam a promoção da literacia em saúde em todas as fases da vida, adotando as estratégias adequadas às necessidades de cada um. Torna-se fundamental que o enfermeiro domine vários temas no âmbito do apoio comunitário e que possua competências para promover a literacia em saúde a nível individual e de grupo, identificando as necessidades da comunidade em que se insere através do método de observação e do plano local de saúde definido (DGS, 2019: 36).

Os enfermeiros que exercem funções em cuidados de saúde primários promovem a autonomia e participação do cidadão no seu próprio processo de saúde e promovem a gestão do autocuidado. Este contexto permite igualmente diversas

abordagens comunicacionais, produção de instrumentos facilitadores da transmissão de conhecimento tanto para profissionais como para utentes e “(...) conteúdos adaptados às necessidades da população, aos seus contextos, linguagem e capacidade de interpretação, tendo em consideração os recursos disponíveis.” (DGS, 2019: 36). Assim sendo é impreterível a “(...) qualificação dos profissionais [formação] (...) de modo a facilitar a transmissão e a comunicação de informação e a promoção da literacia em saúde.” (DGS, 2019: 36).

### **Types of Sources**

Qualitativos, Quantitativos, Mistos e Revisões Sistemáticas da Literatura.

### **Methods**

JBI (Joanna Briggs Institute) Method

### **Search Strategy:**

Na fase de estratégia de pesquisa foram utilizados os conceitos-chave previamente definidos e os operadores booleanos adequados à pesquisa. Assim sendo, e operacionalizando, a expressão de pesquisa utilizada foi: Nurse OR Nursing Care AND Health Literacy AND Informal Caregivers OR Family Caregivers (expressão de pesquisa booleano com a conjugação).

Os passos da estratégia de pesquisa são definidos por Amendoeira (2022: 9) como:

- Fase Um - “(...) pesquisa inicial [Pubmed, CINAHL e Scielo] (...) seguida da análise das palavras do texto no título e resumo e termos de índice usados.” (Amendoeira, 2022: 9);
- Fase Dois - aplicação das “(...) palavras-chave identificadas e termos indexados em todas as bases de dados (...)” (Amendoeira, 2022: 9) e referências bibliográficas publicadas e não publicadas;
- Fase Três - revisão das referências de todos os artigos/estudos incluídos na *Scoping Review*.

### **Descritores MESH**

Os descritores MeSH utilizados foram os seguintes:

- Nurse
- Nursing Care

- Health Literacy
- Informal Caregivers
- Family Caregivers
- Primary Health Care

### Booleanos AND e OR

Booleanos AND e OR

#NURSE OR #NURSING CARE AND #PRIMARY HEALTH CARE AND #HEALTH LITERACY AND #INFORMAL CAREGIVERS OR #FAMILY CAREGIVERS

### Bases de Dados

Bases de Dados: PubMed, CINAHL Complete e Scielo

Base de Dados de Pesquisa	Limitadores
Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalo de anos de pesquisa: 2018-2023;</li> <li>• Tipo de texto: Texto Completo e Gratuito;</li> <li>• Tipo de artigo: Metanálise, ensaios clínicos e revisões sistemáticas;</li> <li>• Espécie: Humana;</li> <li>• Idioma: Inglês, Espanhol e Português;</li> <li>• Sexo: Feminino e Masculino;</li> </ul>
CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalo de anos de pesquisa: 2018-2023;</li> <li>• Tipo de texto: Texto Completo e Gratuito;</li> <li>• Tipo de artigo: artigo e artigo de Revisão sistemáticas;</li> <li>• Idioma: Inglês e Português;</li> <li>• Sexo: Feminino e Masculino;</li> </ul>
Scielo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervalo de anos de pesquisa: 2018-2023;</li> <li>• Tipo de texto: Texto Completo e Gratuito;</li> <li>• Tipo de artigo: artigo e artigo de Revisão</li> <li>• Temática: Saúde;</li> <li>• Idioma: Inglês e Português;</li> <li>• Sexo: Feminino e Masculino.</li> </ul>

### Study Selection

A seleção de estudos e respetiva avaliação da qualidade metodológica foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pelo JBI. Primeiramente foi efetuada a leitura do *Abstract* e avaliada a presença dos seguintes componentes: introdução, objetivos, métodos, desenho de estudo, resultados, discussão e conclusões. Seguidamente, foi validada a identificação dos autores dos artigos, avaliando os conceitos, contexto e população de cada estudo. Avançando na análise de cada artigo, procedi à leitura do estudo na íntegra e identificação das suas componentes (conceitos, metodologia, resultados e conclusões). Estas etapas previamente referidas permitiram a seleção dos estudos de forma criteriosa (2ª Etapa do PRISMA - Denominada Screening). Assim sendo, foram identificados 68 artigos a partir das bases de dados referenciadas. Sintetizando, como está explicado através do PRISMA 2020 flow diagram (Appendix III) foram eliminados 10 artigos que estavam duplicados. Posteriormente, foram excluídos pelo título e resumo 43 artigos. Os 15 artigos que restaram foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo sido excluídos 9, restando um total de 6 artigos avaliados pela elegibilidade. No Apêndice III estão descritos os artigos selecionados e respetivos critérios de inclusão.

### Artigos Selecionados e DOI

Artigos Incluídos e Respetivos DOI (Digital Object Identifier)

Artigo	DOI
The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review	<a href="https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1022803">https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1022803</a>
Informal Caregivers' Health Literacy in Lisbon, Portugal: A Profile for Health Promotion Prioritization	<a href="https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092">https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092</a>
Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients	doi:10.3390/ijerph17186455

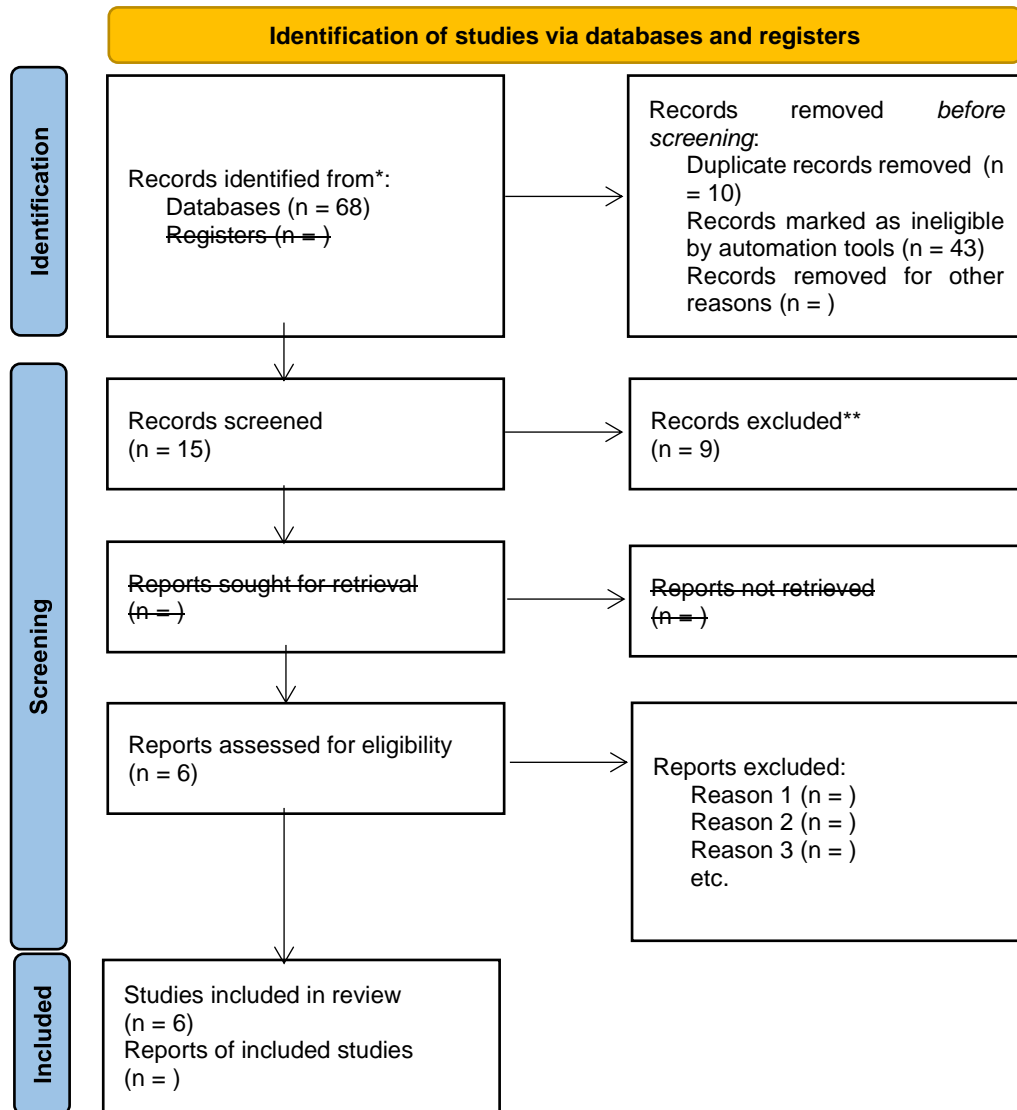
Artigo	DOI
Effects of the Alpha-Health intervention on elderly's health literacy in primary health care	<a href="https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0978">https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0978</a>
Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study	doi: 10.1093/heapro/daz121
Perceived barriers and enablers of a personal health record from the healthcare provider perspective	DOI: 10.1177/14604582231152190

### Data Collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento, denominado Appendix: IV *Data extraction instrument*, sendo este constituído por 9 questões, que permitiram identificar e caracterizar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo, identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência, integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida, e o contributo retirado do estudo para a compreensão da questão de investigação estabelecida para esta *scoping review*.

O valor do processo de investigação pode ser justificado com o seu valor pedagógico para efeito de treino dos vários pares da profissão. Os artigos incluídos nesta pesquisa são cruciais para a construção de uma revisão sistemática permitindo perceber se a metodologia foi adequada e os resultados o mais aproximados da realidade. *“Esta avaliação, apresenta uma enorme relevância, por forma a garantir neste formato de Revisão Sistemática de Literatura, que mesmo com a condição de poder ser uma revisão precursora de uma RSL, o rigor e a procura da efetividade, é uma premissa de base para obter os melhores resultados”* (Amendoeira, 2022).

**PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only**



\*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

\*\*If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

**Data Extraction**

Considerando a existência do Appendix IV, específico no âmbito da extração dos dados e, organizado de acordo com a identificação da *Scoping Review* em

desenvolvimento, o mesmo é composto por “(...) 9 variáveis, cujo conteúdo deverá mobilizar o texto constante no anexo III e a avaliação da qualidade metodológica a partir do prisma” (Amendoeira, 2022: 40), mais concretamente entre o ponto 6º e alíneas i) m) n) o), nas páginas 2 e 3 do referido anexo IIIa.

## Data Presentation

A literacia em saúde segundo Sorensen (2019) diz respeito a uma competência profissional fundamental para a saúde do século XXI. Corresponde a um processo “(...) evidente, mensurável, viável e que pode fazer a diferença para as pessoas, comunidades e sociedades.” A capacitação dos profissionais de saúde nesta área enfrentará o desafio de ser “(...) uma parte ativa do movimento de mudança social que conquista novas fronteiras de literacia em saúde.” (Sorensen, 2019).

A literacia em saúde diz respeito ao processo de aceder, compreender, avaliar e utilizar informações relativas à saúde com o intuito de melhorar a qualidade da saúde a nível individual e de grupo (Wilandika *et al.*, 2023). A literacia em saúde insuficiente determina o posterior processo de cuidados e acompanhamento dos utentes pelo que se torna crucial o esclarecimento em momentos oportunos (Yousef *et al.*, 2023).

A presente *Scoping Review* demonstra a relevância da implementação de programas para promoção da literacia em saúde em Portugal, com o intuito de apoiar e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais (Costa *et al.*, 2022). Atualmente encontra-se em vigor o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (que vem após término do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021), cuja missão é “(...) contribuir para a criação, implementação e desenvolvimento de ecossistemas para que todas as pessoas residentes em território nacional reconheçam as vantagens da (...) da navegação adequada no Serviço Nacional de Saúde (...).” (DGS, 2023: 5). Um dos eixos de que trata o Plano previamente mencionado é a “(...) qualidade e acessibilidade à informação de saúde [nomeadamente] identificar e tornar facilmente acessíveis boas práticas de informação em saúde.” (DGS, 2023: 15) pelo que compete aos enfermeiros potenciar este indicador através da sua intervenção.

O conhecimento inadequado sobre recursos comunitários pode ser prejudicial para a capacidade de os cuidadores informais procurarem apoio neste contexto que vivenciam. Desta forma, reforça-se a necessidade urgente de potenciar a literacia em saúde dos cuidadores, capacitando os cidadãos com conhecimentos e competências de navegação no Serviço Nacional de Saúde com o intuito de reduzir a sobrecarga no sistema de saúde (Costa *et al.*, 2022). A literatura verifica que, os cuidadores informais envolvidos em programas de apoio e treino da literacia em saúde demonstraram níveis

de literacia superiores aos cuidadores que não frequentavam programas nesse âmbito. Assim sendo, a operacionalização destes programas de promoção da literacia em saúde podem desempenhar um papel fulcral na capacitação dos cuidadores informais e *empowerment* para a tomada de decisão relativa à saúde e procura de informação, por exemplo, acerca do Estatuto de Cuidador Informal e suas especificidades (Costa et al., 2022).

Compete aos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária promoverem e implementarem programas com vista ao aumento da literacia em saúde, não só dos indivíduos, da comunidade e grupos, mas também dos demais colegas, desenvolvendo projetos de saúde coletivos para *empowerment* e capacitação no desenvolvimento de competências em várias temáticas que impactam a qualidade dos cuidados prestados. Uma das vantagens evidenciada pela otimização da literacia em saúde é por exemplo a habilidade de participar ativamente em discussões acerca da evidência científica relativa a determinado tema (Wilandika et al., 2023). Neste aspeto, será benéfico que os enfermeiros estejam atualizados e que possuam a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação acerca do Estatuto de Cuidador Informal para que possam auxiliar os cidadãos a solicitar os devidos apoios e beneficiar das vantagens do Estatuto.

Os enfermeiros possuem a responsabilidade de promover a literacia em saúde e divulgar conhecimento sobre a saúde/prevenção da doença, impactando de forma positiva os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais dos grupos com quem lidam (onde se podem enquadrar os pares) (Wilandika et al., 2023). Existem várias estratégias que permitem dinamizar o processo de promoção da literacia em saúde, permitindo aos enfermeiros a transmissão de ferramentas que facilitem a acessibilidade dos indivíduos aos cuidados de saúde e que permitam que os mesmos adquiram autonomia para a navegação nos recursos do Serviço Nacional de Saúde, tomando conhecimento acerca dos seus direitos e deveres enquanto utentes. Desta forma, os enfermeiros possuem competências comunicacionais e capacidade para lidar com problemas tais como divulgação de recursos, gestão de *stress*, pensamento positivo e bem-estar espiritual (Wilandika et al., 2023).

A literacia em saúde é multifatorial, sendo influenciada por diversos aspetos tais como: idade, sexo, nível educativo, condições psicológicas/cognitivas, perceção sobre a saúde/doença (positiva/negativa), etnia, religião, estado civil, língua materna e dedicação ao processo de aprendizagem (influenciando tanto os indivíduos alvo da promoção da literacia em saúde, como os enfermeiros que a praticam) (Wilandika et al., 2023). O tipo de serviço onde os enfermeiros exercem funções, atitude face ao processo educativo e experiências prévias que tenham vivenciado podem igualmente influenciar

o processo de literacia em saúde (Kim & Oh, 2020). Assim sendo, torna-se fulcral que, no início do processo de promoção da literacia, o enfermeiro tome conhecimento sobre estes fatores e adequa a sua prática às necessidades de cada indivíduo/grupo.

Uma das barreiras do processo de literacia em saúde identificada pela literatura é a digitalização presentemente verificada na área da saúde - principalmente para indivíduos com baixos *status* socioeconómicos e habilitações literárias, devido à dificuldade na utilização adequada das tecnologias (Costa et al., 2022). Os profissionais de saúde deverão adequar a sua linguagem às características de cada indivíduo e procurar auxiliar os cidadãos no uso de tecnologias dentro das suas capacidades.

No que concerne ao contexto do apoio à literacia em saúde dos cuidadores informais em Portugal, segundo Costa et al. (2022), a ausência prévia de programas de apoio aos cuidadores e sua literacia pode desencadear uma literacia em saúde limitada no que diz respeito ao acesso, aplicação e avaliação de informações acerca da saúde, impactando de forma negativa a literacia e qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente. Torna-se fulcral que os enfermeiros procurem apoiar os cuidadores neste aspeto e, para tal, deverão possuir estratégias que promovam a sua autocrítica relativamente à literacia em saúde e procurar manterem-se atualizados na temática através de fontes científicas adequadas. Os enfermeiros possuem desta forma, competências específicas para o desenvolvimento de materiais em formato escrito e visual, competências comunicacionais (podendo ingressar em cursos sobre esta temática para melhorar a sua intervenção) e para criação de ambientes favoráveis à promoção da literacia em saúde (Serbim et al., 2022).

Relativamente ao processo de promoção da literacia em saúde, é necessário o enfermeiro identificar os problemas específicos de cada indivíduo que possam posteriormente limitar o processo de promoção da literacia, deverá respeitar as suas opiniões e escolhas, planejar de forma realista o processo de literacia e deverá utilizar métodos adequados para validar a informação partilhada. Poderá ser confirmada a compreensão do indivíduo no que diz respeito ao processo educativo utilizando por exemplo técnicas interativas – validação através do método “*teach back*” (Kim & Oh, 2020). Sorensen (2019) acrescenta que é identicamente relevante compreender qual o impacto que a literacia em saúde produz em cada indivíduo, possuir habilidade para definir a direção da mudança, reconhecer de que forma impacta o diálogo, a comunicação e cultura neste processo e cumprir sempre os princípios éticos e legais e respeitar a dignidade humana durante a interação desenvolvida.

## **Acknowledgments**

A autora agradece à Professora Celeste Godinho pelo seu contributo fulcral na

orientação desta *Scoping Review*.

### **Funding**

A presente *Scoping Review* não foi financiada.

### **Conflicts of Interest**

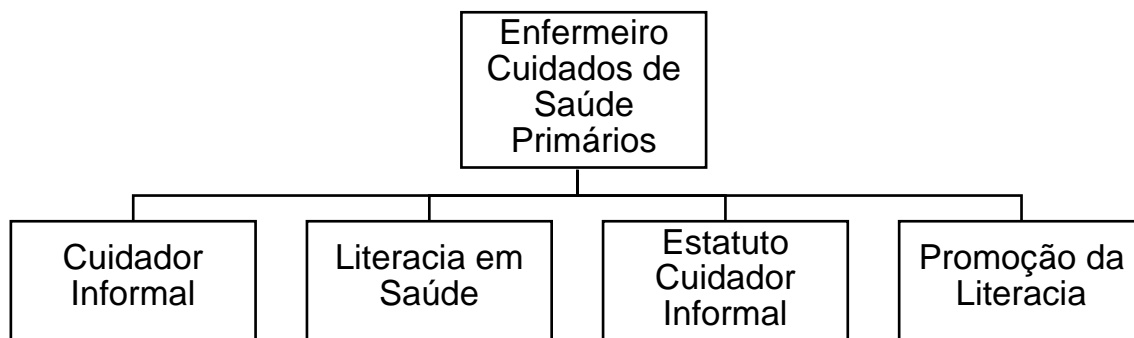
A autora declara não existirem conflitos de interesse.

### Referências Bibliográficas:

- Amendoeira, J. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura: A Scoping Review*. Instituto Politécnico de Santarém. Santarém;
- Costa, A.; Loura, D.d.S.; Nogueira, P.; Melo, G.; Gomes, I.; Ferraz, I.; Viegas, L.; Henriques, M.A. Informal Caregivers' Health Literacy in Lisbon, Portugal: A Profile for Health Promotion Prioritization. *Geriatrics* 2022, 7, 92. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092>;
- Direção Geral da Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa. DOI: 10.13140/RG.2.2.17763.30243;
- Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*. Lisboa: Ministério da Saúde;
- Kim, M., Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6455; doi:10.3390/ijerph17186455;
- Serbim AK, Santos NO, Paskulin LMG. Effects of the AlphaHealth intervention on elderly's health literacy in primary health care. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 4):e20200978. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0978>;
- Serbim, A., Paskulin, L., Nutbeam, D. (2019). Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study. *Health Promotion International*, 2020;35:1256–1266 doi: 10.1093/heapro/daz121;
- Smith, G. (2021). Literacia em Saúde: a Perspectiva da Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. V, núm. 8, e21ED8, 2021 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal DOI: <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>;
- Sørensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27- 32). Lisboa: Edições ISPA [ebook];
- Wilandika A, Pandin MGR and Yusuf A (2023) The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review. *Front. Public Health* 11:1022803. doi: 10.3389/fpubh.2023.1022803;
- Yousef, C., Salgado, T., Burnett, K., McClelland, L., Alhamdan, H., Khoshha, S., Aldossary, I., Alyas, O., DeShazo, J. (2023). Perceived barriers and enablers of a personal health record from the healthcare provider perspective. *Health Informatics Journal* 1–14. DOI: 10.1177/14604582231152190

---

## Appendix I: Conceptual Map



## Appendix II: Search Strategy

Search conducted from 2018- 2023

Keywords Termos Indexados		Nº Pubmed	Nº CINAHL	Nº Scielo	Nº MeSH
Nurse	#1	804	3874	119	35
Nursing Care	#2	9	46	3	0
Primary Health Care	#3	741	1425	42	9
Health Literacy	#4	821	206	756	5
Informal Caregivers	#5	2204	3296	458	17
Family Caregivers	#6	2204	9592	2181	17
#1 AND #2		1	7	1	0
#1 OR #3		1503	3638	1458	44
#1 AND #4		69	18	28	0
#2 OR #3		750	777	93	9
#2 AND #4		1	5	1	0
#3 AND #4		24	4	5	0
#1 AND #2 OR #3		742	750	1219	0
#2 OR #3 AND #4		24	31	5	0
#1 AND #2 OR #3 AND #4		13	12	0	0

#4 AND #5		37	30	5	0
#4 AND #6		37	70	11	0
#1 OR #2 AND #3 AND #4 AND #5 OR #6		10	3	2	0

**Appendix III: *List of studies excluded with reasons***

**Artigos excluídos por não cumprirem critérios de elegibilidade (Appendix III):**

- Health Literacy Estimation of English and Spanish Language Caregivers;
- How People with Parkinson's Disease and Health Care Professionals Wish to Partner in Care Using eHealth: Co-Design Study;
- Public health nurses experience of mental health encounters in the context of primary health care: a constructivist grounded theory study;
- Ethics of medical and scientific research from the primary health care;
- A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem;
- Health literacy and health professionals training: the ACP health communication model;
- Competence of elderly informal caregivers of people in home care;
- Analysis of the psychometric properties of the portuguese version of an eHealth literacy assessment tool;
- Psychometric properties of a questionnaire for assessing informal caregivers' skills.

## Appendix IV: Data extraction instrument

<p><u>Appendix IV: Data extraction instrument (1)</u></p> <p><b>Título da Revisão:</b> Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal</p> <p><b>Questão:</b> Qual a intervenção do enfermeiro na promoção da literacia dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários acerca do Estatuto de Cuidador Informal?</p> <p><b>Critérios de Inclusão (PCC):</b></p> <p>População – Profissionais de Saúde, Enfermeiro</p> <p>Conceito – Literacia em Saúde, Estatuto Cuidador Informal</p> <p>Contexto – Cuidados de Saúde Primários</p>
<p><b><u>Autor/es:</u></b></p> <p>Angga Wilandika, Moses Pandin and Ah Yusuf.</p> <p><b>Título: The Roles of Nurses in Supporting Health Literacy: a Scoping Review</b></p>
<p>➤ <b><u>Ano da Publicação:</u></b> 2023</p>
<p>➤ <b><u>País de origem:</u></b> India</p>
<p>➤ <b><u>Objetivos:</u></b> This scoping review aims to describe the roles of nurses in promoting patient health literacy and identify the determinant factors of health literacy in nursing practices. (p. 1)</p>
<p><b><u>Metodologia/métodos:</u></b></p> <p>➤ Scoping Review;</p> <p>➤ “An integrative search was conducted through four databases, namely, Science Direct, ProQuest, SAGE Journal, and PubMed, using various keyword combinations such as “health literacy,” “health information,” “patient health literacy,” “patient literacy,” and “nurses.” (p. 1)</p>
<p>➤ <b><u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● “An integrative search was conducted, and the results were presented following the guidelines of the Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) Extension (...).” (p. 2)</li> <li>● Databases – “ScienceDirect, ProQuest, SAGE Journal, and PubMed” (p. 2).</li> </ul>
<p><b><u>Interpretação desenvolvida:</u></b></p>

“This scoping review showed the roles of nurses in patient health literacy as caregivers, facilitators, and educators.” (p. 5).

“A nurse who plays a role in improving health literacy should understand the extent of health literacy skills and patients’ level of understanding about a disease or problem.” (p. 5).

“Applying health literacy at any time and in all patient care settings will promote achieving client empowerment, engagement, activation, and optimal health outcomes.” (p. 5).

“Nurses play a critical role in facilitating patients’ efforts to access and understand health information by developing interventions focused on improving their ability to manage illnesses through comprehensive reading and interpretation of health information.” (p. 7)

“Individuals with good health literacy will be able to participate in public and private discussions about health, medicine, scientific knowledge, and cultural beliefs.” (p. 7)

“(…) strengthening health literacy with the assistance of nurses can enhance primary health conditions at the individual and community levels by using appropriate health information to increase health literacy and meet patient needs.” (p. 7)

“Nurses can utilize health literacy strategies in informing individuals to make the best possible health-related decision.” (p. 7)

“Nurses as healthcare workers who have a closer relationship with patients can become facilitators to meet these health literacy needs through health education or promotion activities.” (p. 7)

“While providing information to the patients, nurses should be careful in interpreting their observable body language movements, such as nodding of the head as an indication that the information received was understood.” (p. 7)

“As previously explained, health literacy is a complex concept that requires careful, thorough, and persistent assessment. Inadequate assessment of health literacy can pose a significant barrier to clients’ health literacy.” (p. 7)

“(1) Nurses must understand the beliefs and cultural norms of their clients. (2) Information explanations should be repeated or provided in a way that is more technically adapted to clients’ cultural approach. (3) Nurses should be attentive to verbal and non-verbal cues, and use simple language during communication, avoiding medical terms that may be unfamiliar to clients. (4) In case of a

language barrier, a translator should be involved to ensure effective communication.” (p. 8)

“Personal factors, specifically age, gender, income, education, and employment status, are associated with the determination of health literacy.” (p. 8)

“(…) Guo et al. (39) found that sociodemographic factors, including gender, education, income, and access to information, are not directly related to health literacy. Personal characteristics, such as self-efficacy, social support, and health status, were observed to have a significant impact on health literacy.” (p. 8)

“The study conducted by Koduah et al. (32) discovered that religiosity can impact health literacy. Nurses with strong religious beliefs view health as necessary and make health literacy essential to their lives.” (p. 8)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Nível 1, Experimental Designs

Nível 1.b, – Systematic review of RCTs and other study designs

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Vem demonstrar a importância da intervenção dos enfermeiros perante a literacia em saúde dos indivíduos. Desta forma, é da responsabilidade dos enfermeiros promover a literacia em saúde e conhecimento sobre a doença/prevenção da doença, impactando de forma positiva os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais dos utentes com quem lidam.

A literacia em saúde diz respeito ao processo de aceder, compreender, avaliar e utilizar informações relativas à saúde com o intuito de melhorar a qualidade da saúde a nível individual e de grupo.

Os enfermeiros estão aptos a transmitir conhecimento aos indivíduos, capacitando-os para a obtenção e compreensão de informação acerca da sua patologia e potenciando a adoção de comportamentos promotores da saúde e da qualidade de vida. Neste âmbito os enfermeiros possuem competências comunicacionais e são igualmente capacitados para lidar com problemas tais como gestão de stress, pensamento positivo e bem-estar espiritual.

“De acordo com três estudos [derivados da *scoping review* efetuada], os enfermeiros desempenham um papel educativo no auxílio dos indivíduos para a compreensão do valor de hábitos saudáveis e promoção da

literacia em saúde.” (p. 4).

Os fatores determinantes que influenciam a literacia em saúde são a idade, sexo, nível educativo, percepção sobre a saúde/doença, etnia, religião, estado civil e língua materna (influenciando tanto os indivíduos alvo da promoção da literacia em saúde, como os enfermeiros que a praticam). Adicionalmente existem outros fatores tais como: experiência e contexto laboral, meios utilizados para obtenção de informação e prática na utilização de internet.

A literacia em saúde no processo de cuidados de enfermagem requer “(...) conhecimento, motivação e competência para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações (...)” (p. 7) do ponto de vista da saúde. Os indivíduos capacitados do ponto de vista da literacia em saúde têm a habilidade de participar ativamente em discussões acerca da evidência científica relativa a determinado tema (por exemplo o Estatuto de Cuidador Informal tal como de acordo com a questão de investigação).

Outro contributo do artigo consiste na percepção que os enfermeiros têm acerca da literacia em saúde dos indivíduos, superestimando o nível de literacia em saúde dos indivíduos com base nos seus próprios sentimentos, confiando em indicadores externos tais como as habilitações literárias ou status socioeconómico. Esta percepção poderá ser problemática e limitar as estratégias de promoção da literacia pelo que não deverão somente ser considerados estes fatores. A comunicação não-verbal também possui um forte impacto na interpretação do processo de literacia em saúde pelo que os enfermeiros não deverão basear a sua percepção nessa comunicação em concreto.

Recomendações para a avaliação e promoção da literacia em saúde de indivíduos, grupos ou comunidades: compreender as crenças e indicações culturais dos clientes, repetição ou adaptação técnica das informações a serem transmitidas de forma culturalmente adequada e prestar atenção às indicações verbais e não verbais e utilizar linguagem simples durante o processo de comunicação.

<p><u>Appendix IV: Data extraction instrument (2)</u></p> <p><b>Título da Revisão:</b> Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal</p> <p><b>Questão:</b> Qual a intervenção do enfermeiro na promoção da literacia dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários acerca do Estatuto de Cuidador Informal?</p> <p><b>Critérios de Inclusão (PCC):</b></p> <p>População – Profissionais de Saúde, Enfermeiro</p> <p>Conceito – Literacia em Saúde, Estatuto Cuidador Informal</p> <p>Contexto – Cuidados de Saúde Primários</p>
<p><b><u>Autor/es:</u></b></p> <p>Andreia Costa, David de Sousa Loura, Paulo Nogueira, Graça Melo, Idalina Gomes, Isabel Ferraz, Laura Viegas and Maria Adriana Henriques.</p> <p><b>Título: Informal Caregivers’ Health Literacy in Lisbon, Portugal: A Profile for Health Promotion Prioritization</b></p>
<p>➤ <b><u>Ano da Publicação:</u></b> 2022</p>
<p>➤ <b><u>País de origem:</u></b> Portugal</p>
<p>➤ <b><u>Objetivos:</u></b> Aims to assess informal caregivers’ health literacy and associated factors in Lisbon county, as well as to foster the development of a local-specific health literacy strategy. (p. 1)</p>
<p><b><u>Metodologia/métodos:</u></b></p> <p>➤ Multistudy and multimethod approach (...) developed through two stages. First stage, a quantitative study with a descriptive cross-sectional design. (p. 3)</p> <p>➤ A data collection survey was developed, including sections about the cared-for person, information about the caregiver and evaluation scales about the caregiver. (p. 3)</p> <p>➤ Caregiver evaluation scales regarding two topics were included (in the Portuguese version) with proper authorization by the authors: Health Literacy (HLS-EU-PT) [21,22]; Well-Being (Well Being Index—WBI-WHO-5) (p. 3)</p>

➤ Regarding statistical analysis, data were archived in the Limesurvey® backoffice and exported to Microsoft Excel® and IBM® SPSS® Statistics files. Descriptive univariate analysis was conducted on all variables. (p. 4)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

- Parceiros institucionais, pessoa alvo de cuidados (quando possível) e cuidadores informais.
- The project obtained a declaration of approval in February 2021, prior to data collection launching, by the Health of Lisbon and Tejo Valley Regional Health Administration's Ethics Committee. (p. 4)

**Interpretação desenvolvida:**

“In what concerns the person in need of care profile, results are similar to what is reported in other studies. Particularly for sex, identifying women as the most common care recipient [3,32]; age on average is 80 years old [34]; and the level of dependence, in which a severe classification was the most described status for basic and instrumental daily living activities. Caregiver sociodemographic profile was predominantly overlapped with the conclusions of available scientific evidence on the topic, with slight differences on the financial situation.” (p. 9)

“Concerning informal caregivers' health literacy, articulation with scientific evidence is mixed. In this study, the 35-point mean score of HLS-EU-PT general health literacy index, classified as 'Sufficient' for 38% of the carers, is above the same index mean score for the Portuguese population calculated in 2016, when the first mapping exercise in Portugal was conducted (M = 33.0)” (p. 9)

“Particularly in the case of the HL health promotion index, limited health literacy appears to continue on an ascending trajectory. Several factors can explain this phenomenon, starting with the lack of programs designed to support and educate informal carers in their caregiving role, but also not forgetting about the need for investment in caregiver support networks that promote contact and follow-up by health professionals.” (p. 9)

“A scoping review involving caregivers of people with cancer also stated that the digitalization of health could be identified as a barrier to health literacy development, mainly to individuals with low socioeconomic status and educational level, as well as reduced familiarity with technology.” (p. 9)

“Regarding age and education, in the geriatric and less educated population, Portugal sees a higher risk of presenting a low health literacy general index.” (p. 10)

“This study states the need to raise health literacy of informal caregivers to empower them to provide better care with the best quality of life possible.” (p. 10)

“The Lisbon informal caregiver is mostly a woman (82%), married (47%), aged on average 62.3 years old (SD = 13.1), and in a great percentage retired (43%). The Lisbon caregiver takes care of one person with dependence (89%) and 11% take care of more than one person. The Lisbon informal caregiver shows an interesting mean level of health literacy of 35 points—slightly below the 38% of “sufficient” cut-off—(SD = 7.2), with a proportion slightly above 50% with adequate health literacy.” (p. 11)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Nível 4, Observational–Descriptive Studies

Nível 4.d, – Case study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Vem demonstrar a relevância da implementação de programas para promoção da literacia em saúde em Portugal, com o intuito de apoiar e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais.

O estudo reforça que a digitalização atualmente verificada na área da saúde pode ser identificada como uma barreira para o desenvolvimento da literacia em saúde principalmente para indivíduos com baixos status socioeconómicos e habilitações literárias devido à dificuldade na utilização adequada das tecnologias.

O conhecimento inadequado sobre recursos comunitários pode ser prejudicial para a capacidade de os cuidadores informais procurarem apoio neste contexto que vivenciam. Desta forma, os autores reforçam a necessidade urgente de potenciar a literacia em saúde dos indivíduos, capacitando as pessoas com conhecimentos e competências (empowerment) neste âmbito com o objetivo de reduzir a sobrecarga no sistema de saúde.

Em Portugal, tal como mencionado pelos autores, a ausência prévia de programas de apoio aos cuidadores informais e sua literacia pode desencadear uma literacia em saúde limitada no que diz respeito ao acesso, aplicação e avaliação de informações acerca da saúde, impactando de forma negativa a literacia e qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente.

O estudo reforça igualmente a importância de os enfermeiros promoverem a literacia e envolvimento dos cuidadores informais pois, tal como verificado, os cuidadores envolvidos em programas de apoio e treino da literacia em saúde demonstraram níveis de literacia superiores aos cuidadores que não frequentavam programas nesse âmbito. Assim sendo, a operacionalização destes programas de promoção da literacia em saúde podem desempenhar um papel fulcral na capacitação dos cuidadores informais e empowerment para a tomada de decisão relativa à saúde.

Appendix IV: Data extraction instrument (3)

**Título da Revisão:** Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal

**Questão:** Qual a intervenção do enfermeiro na promoção da literacia dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários acerca do Estatuto de Cuidador Informal?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

População – Profissionais de Saúde, Enfermeiro

Conceito – Literacia em Saúde, Estatuto Cuidador Informal

Contexto – Cuidados de Saúde Primários

**Autor/es:**

Min Young Kim and Seieun Oh

**Título:** Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients

➤ **Ano da Publicação:** 2020

➤ **País de origem:** Coreia

➤ **Objetivos:**

➤ We aimed to further understand nurses' perspectives on the education of older patients and their health literacy, as nurses are one of the frontline providers interacting with older patients. (p. 1)

**Metodología/métodos:**

- “The project consists of interdependent studies to examine clinical communication patterns, their effectiveness, and barriers to both patients and healthcare providers’ use of health information, which will eventually be used to develop an intervention for healthcare providers.” (p. 2)
- “Ineligible participants for this study included registered nurses who had five or more years of clinical experience (...)” (p. 2)
- “After the initial recruitment, a snowball technique was used to recruit the remaining participants. In total, 16 registered nurses and nurse practitioners (advanced practice registered nurses trained at the graduate level) participated in the study.” (p. 3)
- “They worked at four different general hospitals, with similar sizes (number of beds) and medical departments, in three Korean metropolitan cities. The mean age of the participants was 38.8 years (SD = 8.1, median 36.5, range 28–55). The average length of total clinical experience was 189.8 months (SD = 98.6, median 156.5), and the average time spent working at the current department was 106.5 months (SD = 80.7, median 82.5). All participants were female” (p. 3)
- “Data for the study were collected through face-to-face interviews and email communications.” (p. 3)
- “Data analysis was conducted using thematic analysis, as suggested by Braun and Clarke”. (p. 3)
- “Three methods were employed to establish the trustworthiness of the study: peer debriefing, maintenance of thorough records and materials for an audit trail, and thick (detailed) description of the study conditions.” (p. 4)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

- “This study was approved by the Human Subjects Committee at Dankook University Hospital (#2018–03-012). The participants’ human rights and privacy rights were protected throughout the study.” (p. 4)

**Interpretação desenvolvida:**

“The findings of this study showed that participants perceived older patients to have multiple diverse conditions that are likely to hinder effective education, lower their health literacy, and thereby affect the efficacy of self-care practices.” (p. 4)

“Time-regulated healthcare delivery in hospitals was the overall context under which nurses felt a large burden regarding educating or counseling older patients and their family caregivers.” (p. 4)

“Participants felt that working with older patients was difficult mainly due to a lack of understanding as to why older patients hold certain attitudes preventing them from engaging with health information. Such attitudes were described as generally having three characteristics: lack of interest in managing their health conditions, refusal to adapt and adjust to new health behaviors, and acceptance and maintenance of what they want only.” (p. 4)

“A short attention span, a decreased ability to understand and memory problems or loss were significant functional limitations that hindered effective education and frustrated or discouraged the participants.” (p. 5)

“Hearing difficulties and poor eyesight are common problems among elderly patients that hinder their communication with nurses. Ready-made educational materials for the general population are not suitable for elderly patients in terms of font sizes, terminology used, and the range of information included.” (p. 5)

“Some participants were more likely to focus on educating the family caregiver rather than the patient. This practice was based on their previous experiences in which they found teaching the family caregiver to be a more effective means of instruction.” (p. 6)

“Conditions that might affect adherence to medical recommendations or self-care were perceived by participants as contexts under which the level of health literacy of an older patient may vary.” (p. 6)

“Other strategies frequently used by the participants included highlighting and summarizing key information only, repetition of explanations, questioning of the patient to confirm that the patient understood the content, writing to-do lists at the end of the session, drawing pictures, and utilizing real-life objects and examples, and actual pills or equipment.” (p. 7)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.c – RCT

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O estudo revela a importância de os enfermeiros possuírem competências de comunicação e avaliação aquando promoção da literacia em saúde. Vários fatores influenciam a literacia em saúde dos indivíduos tais como: condições psicológicas/cognitivas, tipo de serviço onde os enfermeiros exercem funções, atitude face ao processo educativo em saúde (resistência ao mesmo, por exemplo) e experiências prévias (negativas ou positivas) que os enfermeiros tenham vivenciado no âmbito da promoção da literacia.

O estudo evidencia igualmente a importância de identificar os problemas específicos de cada indivíduo que limitem o processo de promoção da literacia em saúde. Um dos componentes referido é a necessidade de considerar a pessoa cuidada um parceiro e não apenas um “ouvinte” (não hierarquizando essa relação) e a necessidade de confirmar a compreensão do indivíduo no que diz respeito ao processo educativo utilizando por exemplo técnicas interativas – utilizar a validação através do método “teach back”. O estabelecimento de uma parceria é fulcral para a otimização da literacia em saúde pelo que o enfermeiro deverá procurar respeitar as opiniões e escolhas do indivíduo perante o seu processo de saúde/doença e focar num plano de ação concretizável no dia-a-dia do indivíduo. No que concerne ao papel do cuidador familiar, o enfermeiro deverá auxiliar o mesmo no estabelecimento de um plano de cuidados (respeitando as suas limitações/preferências) ao invés de focar todo o processo educativo no cuidador.

Sugere-se que os profissionais de saúde devem ingressar em cursos no âmbito das competências de comunicação pelos resultados positivos já verificados na literacia em saúde.

Appendix IV: Data extraction instrument (4)

**Título da Revisão:** Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal

**Questão:** Qual a intervenção do enfermeiro na promoção da literacia dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários acerca do Estatuto de Cuidador Informal?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

População – Profissionais de Saúde, Enfermeiro

Conceito – Literacia em Saúde, Estatuto Cuidador Informal

Contexto – Cuidados de Saúde Primários

**Autor/es:**

Andreivna Kharenine Serbim, Naiana Oliveira dos Santos and Lisiane Manganelli Girardi Paskulinl

**Título: Effects of the Alpha-Health intervention on elderly’s health literacy in primary health care**

➤ **Ano da Publicação:** 2022

➤ **País de origem:** Brasil

➤ **Objetivos:**

➤ “Assess the effects of the Alpha-Health intervention on health literacy and health habits of elderly people linked to primary care, when compared to usual health care.” (p. 1)

**Metodologia/métodos:**

➤ “It is a quasi-experimental investigation, with a mixed methods approach by concomitant triangulation. The research followed the recommendations of the Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)(17). The study was carried out in two primary care health units in the city of Arapiraca, Alagoas, northeastern Brazil, with an estimated population of 230,417 inhabitants and a Municipal Human Development Index (MHDI) of 0.649(18). Data collection and intervention were carried out between September 2017 and July 2018” (p. 2)

- “The first researcher contacted the elderly by telephone or in person and assessed inclusion and exclusion criteria of participants. The interviews lasted approximately 60 minutes and were conducted in the facilities of the health units. Age, sex, marital status, education, income and with whom the elderly lived were collected.” (p. 3)
- “In the qualitative stage, the Health Literacy instrument was used, built in Canada and adapted for use in Brazil, composed of open-ended and closed-ended questions.” (p. 3)
- “The Alpha-Health intervention(22) lasted for five months (20 weeks) and was conducted by a nurse in an IG health unit in a space to develop groups. Each meeting lasted 1 hour and 30 minutes. The intervention was structured based on health literacy skills: accessing/searching for health information (finding health information and necessary health services); understanding health information (working on understanding different themes)); communicating health information (developing the confidence to share health information with professionals, family and friends); and assessing health information (identifying reliable sources of information in the health system and on the internet)” (p. 3)
- “Descriptive and inferential analyses were performed in SPSS v.25.” (p. 3)
- “For the organization of qualitative data, qualitative solutions research Nvivo (QSR NVivo), version 11.0, was used.” (p. 3)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

- “The study was approved by the Institutional Review Board of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - Certificate of Presentation for Ethical Consideration).” (p. 2)

**Interpretação desenvolvida:**

“Considering participants’ sociodemographic data, most of the elderly were female, lived accompanied, had few years of education and low income, corroborating a study that presented the profile of elderly people in a community in northeastern Brazil.” (p. 6)

“Even after Alpha-Health, most participants continued with inadequate health literacy, although there was an increase in the proportion of elderly people with adequate health literacy.” (p. 6)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 3 – Observational – Analytic Designs

Level 3.d – Case – Controlled study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O estudo revela que os profissionais de saúde são uma figura muito relevante na divulgação de informação no âmbito da saúde e, por essa razão, deverão possuir conhecimento acerca das estratégias para uma comunicação interpessoal eficaz e possuir habilidades para o desenvolvimento de materiais em formato escrito e visual para criação de ambientes favoráveis à promoção da literacia em saúde.

Os autores reforçam igualmente a necessidade de implementação de programas de literacia em saúde junto dos idosos para promover o seu empowerment na gestão da patologia crónica e aumentar a sua autonomia na procura de conhecimento no âmbito da saúde.

Appendix IV: Data extraction instrument (5)

**Título da Revisão:** Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal

**Questão:** Qual a intervenção do enfermeiro na promoção da literacia dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários acerca do Estatuto de Cuidador Informal?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

População – Profissionais de Saúde, Enfermeiro

Conceito – Literacia em Saúde, Estatuto Cuidador Informal

Contexto – Cuidados de Saúde Primários

**Autor/es:** Andreivna Serbim, Lisiane Paskulin and Don Nutbeam

**Título:** Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study

➤ **Ano da Publicação:** 2019

➤ **País de origem:** Brasil

➤ **Objetivos:**

➤ “This paper reports on a study designed to investigate the feasibility and potential impact on health literacy and health practices of embedding an intervention programme to improve health literacy with older people through established primary health care units (PHCUs) in a disadvantaged urban community in Brazil.” (p. 1256)

**Metodologia/métodos:**

➤ “This investigation utilized a quasi-experimental design, with 42 participants recruited for the intervention group and comparison group.” (p. 1256)

➤ “The study took place in two PHCUs in the city of Arapiraca, Brazil.” (p. 1258)

➤ “Two PHCUs were chosen on the basis of no existing support groups and from regions that were geographically separate (12 km apart) with similar socio-economic profiles.” (p. 1258)

➤ “The study participants were drawn from a full list of patients aged over 60 registered in the two PHCUs. Participants needed to be able to read and speak Portuguese; and to be able to participate in the intervention once a week for a period of 5 months” (p. 1258)

➤ “To ensure that the group size was optimal for educational activity (optimally 20), 21 participants were recruited for the intervention and CG.” (p. 1259)

- “The Alfa-Health Program was an educational programme first implemented and designed to improve critical health literacy in older population based on developing transferable skills that equip people to make a range of more autonomous decisions relating to their health, and to adapt to changing circumstances (Nutbeam et al., 2018)” (p. 1259)
- “The Alfa-Health Program was designed and delivered by a nurse (the first author) over a 20-week period through weekly meetings in a group room in the PHCU.” (p. 1259)
- “The meetings were scheduled for 90 min starting with some physical activity (stretching exercises) and ending with a healthy snack.” (p. 1259)
- “The intervention was drew extensively on freely available materials (manuals, guidelines, videos, documents and website) provided by the Ministry of Health.” (p. 1259)
- “The quantitative data collected was analysed using Statistical Package for Social Science, version 25.0” (p. 1259)
- “The McNemar test was performed to compare the proportions of the categorical variables studied between the times (pre- and post-test).” (p. 1261)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

- “The study took place in two PHCUs in the city of Arapiraca, Brazil.” (p. 1258)
- “The present work was carried out with the support of National Council for Scientific and Technological Development, CNPq– Brazil.” (p. 1264)

**Interpretação desenvolvida:**

“Given the location of the two PHCUs rates of illiteracy were exceptionally high.” (p. 1261)

“The most significant result was found in changes in vaccination rates (hepatitis and diphtheria–tetanus). Some modest but consistent improvements in reported health behaviours related to food choices and physical activity were also observed, but were not statically significant.” (p. 1261)

“Although primary health care is widely accessible in Brazil, older people often struggle to navigate the complex network of health care services, and do not make optimal use of the basic services (such as immunization) that are available for this specific part of population.” (p. 1263)

“The results presented here provide consistent though not always statistically significant evidence of positive improvements in health literacy and health behaviour.” (p. 1263)

“Although the study provides evidence that it is feasible to organize and deliver a comprehensive health literacy programme with a highly disadvantaged population using existing resources, great care has to be taken in the interpretation of the results.” (p. 1263)

“Our analyses suggested that participants’ word recognition health literacy score improved after the programme, probably reflecting the use of the SAHLPA words during the intervention.” (p. 1264)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

**LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS**

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.a– Systematic Review of Randomized Controlled Trials(RCTs)

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A evidência alcançada demonstra que, apesar das limitações no que diz respeito aos recursos e fatores socioeconómicos (por se tratar de um estudo efetuado numa população desfavorecida nesse aspeto), uma intervenção para a promoção da literacia em saúde utilizando os recursos pré-existentes nos serviços, tem potencial para o alcance de resultados favoráveis no âmbito das competências associadas à literacia em saúde.

Appendix IV: Data extraction instrument (6)

**Título da Revisão:** Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal

**Questão:** Qual a intervenção do enfermeiro na promoção da literacia dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários acerca do Estatuto de Cuidador Informal?

**Critérios de Inclusão (PCC):**

População – Profissionais de Saúde, Enfermeiro

Conceito – Literacia em Saúde, Estatuto Cuidador Informal

Contexto – Cuidados de Saúde Primários

**Autor/es:**

Consuela C Yousef, Teresa M Salgado, Keisha Burnett, Laura E McClelland, Hani S Alhamdan, Sahal Khoshhal, Ibrahim Aldossary, Omar A Alyas and Jonathan P DeShazo

**Título: Perceived barriers and enablers of a personal health record from the healthcare provider perspective**

➤ **Ano da Publicação:** 2023

➤ **País de origem:** Arábia Saudita

➤ **Objetivos:**

➤ “This study aimed to explore healthcare provider (HCP) perspectives of barriers to and enablers of PHR adoption in Saudi Arabia.” (p. 2)

**Metodologia/métodos:**

➤ “This study is a sub-analysis of a larger, cross-sectional, descriptive, multi-center study examining factors affecting HCP [Healthcare Professionals] acceptance of PHRs [Personal Health Records] and the inclusion of a secure messaging feature.” (p. 4)

➤ “Patients access the PHR through a web browser or by downloading a mobile application (app) and then register with their medical record number. The PHR allows patients to check laboratory results, request medical reports, refill prescriptions, schedule appointments, view radiology reports, and receive vaccination reminders, but does not have a secure messaging feature.” (p. 4)

➤ “HCPs were selected from hospitals and primary healthcare centers under any MNGHA facility and included all medical, nursing, dental, pharmacy, and allied health staff. The target sample size was 200 HCPs to ensure a large enough sample to be representative across the categories of interest (i.e., professional role, age, years of experience) and to be acceptable for performing partial least squares structural equation modeling, necessary for the statistical analysis of the larger study.” (p. 5)

➤ “Data were collected through an anonymous self-administered online survey on QuestionPro® between April and May 2021.” (p. 5)

➤ “All participants provided written informed consent.” (p. 5)

➤ “The final version of the survey included 51 items covering demographic characteristics; general PHR questions; questions about acceptance of a

secure messaging feature; two checklists asking respondents to select the top three main challenges to PHR acceptance and secure messaging; and two open-ended questions soliciting additional comments and concerns about the PHR and secure messaging.” (p. 5)

- “Data analysis was performed with IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0.” (p. 6)

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

- “HCPs were selected from hospitals and primary healthcare centres” (p. 5)
- “The study was approved by the institutional review boards at Virginia Commonwealth University and King Abdullah International Medical Research Center.” (p. 11)

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“The top three challenges to PHR adoption identified by HCPs were: 1) lack of patient awareness, 2) literacy of the patients, and 3) patient resistance to new technologies.” (p. 6)

“Other perceived challenges to PHR use reported by HCPs in a free text response option if they selected “other” in the checklist included: (a) no Internet access, (b) need for guidance to use the application, (c) limited understanding of the information in the PHR by patients, (d) financial concerns, (e) inability to follow-up sick leave and medical reports, and (f) concerns about patients making multiple clinic bookings.” (p. 6)

“HCPs in our study perceived most barriers to PHR adoption to be patient-related (i.e., lack of patient awareness, literacy of the patients, and patient resistance to new technologies). It is possible that HCPs believe that those at greater need of the PHR (e.g., elderly, individuals with multiple comorbidities) are also those who face the greatest challenges — lack of literacy, resistance — and may, in turn, be less likely to discuss PHR use.” (p. 10)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 4 – Observational – Descriptive Studies

Level 4.a – Cross Sectional Study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O artigo analisado não apresenta contribuições diretas para a questão de investigação, no entanto, fundamenta a necessidade de os profissionais de saúde apoiarem os utentes durante o processo de literacia em saúde de forma a potenciar os resultados e impedir que os obstáculos/limitações os impeçam de alcançar os melhores resultados. A literacia em saúde insuficiente determina o posterior processo de cuidados e acompanhamento dos utentes pelo que se torna crucial o esclarecimento em momentos oportunos. Os fatores que poderão influenciar o processo de promoção da literacia em saúde são: as perceções dos utentes face ao seu processo de saúde/doença (atitudes positivas/negativas), a dedicação de cada utente ao processo de aprendizagem e o nível de treino/competências dos profissionais de saúde, utentes e cuidadores neste âmbito.

**Appendix V: Characteristics of Included Studies**

<b>Study</b>	<b>Methodology</b>	<b>Method</b>	<b>Participant s</b>	<b>Phenomena of interest</b>	<b>Author's conclusion</b>	<b>Reviewer's conclusion</b>
<p>The Roles of Nurses in Supporting Health Literacy: a Scoping Review Angga Wilandika, Moses Pandin and Ah Yusuf.</p>	<p>Scoping Review; Databases: ScienceDirect, ProQuest, SAGE Journal, and PubMed, Keyword combinations such as "health literacy," "health information," "patient health literacy," "patient literacy," and "nurses." (p. 1)</p>	<p>Integrative search through 4 databases - Science Direct, ProQuest, SAGE Journal, and PubMed</p>	<p>Nurses</p>	<p>Role of Nurses in Health Literacy. Health literacy strategies. How personal factors can affect health literacy.</p>	<p>"As previously explained, health literacy is a complex concept that requires careful, thorough, and persistent assessment. Inadequate assessment of health literacy can pose a significant barrier to clients' health literacy." (p. 7)</p>	<p>A literacia em saúde no processo de cuidados de enfermagem requer "(...) conhecimento, motivação e competência para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações (...)" (p. 7) do ponto de vista da saúde. Os indivíduos capacitados do ponto de vista da literacia em saúde têm a habilidade de participar ativamente em discussões acerca da evidência científica relativa a determinado tema.</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Informal Caregivers' Health Literacy in Lisbon, Portugal: A Profile for Health Promotion Prioritization            Andreia Costa, David de Sousa Loura, Paulo Nogueira, Graça Melo, Idalina Gomes, Isabel Ferraz, Laura Viegas and Maria Adriana Henriques</p>	<p>Multistudy and multimethod approach</p>	<p>Caregiver evaluation scales regarding two topics were included (in the Portuguese version) with proper authorization by the authors: Health Literacy (HLS-EU-PT) [21,22]; Well-Being (Well Being Index—WBI-WHO-5) (p. 3)</p>	<p>Informal Caregivers</p>	<p>Health Literacy</p>	<p>“This study states the need to raise health literacy of informal caregivers to empower them to provide better care with the best quality of life possible.” (p. 10).            The Lisbon informal caregiver shows an interesting mean level of health literacy of 35 points—slightly below the 38% of “sufficient” cut-off—(SD = 7.2), with a proportion slightly above 50% with adequate health literacy.” (p. 11)</p>	<p>O estudo reforça igualmente a importância de os enfermeiros promoverem a literacia e envolvimento dos cuidadores informais pois, tal como verificado, os cuidadores envolvidos em programas de apoio e treino da literacia em saúde demonstraram níveis de literacia superiores aos cuidadores que não frequentavam programas nesse âmbito. Assim sendo, a operacionalização destes programas de promoção da literacia em saúde podem desempenhar um papel fulcral na capacitação dos cuidadores</p>

Study	Methodology	Method	Participant s	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
						informais e empowerment para a tomada de decisão relativa à saúde.
<p>Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients</p> <p>Min Young Kim and Seieun Oh</p>	<p>"The project consists of interdependent studies to examine clinical communication patterns, their effectiveness, and barriers to both patients and healthcare providers' use of health information."</p>	<p>"Face-to-face interviews and email communications." (p. 3)</p>	<p>"Registered nurses who had five or more years of clinical experience (...)" (p. 2)</p>	<p>"Nurses' perspectives on the education of older patients and their health literacy"</p>	<p>"Participants felt that working with older patients was difficult mainly due to a lack of understanding as to why older patients hold certain attitudes preventing them from engaging with health information: lack of interest in managing their health conditions, refusal to adapt and adjust to new health behaviors, and</p>	<p>O estudo revela a importância dos enfermeiros possuírem competências de comunicação e avaliação aquando promoção da literacia em saúde. Fatores influenciam a literacia em saúde: condições psicológicas/cognitivas, tipo de serviço onde os enfermeiros exercem funções, atitude face ao processo educativo em saúde (resistência ao mesmo) e experiências</p>

<b>Study</b>	<b>Methodology</b>	<b>Method</b>	<b>Participant s</b>	<b>Phenomena of interest</b>	<b>Author's conclusion</b>	<b>Reviewer's conclusion</b>
					acceptance and maintenance of what they want only." (p. 4)	prévias (negativas ou positivas).

<b>Study</b>	<b>Methodology</b>	<b>Method</b>	<b>Participant s</b>	<b>Phenomena of interest</b>	<b>Author's conclusion</b>	<b>Reviewer's conclusion</b>
Effects of the Alpha-Health intervention on elderly's health literacy in primary health care Andreivna Kharenine Serbim, Naiana Oliveira dos	Quasi-experimental investigation	Alpha-Health intervention. "Descriptive and inferential analyses were performed in SPSS v.25." (p. 3)  "For the organization of qualitative data, qualitative	Elders from two primary care health units	Health literacy skills	"Even after Alpha-Health, most participants continued with inadequate health literacy, although there was an increase in the proportion of elderly people with adequate health literacy." (p. 6)	O estudo revela que os profissionais de saúde são uma figura muito relevante na divulgação de informação no âmbito da saúde e, por essa razão, deverão possuir conhecimento acerca das estratégias para uma comunicação interpessoal eficaz e possuir habilidades para o desenvolvimento de

<b>Study</b>	<b>Methodology</b>	<b>Method</b>	<b>Participant s</b>	<b>Phenomena of interest</b>	<b>Author's conclusion</b>	<b>Reviewer's conclusion</b>
Santos and Lisiane Manganelli Girardi PaskulinI		solutions research Nvivo (QSR NVivo), version 11.0, was used." (p. 3)				materiais em formato escrito e visual para criação de ambientes favoráveis à promoção da literacia em saúde.

<b>Study</b>	<b>Methodology</b>	<b>Method</b>	<b>Participant s</b>	<b>Phenomena of interest</b>	<b>Author's conclusion</b>	<b>Reviewer's conclusion</b>
Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study	Quasi- experimental design	The Alfa-Health Program. "The quantitative data collected was analysed using SPSS, version 25.0" (p. 1259)	42 participants (elder)	Health Literacy	"Our analyses suggested that participants' word recognition health literacy score improved after the programme, probably reflecting the use of the SAHLPA	A evidência alcançada demonstra que, apesar das limitações no que diz respeito aos recursos e fatores socioeconómicos (por se tratar de um estudo efetuado numa população desfavorecida nesse aspeto), uma intervenção para

<b>Study</b>	<b>Methodology</b>	<b>Method</b>	<b>Participant s</b>	<b>Phenomena of interest</b>	<b>Author's conclusion</b>	<b>Reviewer's conclusion</b>
<p>Andreivna Serbim, Lisiane Paskulin and Don Nutbeam</p>		<p>“The McNemar test was performed to compare the proportions of the categorical variables studied between the times (pre- and post-test).” (p. 1261)</p>			<p>words during the intervention.” (p. 1264)</p>	<p>a promoção da literacia em saúde utilizando os recursos pré-existent nos serviços, tem potencial para o alcance de resultados favoráveis no âmbito das competências associadas à literacia em saúde.</p>

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>Perceived barriers and enablers of a personal health record from the healthcare provider perspective</p> <p>Consuela C Yousef, Teresa M Salgado, Keisha Burnett, Laura E McClelland, Hani S Alhamdan, Sahal Khoshhal, Ibrahim Aldossary, Omar</p>	<p>“Sub-analysis of a larger, cross-sectional, descriptive, multicenter study examining factors affecting HCP [Healthcare Professionals] acceptance of PHRs [Personal Health Records] and the inclusion of a secure messaging feature.” (p. 4)</p>	<p>“Data were collected through an anonymous self-administered online survey on QuestionPro®”</p>	<p>Healthcare providers</p>	<p>Perspectives of barriers and enablers about health care literacy</p>	<p>“HCPs in our study perceived most barriers to PHR adoption to be patient-related (i.e., lack of patient awareness, literacy of the patients, and patient resistance to new technologies). It is possible that HCPs believe that those at greater need of the PHR (e.g., elderly, individuals with multiple comorbidities) are also those who face the greatest challenges — lack of literacy, resistance — and may,</p>	<p>O artigo analisado não apresenta contribuições diretas para a questão de investigação, no entanto, fundamenta a necessidade de os profissionais de saúde apoiarem os utentes durante o processo de literacia em saúde de forma a potenciar os resultados e impedir que os obstáculos/limitações os impeçam de alcançar os melhores resultados. A literacia em saúde insuficiente determina o posterior processo de cuidados e acompanhamento dos utentes pelo que se torna crucial o</p>

<b>Study</b>	<b>Methodology</b>	<b>Method</b>	<b>Participant s</b>	<b>Phenomena of interest</b>	<b>Author's conclusion</b>	<b>Reviewer's conclusion</b>
A Alyas and Jonathan P DeShazo					in turn, be less likely to discuss PHR use.” (p. 10)	esclarecimento em momentos oportunos. Os fatores que poderão influenciar o processo de promoção da literacia em saúde são: as perceções dos utentes face ao seu processo de saúde/doença (atitudes positivas/negativas), a dedicação de cada utente ao processo de aprendizagem e o nível de treino/competências dos profissionais de saúde, utentes e cuidadores neste âmbito.

## APÊNDICE 2

## Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Declaro ter sido informado(a), sobre o “*Focus Group*” que se realiza no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Santarém, sob orientação da Professora Celeste Godinho, com titularidade da Unidade Curricular pela Professora Doutora Marta Rosa.

Fui informado(a) que as questões colocadas durante a moderação do “*Focus Group*”, pretendem averiguar o nível de literacia em saúde do participante no que diz respeito à implementação do Estatuto de Cuidador Informal, identificar as principais dificuldades neste âmbito, estratégias utilizadas e avaliar as competências relacionadas com os aspetos ético-legais do Estatuto de Cuidador Informal.

Compreendi que os dados são recolhidos através de um momento de partilha (discussão em grupo) através do método “*Focus Group*”. A minha participação neste estudo consiste em responder a 4 questões de resposta aberta acerca das seguintes temáticas: papel do enfermeiro na implementação do Estatuto de Cuidador Informal, principais dificuldades/oportunidades na divulgação do Estatuto de Cuidador Informal, quais as estratégias utilizadas para divulgação e implementação e quais as dúvidas sobre os aspetos ético-legais do Estatuto de Cuidador Informal.

Fui informado(a) que a colheita de informação se irá efetuar por método “*Focus Group*” e gravação do áudio cujo objetivo é somente a transcrição posterior da colheita de dados efetuada durante o momento. Os dados serão tratados através de análise qualitativa do conteúdo, no período estipulado em cronograma (término no dia 31 de Janeiro) e serão salvaguardados os aspetos éticos e deontológicos durante o processo.

Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Data:

---

(Participante)

## **APÊNDICE 3**

## **Planeamento do *Focus Group* - Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal**

*Focus Group* é um conceito que é definido por Morgan (1997) como uma técnica de pesquisa qualitativa que consiste na execução de entrevistas/discussões de grupo com o intuito de obter informações sobre determinada temática através das interações de grupo. A realização da sustentação teórica do projeto através da pesquisa bibliográfica e agrupamento dos principais tópicos permite posteriormente moderar uma discussão em grupo acerca do tema proposto.

Desta forma, os objetivos da realização de um momento de partilha através de *focus group* com a população alvo (enfermeiros a exercer funções nas Unidades de Cuidados na Comunidade do ACeS Estuário do Tejo) são: compreender qual o domínio e perspetiva que os enfermeiros possuem acerca do tema (implementação do estatuto de cuidador informal), identificar as suas principais dificuldades/oportunidades na divulgação do estatuto de cuidador informal junto da comunidade, verificar as suas competências relacionadas com a implementação do estatuto de cuidador informal e promover a partilha de experiências. Para tal, projeta-se a realização de um momento de discussão de grupo com a presença da amostra já previamente mencionada, em local a designar.

Participantes – enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados na Comunidade do ACeS Estuário do Tejo. Localização, data e hora do *Focus Group* ainda a designar mediante informação disponibilizada pelos enfermeiros coordenadores das Unidades. Duração preconizada de cerca de 2 Horas.

As questões sugeridas para moderação da sessão são:

- O que compreendem acerca do papel do enfermeiro na implementação do estatuto de cuidador informal?
- Quais as vossas principais dificuldades/oportunidades aquando divulgação do estatuto de cuidador informal junto da comunidade?
- Quais as estratégias utilizadas para implementação e divulgação do estatuto?
- Quais as vossas principais dúvidas acerca dos aspetos ético-legais da atribuição do estatuto de cuidador informal?

Quadro 1 – Identificação dos Participantes

Enfermeiros	Unidade Funcional
P1	
P2	
P3	
P4	
P5	
P6	
P7	

Quadro 2 – Estrutura para Moderação do *Focus Group*

	<b>CONTEÚDO</b>
INTRODUÇÃO	Proceder ao agradecimento aos participantes pela disponibilidade de participação na atividade de grupo.
PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS	Solicitar autorização dos participantes para utilização de excertos da discussão de grupo para fins académicos; Solicitar autorização para gravação áudio da sessão; Assegurar confidencialidade dos dados partilhados no decorrer do <i>Focus Group</i> ; Explicar o intuito da discussão de grupo e objetivos da mesma.
DESENVOLVIMENTO	Colocação das questões preconizadas para dar início ao <i>Focus Group</i> ; Discussão em grupo e moderação da discussão.
CONCLUSÃO	Agradecer a disponibilidade e colaboração dos participantes; Informar que, posteriormente, será efetuada a divulgação dos dados no decorrer do projeto.
AVALIAÇÃO	Solicitar sugestões de melhoria e permitir que os participantes forneçam <i>feedback</i> acerca do desenvolvimento do <i>Focus Group</i> .

**Referências Bibliográficas** Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research*. London: Sage.

## APÊNDICE 4

## Plano da Sessão de Educação para a Saúde – “Cuidador Informado”

### Enquadramento Teórico:

No Continente Europeu estima-se que mais de 100 milhões de pessoas são cuidadores informais (dados obtidos pela *Eurocarers* – rede europeia de representação dos cuidadores informais e organizações adjacentes, 2020). Um estudo efetuado em Portugal no ano de 2022, refere que, cerca de 12,5% da população foi identificada com o cuidadora informal de familiares dependentes (Costa *et al.*). A mesma entidade supramencionada (*Eurocarers*, 2020) refere que os cuidadores informais são responsáveis por prestar cerca de 80% dos cuidados básicos à pessoa dependente (cuidados de higiene, deslocação, apoio emocional, entre outros).

A Lei n.º 100/2019 (Diário da República) referente ao Estatuto do Cuidador Informal, define Cuidador Informal como o “(...) cônjuge, unido de facto ou parente afim até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que acompanha e cuida 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.” (DR, 2019: 9).

De acordo com o Estatuto do Cuidador Informal decretado em 2019, os cuidadores têm direito a acompanhamento designado pelos serviços competentes de saúde e da segurança social através da nomeação de um profissional de referência para cada valência, de acordo com as necessidades identificadas da pessoa cuidada (DR, 2019). A este profissional de saúde de referência compete “(...) aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o cuidador informal, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa cuidada.” (DR, 2019: 11) e esclarecer ao nível da informação sobre direitos e benefícios, “(...) sinalização e encaminhamento para redes sociais de suporte, consideradas como o conjunto de recursos humanos e serviços institucionais [de que] a pessoa cuidada e o cuidador informal podem dispor e que podem prestar apoio em contexto domiciliário e comunitário, promovendo o cuidado no domicílio.” (DR, 2019: 11).

Neste domínio, o enfermeiro deverá atuar em conformidade e identificar as necessidades do cuidador e apoiá-lo, considerando que “(...) o cuidador informal necessita de suporte social ou familiar, educação, encorajamento e informação, por parte dos profissionais de saúde, de forma a desempenhar da melhor forma o cuidado e a adquirir habilidades e aptidões necessárias.” (Penafria, 2016: 15). Cabe igualmente ao enfermeiro a promoção da literacia em saúde dos cuidadores e da pessoa cuidada (quando possível), com o objetivo de dotar os mesmos de ferramentas para o desenvolvimento desta parceria.

Com o intuito de apoiar a pessoa cuidada e o cuidador, o enfermeiro de referência deverá manter a vigilância da situação e contexto em que se inserem, capacitar, orientar

e supervisionar o cuidador para os cuidados adequados ao idoso/pessoa cuidada e implementar medidas que considere necessárias para promover a saúde e bem-estar do cuidador (diminuindo o seu grau de sobrecarga e aumentando a qualidade dos cuidados) (Nicolau, 2018: 15).

#### **Objetivo Geral:**

- Capacitar os profissionais de saúde (mais concretamente os enfermeiros) das Unidades de Cuidados na Comunidade - Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo - para a implementação e divulgação do ECI.

#### **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar o nível de literacia em saúde dos profissionais de saúde (nomeadamente dos enfermeiros) que exercem funções nas Unidades de Cuidados na Comunidade face à implementação e divulgação do ECI através da realização de um *Focus Group*;
- Identificar barreiras/obstáculos percecionados pelos profissionais de saúde no que diz respeito à divulgação do ECI na área de abrangência da UCC;
- Clarificar aspetos no âmbito do enquadramento ético-legal na construção de respostas para divulgação do ECI;
- Apresentar o projeto de intervenção delineado – “Cuidador Informado”;
- Facultar estratégias aos profissionais de saúde para divulgação do ECI na comunidade.

#### **Atividades e Metas:**

<b>Atividades</b>	<b>Metas</b>
Moderar o “ <i>Focus Group</i> ” para Clarificação de Conhecimentos	Cumprimento de 100% dos “ <i>Focus Groups</i> ” planeados
Dinamizar uma Sessão Expositiva: “Projeto Cuidador Informado”	Cumprimento de 100% das sessões planeadas; Comparência de 50% dos enfermeiros das UCC designadas

	(relativamente ao número total de profissionais)
Elaborar Instrumentos para Divulgação do ECI – Manual do Cuidador Informal, Boletim de Acompanhamento em Cuidados Continuados e <i>E-Book</i> para Contactos Rápidos (Apoio ECI)	Criação e Apresentação dos Instrumentos

#### **Indicadores de Avaliação:**

- Questionário de Satisfação.

#### **Referências Bibliográficas:**

- Costa, A.; Loura, D.d.S.; Nogueira, P.; Melo, G.; Gomes, I.; Ferraz, I.; Viegas, L.; Henriques, M.A. Informal Caregivers' Health Literacy in Lisbon, Portugal: A Profile for Health Promotion Prioritization. *Geriatrics* 2022, 7, 92. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092>;
- Lei nº 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República 1ª série. Lei de Bases da Saúde. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal;
- Nicolau, A. (2018). O Cuidador Informal Estratégias vividas pelo Cuidador Informal da Pessoa Idosa Dependente. [Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Universitário de Lisboa - Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas]. Repositório ISCTE-IUL;
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Caregiving Impacts On Unpaid Informal Carers' Health And Well-Being – A Gender Perspective. [https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/childhealth/caregiving-impacts-on-unpaid-informal-carers--health-and-well-being---agender-perspective.pdf?sfvrsn=cc247fb9\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/childhealth/caregiving-impacts-on-unpaid-informal-carers--health-and-well-being---agender-perspective.pdf?sfvrsn=cc247fb9_3&download=true);
- Penafria, C. (2016). Cuidador Informal De Idosos: Efeitos Sociais E Familiares Decorrentes Do Cuidar, Uma Revisão Da Literatura. [Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados. Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde]. Biblioteca Digital.

<b>Atividade</b>	<b>Formador</b>	<b>Materiais e Recursos</b>
<i>Focus Group</i> – Implementação e Divulgação do ECI	Marta Neves	Computador (Office PowerPoint); Guião de Moderação do <i>Focus Group</i> ; Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Telemóvel para Gravação de Conteúdo e Posterior Transcrição Registo de Presenças
Sessão Expositiva Enquadrada no Projeto “Cuidador Informado” com o Tema Principal “Dificuldades na Implementação e Divulgação do ECI”	Marta Neves	Computador (Office PowerPoint, Publisher e Adobe Reader) Questionário de Satisfação Registo de Presenças

### Planeamento da Sessão

	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos Objetivos da Apresentação	Expositivo	Exposição de Conteúdos Teóricos	Office PowerPoint	10 Minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Contextualização do Diagnóstico de Situação Identificado	Expositivo	Exposição de Conteúdos	Office PowerPoint	2 Minutos
	Apresentação do Projeto “Cuidador Informado” (População-Alvo, Critérios de Inclusão e Objetivo Geral)	Expositivo	Exposição de Conteúdos	Office PowerPoint	5 Minutos
	Contextualização do ECI - Principais Dificuldades na sua Implementação e Divulgação – Papel do Enfermeiro	Expositivo	Exposição de Conteúdos	Office PowerPoint	15 Minutos
<b>Conclusão</b>	Demonstração de Recursos Desenvolvidos para Divulgação ECI	Expositivo/Demonstrativo	Exposição de Conteúdos Demonstração dos Instrumentos	Office PowerPoint Publisher Adobe Reader	10 Minutos
<b>Avaliação</b>	Discussão; Questionário de Satisfação	Prático/Interativo	Discussão/Componente Prática	Questionário de Satisfação	5 Minutos

## **APÊNDICE 5**

1º Curso Mestrado Enfermagem Comunitária -  
Área de Enfermagem de S. Comunitária e de S. Pública

Ano Letivo: 2023/2024

2º Ano, I Semestre; UC: Estágio e Relatório de Intervenção em Enfermagem de S. Comunitária e S. Pública

# **Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal**

**Professora Orientadora:** Professora Celeste Godinho

**Professora Titular:** Professora Doutora Marta Rosa

**Enfermeira Cooperante:** 

**Mestranda:** Marta Neves N° 220000116

# PROJETO DE INTERVENÇÃO: “CUIDADOR INFORMADO”

# População-Alvo

Enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade da Unidade Local de Saúde



# Critérios de Inclusão

Idade Superior a 18 Anos

Acesso a Dispositivos Eletrónicos

Contacto com Cuidadores de Utentes Dependentes

## Objetivo Geral

Capacitar os profissionais de saúde (enfermeiros) das Unidades de Cuidados na Comunidade para a implementação e divulgação do Estatuto de Cuidador Informal.

# Diagnóstico de Situação

## CARTA DE COMPROMISSO 2023:

Identifica plano de ação, **problemas** e objetivos, atividades, recursos e planos de formação

- Deficit de conhecimento da população sobre os recursos disponíveis na comunidade;
- Papel parental comprometido;
- Deficit de conhecimento dos profissionais em registos de SCLÍNICO;
- Deficit de conhecimento da população da carteira de serviços da UCC.

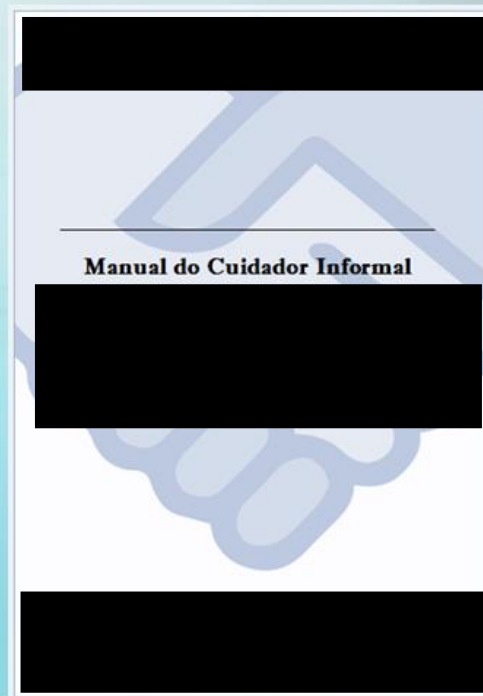
FOCUSGROUP

## De que Forma o Enfermeiro pode Promover o Pedido para ECI?

- ❑ Encaminhar o Cuidador para os Serviços de Apoio de Ação Social Preconizados (Juntas de Freguesia Apoiam no Processo de Preenchimento de Requerimentos);
- ❑ Desmistificar Processo de Pedido de “Maior Acompanhado” em Tribunal;
- ❑ Auxiliar o Cuidador na Preparação para a Alta – Colocar as Questões “Quero Cuidar? Consigo Cuidar? Tenho Condições para Cuidar?” – Plano de Intervenção Específico;
- ❑ Capacitação no Domicílio – Procurar Formar os Cuidadores e, em Caso de Dificuldade na Resposta, Encaminhar para as Associações;
- ❑ Procurar Apoio junto das Bolsas de Voluntários – Substituição do Cuidador por Curtos Períodos.

# Instrumentos para o Enfermeiro Divulgar ECI

Manual do Cuidador Informal



# Instrumentos para o Enfermeiro Divulgar ECI

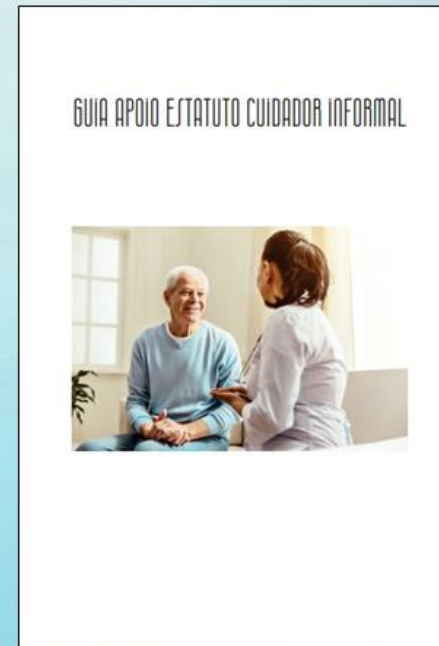
Boletim de Acompanhamento em  
Cuidados Continuados

**Boletim de Acompanhamento em  
Cuidados Continuados**



# Instrumentos para o Enfermeiro Divulgar ECI

E-Book para Contactos Rápidos



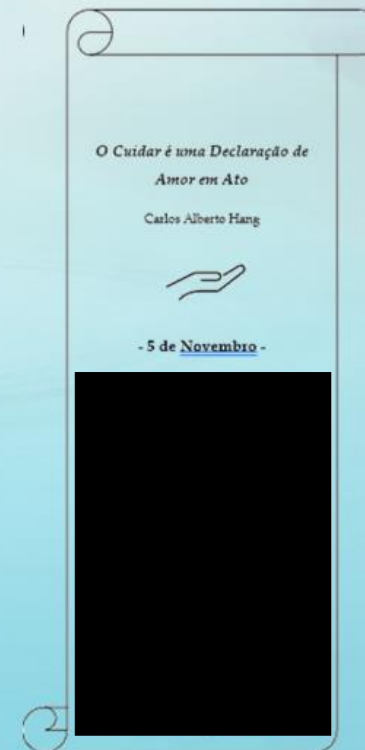
# Instrumentos para o Enfermeiro Divulgar ECI

Associação Unidade Móvel de Saúde e  
Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal:  
Proximidade à Comunidade e Resposta  
Multidisciplinar



# Instrumentos para o Enfermeiro Divulgar ECI

Comemoração “Dia do Cuidador Informal”



## APÊNDICE 6

## Avaliação de Satisfação

### Projeto “Cuidador Informado”

**Formadora:** Marta Neves

Após a conclusão desta ação formativa torna-se fundamental refletir sobre as aprendizagens e identificar os aspetos passíveis de serem melhorados em ações de formação futuras. Solicita-se assim o preenchimento destas questões através da colocação de uma cruz na coluna que reflete a sua opinião.

	<b>Não Satisfatório</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Muito Satisfatório</b>
<b>Processo</b>			
<b>Articulação Teórico-Prática</b>			
<b>A Ação de Formação Correspondeu às Expectativas</b>			
<b>Os Objetivos Foram Definidos com Clareza</b>			
<b>Estrutura</b>			
<b>O Ambiente Onde Decorreu a Formação foi Adequado</b>			
<b>Os Recursos Audiovisuais Foram Adequados</b>			
<b>O Conteúdo Partilhado é do Interesse para o meu Desempenho de Funções</b>			
<b>Desenvolvimento</b>			
<b>A Duração da Formação foi Adequada</b>			
<b>A Metodologia de Exposição foi Adequada ao Público-Alvo</b>			
<b>Formadora</b>			
<b>Domínio do Conteúdo</b>			
<b>Capacidade de Comunicação – Discurso Claro</b>			

**Comentários e Sugestões:**

## **APÊNDICE 7**

**E-Book de Apoio aos Profissionais de Saúde - Guia de Apoio Estatuto Cuidador Informal**

GUIA APOIO ESTATUTO CUIDADOR INFORMAL



# CONTACTOS ÚTEIS

*SEGURANÇA SOCIAL:*

*LINHA CIDADÃO*

*DIAS ÚTEIS: 9H ÀS 18H*

*210 489 010 OU 300 003 990*

*REQUERIMENTO PARA RECONHECIMENTO DO ESTATUTO DE CUIDADOR  
INFORMAL E SUBSÍDIO DE APOIO*

*LINHA DE APOIO AO CUIDADOR*

*SEGURO SOCIAL VOLUNTÁRIO: 215 952990*

*CERTIFICAÇÃO DAS SUAS COMPETÊNCIAS COMO CUIDADOR:*

*CENTRO QUALIFICA - 800 200 030*

# ASSOCIAÇÕES

## **ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE**

**CUIDADORES INFORMAIS** - CONTACTO: 937 102 684

**“BECAUSE I CARE”**- CONTACTOS: GERAL@BECAUSE-I-CARE.PT

253 176 350/914 447 420

**“CUIDADORES” - MELHORAR A VIDA DE QUEM CUIDA -**

CONTACTOS: 800 242 252

**“CAREGIVERS PORTUGAL” - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA**

**DE CUIDADORES** - CONTACTOS: 934 406 015;

GERAL@CAREGIVERSPORTUGAL.PT

## **CUIDADORES PORTUGAL -**

CONTACTO: CUIDADORESPTUGAL@GMAIL.COM

**PROJETO “ROSTOS” DA “ALZHEIMER PORTUGAL” -**

CONTACTOS: 213610460

# REQUERIMENTOS ECI

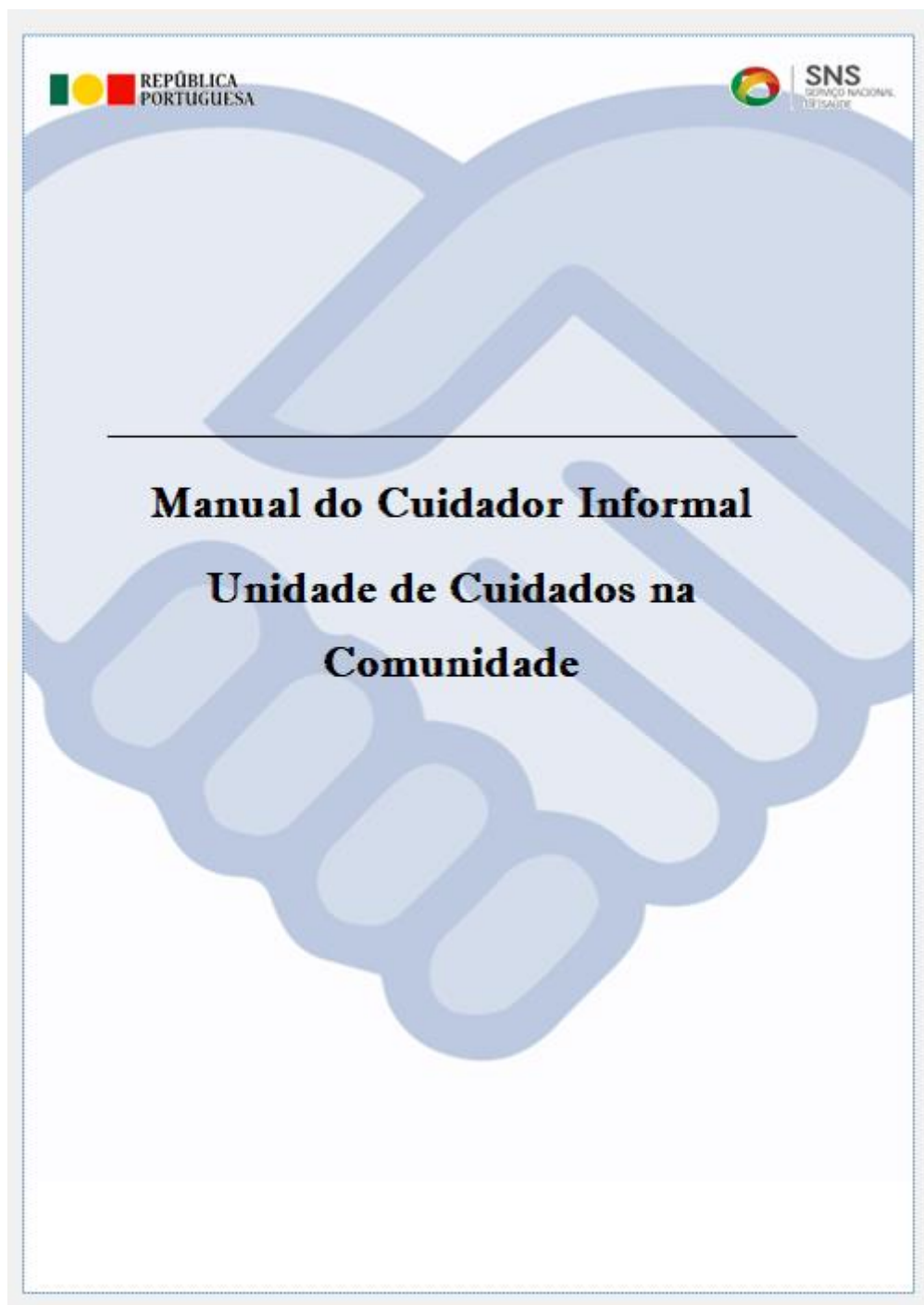
ENTREGAR REQUERIMENTO PARA RECONHECIMENTO DO ECI  
NOS SERVIÇOS DA SEGURANÇA SOCIAL LOCAL  
OU  
PREENCHER FORMULÁRIO DIGITAL NO PORTAL DA SEGURANÇA  
SOCIAL DIRETA

MODELO CI 1 - DGSS  
MODELO CI 1/1 - DGSS  
MODELO CI 2 - DGSS  
MODELO CI 2/1 - DGSS  
MODELO CI 12 - DGSS

## LICENÇA DO CUIDADOR

LICENÇA ANUAL DE 5 DIAS ÚTEIS, QUE DEVEM SER  
GOZADOS DE MODO CONSECUTIVO, PARA ASSISTÊNCIA À  
PESSOA CUIDADA (INFORMAR A ENTIDADE  
EMPREGADORA, POR ESCRITO, COM 10 DIAS ÚTEIS DE  
ANTECEDÊNCIA)

## APÊNDICE 8



*O presente manual destina-se aos cuidadores informais de familiares dependentes. Nele estão compiladas informações úteis para o desenvolvimento de competências e conhecimentos no âmbito dos cuidados a outrem dependente no domicílio.*

*O intuito deste manual é esclarecer os cuidadores acerca dos seus direitos, deveres, estratégias de apoio disponíveis na comunidade de Arruda dos Vinhos e métodos para manter a qualidade dos cuidados no domicílio, sem nunca esquecer a necessidade de cuidar de quem cuida.*

*A autora possui disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional através de contacto (disponível na última página).*

*/ Porque Cuidar é Sinónimo de Amar /*



## Índice

- *Cuidador Informal— Conceito, Requisitos e Competências*
- *Estatuto de Cuidador Informal - Principal e Não Principal*
- *Condições e Direitos da Pessoa Dependente Cuidada*
- *Pessoa Dependente no Autocuidado — Enquadramento Teórico*
- *Doenças Crónicas no Idoso*
- *Nutrição no Idoso—Recomendações*
- *Polimedicação e Adesão à Terapêutica*
- *Prevenção de Quedas no Idoso*
- *Posicionamento no Idoso Dependente*
- *Cuidados de Higiene no Idoso*
- *Dor no Idoso*
- *Prevenção e Controlo de Infecção—Cuidados Domiciliários*
- *Cuidar do Cuidador—Importância da Vigilância BioPsicoSocial*
- *Diretiva Antecipada de Vontade*
- *Grupos de Apoio e Luto*
- *Recursos Comunitários*
- *Outros Apoios*
- *Como Pedir Estatuto de Cuidador Informal?*
- *Medidas de Apoio ao Cuidador Informal: Saúde*
- *Associações de Cuidadores Informais*



### ***O Meu Familiar Foi Hospitalizado, E Agora?***

*Primeiramente devem ser consideradas as características da pessoa hospitalizada— estado de consciência (mencionar em caso de desorientação), grau de autonomia/dependência antes do internamento, doenças que possua, recursos sociais (proximidade dos familiares/pessoas de referência ao domicílio, frequência de consultas no Centro de Saúde, etc), rotinas da pessoa (alimentação, cuidados de higiene, etc) e medicação que cumpria no domicílio.*



*Nome do Medicamento*

*Dose do Medicamento*

*Horário de Toma (Refeições p.ex.)*



### ***O Meu Familiar Teve Alta Hospitalar, E Agora?***

*Procurar entrar em contacto com a equipa de saúde que está a cuidar do seu familiar (médicos, enfermeiros e assistente social) - por norma existe um horário atribuído para o fornecimento de informações aos familiares. Se possível, tentar compreender o prognóstico relativamente ao grau de dependência da pessoa no futuro. Organizar os recursos necessários para a alta (institucionalização ou regresso ao domicílio) com apoio da assistente social (Hospital). Em caso de regresso ao domicílio, procurar apoio e esclarecimento relativamente aos recursos disponíveis na comunidade (profissionais de saúde de referência e/ou assistente social do Centro de Saúde). Compreender a responsabilidade a assumir com o regresso do familiar (principais cuidados a assumir).*





### ***Cuidador Informal—Conceito***

*Cuidador Informal diz respeito ao “(...) cônjuge, unido de facto ou parente afim até ao 4.º grau da pessoa cuidada [por exemplo, filhos, netos, bisnetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, tios-avós ou primos] que acompanha e cuida de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufera qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa.” (DR, 2019: 9).*

*Em Portugal, não existem dados oficiais quanto ao número de cuidadores informais, mas a estimativa ronda os 800 mil cuidadores. Um estudo efetuado em 2022 (Costa et al.) refere que, em Portugal, cerca de 12,5% da população foi identificada como cuidadora informal de familiares dependentes.*



### ***Cuidador Informal—Requisitos e Competências***

- *Título de residência legal em território nacional;*
  - *Idade igual ou superior a 18 anos;*
- *Condições de saúde que permitam o cuidado a terceiros (fatores físicos, psicológicos, competências pessoais e sociais);*
- *Disponibilidade para a prestação de cuidados;*
- *Não ser pensionista de invalidez absoluta, invalidez do regime especial de proteção na invalidez e ausência de rendimentos através de prestações de dependência.*





### ***Estatuto do Cuidador Informal***

O Estatuto do Cuidador Informal, daqui em diante designado ECI, reconhece que os cuidadores têm direito a acompanhamento pelos serviços competentes de saúde e da segurança social, com atribuição de um profissional de referência para ambas as valências, de acordo com as necessidades identificadas. O cuidador tem direito a aconselhamento, acompanhamento e esclarecimento face aos seus direitos e recursos comunitários à disposição para que se sinta capacitado para a prestação de cuidados no domicílio (DR, 2019).



### ***Cuidador Informal Principal***

*Corresponde ao cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta que cuida de forma permanente, que reside com a pessoa cuidada em comunhão de habitação e que não recebe qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados prestados (DR, 2019: 9).*

### ***Cuidador Informal Não Principal***

*Corresponde ao cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta que acompanha e cuida da pessoa de forma regular, mas não permanente, podendo receber ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta (DR, 2019).*



### ***Pessoa Cuidada—Condições***

- *Situação de dependência de terceiros;*
- *Necessidade de cuidados permanentes, sem institucionalização através de resposta social/saúde;*
- *Complemento por dependência de 2.º grau ou Complemento por dependência de 1.º grau, se transitória, se encontrar acamada ou a necessitar de cuidados permanentes—validação pelos serviços competentes (Serviços de Verificação de Incapacidades do Instituto da Segurança Social);*
- *Subsídio por assistência de terceira pessoa;*
- *Complemento por dependência de 1.º e 2.º graus e subsídio por assistência de terceiros atribuídos pela Caixa Geral de Aposentações.*

Consulte o Serviço Social ou Solicite Apoio na  
Unidade de Cuidados na Comunidade de para  
Esclarecimento

Ref—<http://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>



### ***Pessoa Cuidada—Direitos e Deveres***

#### ***Direitos***

- *Bem-estar global (físico, mental e social);*
- *Acompanhamento pelo cuidador informal (principal ou não principal) às consultas e atos de saúde (em caso de requisito da pessoa cuidada), mantendo sempre a confidencialidade;*
- *Exercício pleno da sua cidadania através da participação na vida familiar, comunitária, social (integração em centros de dia/convívio) e atividades ocupacionais, mediante as suas capacidades;*
- *Diretiva Antecipada de Vontade—autodeterminação acerca do seu processo terapêutico;*
- *Proteção face a discriminação, negligência e violência;*
- *Caso se trate de menor de idade, garantir medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, de acordo com o Regime Jurídico da Educação Inclusiva (2018);*
- *Apoio, vigilância e avaliação pelos serviços competentes (social e de saúde) e outras estruturas comunitárias.*



### ***Pessoa Cuidada—Direitos e Deveres***

#### ***Deveres***

- *Participar e colaborar na gestão e decorrer do seu processo terapêutico, considerando as suas capacidades (incluindo o plano de cuidados elaborado).*



### ***Pessoa Dependente no Autocuidado: Enquadramento Teórico***

*A situação de dependência pode ser provocada pelo aparecimento de uma ou mais doenças crónicas ou surgir devido a uma perda geral de funções, atribuível ao processo de envelhecimento. A pessoa dependente necessita de ajuda de outra pessoa ou equipamento, durante um determinado período de tempo (mais ou menos prolongado), para realizar atividades de autocuidado (higiene, vestir, alimentar, etc)*

*(Araújo, 2010).*

#### **AUTOUIDADO**

**Manutenção da Vida,  
Saúde e Bem-Estar**



### ***Doenças Crónicas no Idoso***

*As principais doenças crónicas no idoso são:*

- *Doenças Cardiovasculares;*
- *Diabetes Mellitus;*
- *Doenças Oftalmológicas;*
- *Demências e Alzheimer;*
- *Hipertensão Arterial;*
- *Doenças Músculo-Esqueléticas e Osteoporose;*
- *Parkinson.*



### ***Nutrição no Idoso—Recomendações***

- *Realizar pelo menos 5 refeições diárias (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar) e evitar saltar refeições;*
- *Prestar assistência durante as refeições (dificuldades motoras e ou de percepção) - solicitar apoio à equipa de saúde em caso de sonda nasogástrica;*
- *Partilhar a hora das refeições com outra pessoa;*
- *Refeições energeticamente densas (por exemplo arroz, massa, leguminosas, batata, batata-doce) e incluir fruta, iogurte não açucarado, flocos de aveia, etc;*
- *Conjugar frutas coloridas e com cortes diferentes para ser mais atrativo, cozer ou assar fruta, em caso de dificuldade de mastigação e /ou deglutição (nestas situações pode oferecer-se purés ou um batido com leite meio gordo, bolacha maria e banana);*
- *Fornecer alimentos com elevado teor de proteínas (leite e queijo meio-gordo, iogurtes, ovos, carnes brancas, pescado);*
- *Avaliar e registar o peso semanalmente.*

*(Popa et al., 2019)*





### ***Polimedicação e Adesão à Terapêutica***

*Alguns dos principais cuidados são:*

- *Administrar o medicamento certo, na dose certa e à hora certa, de acordo com indicação do médico (a) que prescreveu ou do farmacêutico;*
- *Não medicar a pessoa cuidada sem recomendação ou prescrição prévia de um profissional de saúde;*
- *Em caso de esquecimento— varia conforme a medicação, alguns medicamentos devem ser tomados assim que se lembrar, mas outros podem ser tomados apenas na toma seguinte (avaliar em folheto informativo);*
- *Evitar dividir, triturar ou dissolver os medicamentos sem indicação prévia pois pode comprometer o tratamento;*
- *Organizar os comprimidos diariamente em caixas com a hora correta da administração;*
- *Administrar os medicamentos (comprimidos ou cápsulas) com água e, em caso de dificuldade na deglutição, solicitar apoio a um profissional de saúde.*



### ***Prevenção de Quedas no Idoso***

#### ***Exercício Físico***

- *Exercícios sentados ou apoiados;*
- *Parar em caso de dor/desconforto;*
- *Consultar profissional de saúde para recomendação de exercícios.*

#### ***Objetos***

- *Verificar condições dos auxiliares de marcha (andarrilho, bengala, etc);*
- *Sapatos com calcanhar reforçado e sola antiderrapante;*
- *Roupa adequada (comprimento);*
- *Cadeira de chuveiro/apoio.*

#### ***Ambiente***

- *Iluminação adequada e acessível (precaução com fios elétricos);*
- *Chão livre de objetos (evitar tapetes ou utilizar tapetes antiderrapantes);*
- *Escadas com apoio (corrimão);*
- *Altura da cama adequada ao idoso.*





### ***Posicionamento no Idoso Dependente***

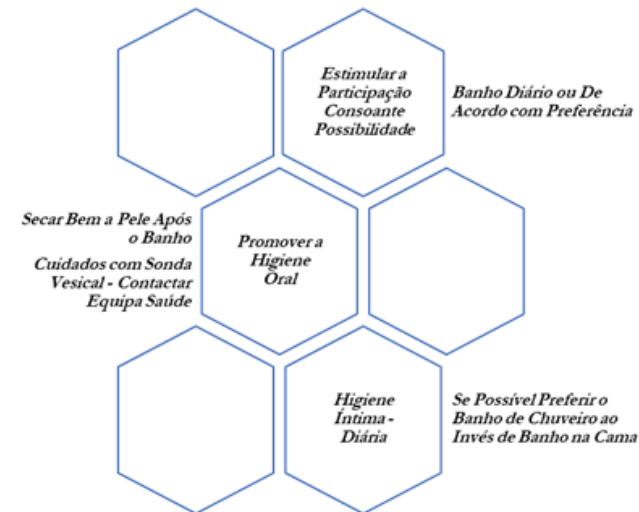
*O idoso com dificuldade em movimentar-se possui maior risco de desenvolver feridas e problemas de circulação*

#### ***Recomendações:***

- ⇒ *Alternar posição entre a cama e cadeira;*
- ⇒ *Mudar a posição com frequência (idealmente de 2 em 2 horas) - lateralizar para ambos os lados e de costas;*
- ⇒ *Caso presente zonas do corpo vermelhas (sem melhoria ao final de alternar a posição) - contactar o profissional de referência da saúde ou equipa de saúde;*
- ⇒ *Utilizar colchão e almofadas adequados às necessidades (para proteção das proeminências ósseas), de acordo com o indicado pela equipa de saúde*
- ⇒ *Manter os lençóis secos e esticados (100% algodão);*
- ⇒ *Sentar primeiro a pessoa na cama antes de levantar para verificar se não tem tonturas e contar até 3 antes de efetuar qualquer movimento;*
- ⇒ *Massajar a pele com creme hidratante.*



### ***Cuidados de Higiene no Idoso***





### ***Dor no Idoso***

#### *Avaliação da Dor:*

- ◊ *Quantificar e caracterizar o tipo de dor — verificar fatores de agravamento e alívio — posicionamento, massagem, distração, aplicação de frio/calor ou medicação (indicada pelo profissional de referência da saúde);*
- ◊ *Valorizar alterações na expressão facial, movimentos corporais, vocalizações (sons emitidos) e alterações do estado mental;*
- ◊ *Registar episódios de dor e medidas de alívio para informar os profissionais de saúde.*

*Antes de qualquer intervenção (posicionamento, higiene, etc) pode ser administrada medicação para as dores*



### ***Prevenção e Controlo de Infeção — Cuidados Domiciliários***

#### *Higiene das Mãos:*

*Medida mais importante para a prevenção e controlo das infeções. É fundamental lavar as mãos (com água e sabão) antes e após contactar com a pessoa e após risco de exposição a fluídos corporais (fezes, urina ou sangue).*

#### *Outros Momentos de Higienização das Mãos:*

*Antes das refeições (comer ou preparar os alimentos); Antes e depois de utilizar a casa de banho; Depois de limpar o nariz, tossir ou espirrar, tocar em animais ou nos seus dejetos.*

#### *Uso de Antibióticos:*

*Não deve utilizar antibióticos sem indicação médica. No final do tratamento deve devolver a caixa com os comprimidos que sobraram a uma farmácia.*





### ***Cuidar do Cuidador—Importância da Vigilância BioPsicoSocial***

*Recomendações:*

- \* *Reserve tempo para si e para fazer atividades ao seu gosto — ler, praticar exercício físico, ver televisão, ouvir música, etc;*
- \* *Fale das suas principais preocupações e emoções com alguém com quem se sinta à vontade;*
- \* *Aceite ajuda das outras pessoas e não tenha receio em pedir ajuda em caso de cansaço ou sobrecarga;*
- \* *Procure ajuda junto do seu profissional de referência da saúde.*



### ***Diretiva Antecipada de Vontade***

*Documento onde alguém com mais de 18 anos e, sem nenhuma anomalia psíquica, pode, de forma livre e esclarecida, registar antecipadamente os cuidados de saúde que quer ou não receber. Pode ser efetuado através do preenchimento de um modelo de diretivas antecipadas de vontade, disponibilizado no Portal do Utente e no Portal da Saúde ou através de um documento escrito, entregue nos balcões de Registo Nacional do Testamento Vital (critérios de acordo com a legislação em vigor).*

*(ERS, 2020)*

**DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE (DAV)**

Este formulário é parte do sistema de registo de saúde e só é considerado válido se preenchido por pessoal qualificado e por não estar a ser utilizado para fins comerciais.

**IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Cód. Identificação: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade / Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
 Nº Utente: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_  
 C. Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Outros dados: \_\_\_\_\_

Pretendo enviar este Procedimento de Qualidade de Saúde

Nome: \_\_\_\_\_  
 Cód. Identificação: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade / Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
 Nº Utente: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_  
 C. Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Outros dados: \_\_\_\_\_

Logos: SPMS, AGRUPAL





### ***Grupos de Apoio e Luto***

*Os grupos de apoio são uma ferramenta fundamental na promoção do bem-estar e qualidade de vida. Pode verificar se existem grupos de apoio na comunidade em que se insere de forma a partilhar experiências.*

*Estes grupos tornam-se também importantes para atenuar os efeitos negativos do processo de luto após a morte do familiar cuidado. Deve estar preparado (a) partilhar crenças, preocupações e vivências sobre esta experiência. Pode recorrer igualmente ao profissional de referência da saúde para expor receios ou dúvidas.*

*(Pinto et al., 2019)*



### ***Recursos Comunitários***

*No município X, além do Estatuto de Cuidador Informal atribuído pelo Instituto da Segurança Social, existe o Estatuto Municipal do Cuidador Informal que oferece outros benefícios tais como: esclarecimento através do Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal, formação individualizada, avaliação através da equipa de gestão de altas municipal, cheque-farmácia, cheque-fralda, teleassistência entre outros. O formulário de candidatura encontra-se nos Balcões Únicos de Atendimento da Câmara Municipal, Espaços do Cidadão e portal eletrónico.*





### ***Recursos Comunitários***

#### ***Centro de Ajudas Técnicas***

*Visa auxiliar a população do município através da atribuição de produtos de apoio mediante necessidade devido a estado de dependência física (cadeira de rodas, camas articuladas, andalhos, entre outros). Os pedidos devem ser realizados junto do Gabinete de Ação Social do Município.*



### ***Outros Apoios***

#### ***Apoio Domiciliário:***

*Abrange apoio na higiene pessoal, fornecimento de refeições e tratamento de roupa. O valor a pagar depende dos rendimentos e das despesas apresentadas (para mais informações deverá deslocar-se à Junta de Freguesia da sua área de residência). Exemplo de instituições que prestam esse serviço — Santa Casa da Misericórdia.*





### ***Como Pedir Estatuto de Cuidador Informal?***

- *Requerimento para Reconhecimento do Estatuto de Cuidador Informal e Subsídio de Apoio — obtido através dos Serviços da Segurança Social, através da Segurança Social Direta ([www.seg.social.pt](http://www.seg.social.pt));*
- *Consultar o “Guia Prático Estatuto do Cuidador Informal: Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal Não Principal e Cuidador Informal Não Principal” do Instituto da Segurança Social para mais esclarecimentos.*



### ***Medidas de Apoio ao Cuidador Informal: Saúde***

- ◊ *Identificação de um profissional de referência da saúde para apoiar o cuidador;*
- ◊ *Aconselhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados no domicílio através de um plano de intervenção específico;*
- ◊ *Apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando necessário;*
- ◊ *Referenciação no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para o “Descanso do Cuidador” - internamento temporário do familiar cuidado para evitar a sobrecarga do cuidador.*







UCC X

Janeiro de 2024

## APÊNDICE 9

## **Boletim de Acompanhamento em Cuidados Continuados**



O presente boletim pretende oferecer um registo escrito dos cuidados que são prestados pelos cuidadores informais, de forma a facilitar a transmissão de informação à equipa de saúde responsável pela pessoa cuidada. No boletim podem ser registadas ocorrências e alterações no estado de saúde da pessoa. Permite identificar as necessidades da díade cuidador/pessoa cuidada e direcionar a intervenção da equipa de saúde.

## Boletim de Acompanhamento em Cuidados Continuados



Nome da Pessoa Cuidada

Data de Nascimento

Nome do Cuidador Informal (Principal ou  
Não Principal)

Nº Utente (SNS):

Grupo Sanguíneo:

Alergias:

### CONTACTOS

Morada:

Número de Telefone:

Parentesco com Pessoa Cuidada:

**Outra Pessoa de Referência**

Contactos:

<b>Médico Assistente</b>	
<b>Contacto</b>	

<b>Profissional de Referência da Saúde (Enfermeiro)</b>	
<b>Contacto</b>	

<b>Centro de Saúde</b>	
<b>Médico de Família</b>	
<b>Enfermeiro de Família</b>	

<b>Outros Profissionais de Saúde de Referência</b>	<b>Contactos</b>

### Registo de Informações Socio-Demográficas

<b>Quem Reside com a Pessoa Cuidada?</b>	
<b>A Pessoa Cuidada Está Referenciada à RNCCI?</b>	
<b>Quem é o Acompanhante em Consultas/Internamentos Hospitalares?</b>	
<b>Recebe Apoios de Ação Social?</b>	

**Resumo da História Clínica do Utente:**

**Patologias:**

**Cirurgias:**

**Internamentos:**

**Alergias:**

**Outros Dados Clínicos Relevantes:**

**Score Índice de Barthel:**

**Score Índice de Katz:**

**Score Escala de Braden:**

### Guia de Tratamento

#### Medicamentos, Suplementos e Vitaminas

Medicamento	Dose	Jejum	Pequeno Almoço	Lanche	Jantar	Ceia

### Em Situações de Crise ou SOS

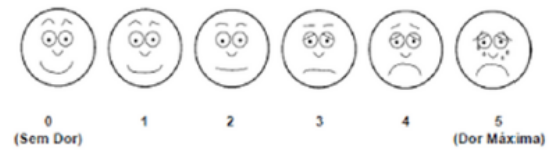
Sintoma	Medicamento	Dose	Frequência

### Escalas de Avaliação de Dor

#### Escala Numérica:



#### Escala de Faces:



### Outras Medidas de Alívio de Dor

Sintoma (Tipo de Dor)	O Que Fazer



### Identificação da Dor Crónica

Local	Intensidade	Tipo de Dor	Duração (Há Quanto Tempo)	Fatores de Alívio	Fatores de Agravamento

### Controlo de Sinais Vitais

Data/Hora	Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Saturação Periférica de Oxigénio	Temperatura	Dor







## Contactos Úteis



## **APÊNDICE 10**

*O Cuidar é uma Declaração de  
Amor em Ato*

Carlos Alberto Hang



- 5 de Novembro -  
**Dia do Cuidador Informal**

Contactos Úteis:

Linha de Apoio ao Cuidador  
Informal  
Unidade Móvel de Saúde

## **9. ANEXOS**

**ANEXO 1**

## DECLARAÇÃO

### COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

#### EMIÇÃO DE PARECER 36-2023ESSS

**Identificação do Investigador** | Marta Lagarto Neves

**Identificação do Projeto** | Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Implementação do Estatuto de Cuidador Informal

Considerando que:

- É um trabalho académico conferidor de grau académico de mestrado;
- Que apresenta fundamentação teórica e metodologia;
- Que apresenta cronograma adequado;
- Que apresenta consentimento informado.

A Comissão de Ética entende emitir parecer favorável condicionado ao cumprimento do seguinte requisito:

- No consentimento informado, sugere-se clarificar como é feita a anonimização dos dados, por quanto tempo e como é feita a sua salvaguarda. Apela-se o uso de modelo atualizado disponível na plataforma de submissão de pedidos à comissão ética.

Santarém, 20 de dezembro de 2023

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

**ANEXO 2**

	Dezembro	Janeiro
Colheita de Dados Através dos Instrumentos (Reunião Informante-Chave, Pedidos de Aprovação dos Coordenadores e <i>Focus Group</i> )		
Elaboração Projeto – Definição Prioridades, Estabelecimento de Objetivos e Seleção de Estratégias		
Preparação e Implementação de Atividades		
Avaliação do Projeto		

**ANEXO 3**



**INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP**  
Entidade certificadora competente ao abrigo da Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio

## Declaração Certificado de Competências Pedagógicas

Declara-se que MARTA LAGARTO NEVES, nascido(a) em 08-09-1997, natural de VILA FRANCA DE XIRA, titular do cartão cidadão n.º 14143021, válido até 27-06-2027, possui competências pedagógicas para exercer a atividade de FORMADOR (M/F), conforme certificado n.º F754598/2024 emitido a 24-04-2024.

Lisboa, 24 de abril de 2024

*Isabel Henriques*



Isabel Henriques

A Delegada Regional

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio  
Pode ser consultado no portal <https://ineforce.iefp.pt>

Impresso em 24-04-2024



**REPÚBLICA  
PORTUGUESA**  
TRABALHO, SOLIDARIEDADE  
E SEGURANÇA SOCIAL



A proteção de dados é uma prioridade  
para o IÉFP, I.P.  
Não divulgue dados pessoais indevidamente.  
Cumpra o RGPD.

# CERTIFICADO

Certifica-se que Sandra Amaro apresentou a comunicação livre **“Capacitação do cuidador informal de idosos com diabetes mellitus na gestão terapêutica, com recurso a novas tecnologias”**, em coautoria com Kathleen Calado, Marta Neves, Sara Simões, Celeste Godinho e Marta Rosa, no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática "Enfermagem com Todos, Ultrapassando Barreiras", realizado nos dias 20 e 21 de Abril de 2023, na Escola Superior de Saúde de Santarém em colaboração com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Ciudad de Oviedo.



Hélia Dias  
Diretora da Escola Superior  
de Saúde de Santarém



Ana Rita Silva  
Presidente da Comissão  
Organizadora do  
IX Congresso Luso-Espanhol



## Certificado de Participação

Certifica-se que **Marta Neves** participou na formação intitulada "Implementação de um modelo de vacinação centrado na Família", organizada pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-ULisboa) no âmbito do projeto de investigação financiado pela União Europeia «*Addressing Vaccine Hesitancy in Europe*» (VAX-TRUST).

Tal formação foi ministrada pelas Doutoradas Ana Patrícia Hilário e Joana Mendonça, e realizada na Escola Superior de Saúde de Santarém - Instituto Politécnico de Santarém, no dia 29 de abril, tendo uma duração total de 5 horas.

Lisboa, 29 de abril de 2023

---

A Coordenadora do Projeto VAX-TRUST em Portugal, Dra. Ana Patrícia Hilário



Este projeto recebeu financiamento ao abrigo do programa europeu Horizon 2020. No. 965280.



## CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica -se que Marta Neves, realizou sessões de sensibilização para a saúde, no âmbito da cessação Tabágica e Doenças crónicas, na semana da saúde de Azambuja, iniciativa da Câmara Municipal da Azambuja em Parceria com a USP do Aces Estuário Tejo.



20 de junho 2023

## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Marta Lagarto Neves natural de Vila Franca de Xira nascida em 08/09/1997, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 14143021 válido até 27/06/2027, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Cuidados da Pele no Período Neonatal, em 06/03/2023, com a duração de 8:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Introdução	0:15	-
Pele do Recém-Nascido de termo e pré-termo	0:30	-
Cuidados da pele, banho e umbigo de termo saudável	1:00	-
Cuidados da pele, banho, umbigo e sensores RN pré-termo	1:00	-
Cuidados de enfermagem nas lesões da pele e tratamento de feridas	1:00	-
Patologia dermatológica - diagnóstico e tratamento	1:30	-
A Genética e Dermatologia	0:45	-
Hemangiomas	0:45	-
Fraldas o que há de novo?; Ecologia indor	1:00	-
Avaliação	0:15	16
Nota Final		16

Lisboa, 16 de março de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Centro de Formação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

  
\_\_\_\_\_

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Alexandra Costa

Diretora do Centro de Formação de CHULN

Certificado n.º 224/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

# CERTIFICADO

Certifica-se que Marta Lagarto Neves apresentou o poster “**Análise Epidemiológica – Tosse Convulsa na Área Metropolitana do Porto (2016-2017)**”, em coautoria com Marta Rosa, no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática "Enfermagem com Todos, Ultrapassando Barreiras", realizado nos dias 20 e 21 de Abril de 2023, na Escola Superior de Saúde de Santarém em colaboração com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Ciudad de Oviedo.



Hélia Dias  
Diretora da Escola Superior  
de Saúde de Santarém



Ana Rita Silva  
Presidente da Comissão  
Organizadora do  
IX Congresso Luso-Espanhol



# CERTIFICADO

Certifica-se que **Marta Lagarto Neves** proferiu a conferência “Capacitação dos Profissionais de Saúde para a implementação do Estatuto de Cuidador informal” no 1º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que decorreu na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Politécnico de Santarém, nos dias 2 e 3 de fevereiro de 2024.

Diretora da Escola Superior de Saúde de Santarém

Presidente da Comissão Científica do Congresso