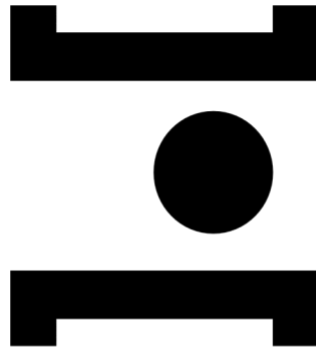


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS
DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO –
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Relatório de Estágio

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

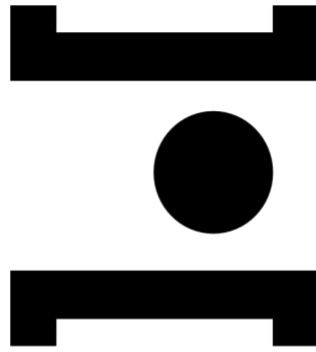
Ana Sofia Gonçalves Pacheco

Orientação:

Professora Doutora Lígia Eduarda Pereira Monterroso

Outubro, 2025

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS
DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO –
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Relatório de Estágio

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

Ana Sofia Gonçalves Pacheco

Orientação:

Professora Doutora Lígia Eduarda Pereira Monterroso

Outubro, 2025

Agradecimentos:

A concretização deste mestrado e do presente relatório de estágio representa a culminação de um percurso desafiante e enriquecedor, que não teria sido possível sem o apoio, incentivo e presença de diversas pessoas a quem desejo expressar a minha profunda gratidão.

À minha família, em especial aos meus pais, a quem devo o meu futuro. Obrigada por todos os sacrifícios, por acreditarem incondicionalmente em mim e por me proporcionarem as ferramentas e oportunidades para chegar até aqui. O vosso amor, apoio e constante presença foram o meu alicerce e a minha maior motivação. À minha irmã, Sara, obrigada por todo o carinho, cumplicidade e por seres uma fonte constante de alegria e apoio. A tua amizade, amor e incentivo foram essenciais nesta jornada.

Ao meu namorado, Cláudio, o meu mais profundo agradecimento por todo o amor, paciência, compreensão e apoio incondicional. Obrigada por estares sempre ao meu lado, por acreditares em mim mesmo quando eu duvidava, e por seres o meu refúgio nos momentos de maior cansaço e stress. A tua presença foi e é fundamental na minha vida.

À minha orientadora, Professora Lígia Monterroso, a minha gratidão pela sua orientação, disponibilidade, paciência e pelo rigor científico que incutiu em mim. Os seus ensinamentos e conselhos foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento enquanto enfermeira.

À Enfermeira orientadora de estágio, a minha gratidão pela sua partilha de conhecimentos e pelo acompanhamento excecional durante o período de estágio. A sua experiência, dedicação e humanismo foram uma inspiração e contribuíram significativamente para a minha formação prática e para a concretização dos objetivos deste relatório de estágio.

À minha chefe de serviço, um especial agradecimento pela sua compreensão, flexibilidade e apoio ao longo desta jornada. A sua capacidade de liderança e o incentivo constante foram muito importantes para que eu conseguisse conciliar os desafios profissionais com as exigências do mestrado.

Às minhas colegas, um obrigada pela amizade, pelas palavras de incentivo nos momentos de maior dificuldade e pelas partilhas que tanto enriqueceram este percurso. O vosso apoio tornou esta caminhada mais leve.

A todos vós, o meu muito obrigada! Esta conquista também é vossa.

ÍNDICE DE SIGLAS

AVD's- Atividades de Vida Diárias

BICSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

ECI – Estatuto do Cuidador Informal

ECSP - Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

UE – União Europeia

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

INE - Instituto Nacional de Estatística

Km2 -Quilómetro quadrado

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TCLE – Termo Consentimento Livre e Esclarecido

UC – Unidade curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

RESUMO

Este Relatório de Estágio descreve o desenvolvimento de uma Intervenção de Enfermagem focada na capacitação de cuidadores informais de pessoas dependentes em contexto domiciliário. O objetivo central foi identificar necessidades, avaliar a sobrecarga (Escala de Zarit) e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida.

A metodologia baseou-se no Planeamento em Saúde e na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Os resultados sociodemográficos alinharam-se com a literatura nacional: predominância feminina, idade avançada e baixa escolaridade, fatores que dificultam o empoderamento. Entrevistas a informantes-chave e questionários revelaram falhas de conhecimento em áreas cruciais como a prevenção de quedas, úlceras por pressão e gestão do stress.

É demonstrada a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na abordagem das necessidades de saúde comunitária. Ao capacitar os cuidadores com conhecimentos e competências essenciais, o projeto demonstrou um impacto positivo na redução da sua sobrecarga e na otimização da qualidade dos cuidados prestados às pessoas dependentes no domicílio.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária; Cuidador Informal; Capacitação; Qualidade de Vida; Domicílio.

ABSTRACT

This Internship Report describes the development of a Nursing Intervention focused on training informal caregivers of dependent individuals in a home setting. The main objective was to identify needs, assess burden (Zarit Scale), and consequently improve their quality of life.

The methodology was based on Health Planning and Dorothea Orem's Self-Care Theory. The sociodemographic results were consistent with the national literature: female predominance, advanced age, and low educational attainment, factors that hinder empowerment. Interviews with key informants and questionnaires revealed knowledge gaps in crucial areas such as fall prevention, pressure ulcers, and stress management.

The importance of the Specialist Nurse in Community Nursing in addressing community health needs is demonstrated. By equipping caregivers with essential knowledge and skills, the project has had a positive impact on reducing their workload and optimizing the quality of care provided to dependent individuals at home.

Keywords: Community Nursing; Informal Caregiver; Training; Quality of Life; Home.

ÍNDICE	
RESUMO	3
ABSTRACT	4
INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1.1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	9
1.2 CUIDADOR INFORMAL	11
1.2.1 Capacitação	12
1.2.2 Pessoa Dependente	14
1.3 MODELO CONCRETUAL DO AUTOCUIDADO	16
2. CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	19
2.1 CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO	19
2.2 CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	19
3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	23
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	24
3.1.1 Caraterização sociodemográfica, amostra e população alvo	26
3.1.2 Caraterização da rede social de apoio	29
3.1.3 Princípios éticos	30
3.1.4 Apresentação e análise dos resultados do questionário aplicado	31
3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	34
3.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	37
3.4 ESTRATÉGIAS	38
3.5 INTERVENÇÃO DO PROJETO	43
3.6 MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	45
4. PARCERIAS	49
5. LIMITAÇÕES E CONTRIBUTOS DO PROJETO	53
6. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	55
7. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS: ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E MESTRE	57
7.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	57
7.2 COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE	58
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	67
ANEXO I – Termo consentimento informado	68
ANEXO II – Questionário aplicado cuidadores	71

ANEXO III – Questionário satisfação cuidadores	75
ANEXO IV – Escala de <i>Zarit</i>	76
ANEXO V – Escala de <i>Barthel</i> modificada	77
ANEXO VI – Documentos de apoio cedidos aos cuidadores	79
Documento apoio - Prevenção Úlceras de Pressão	79
Documento de apoio- Prevenção de Quedas	84
Documento de apoio – Gestão de Stress	88
Documento de apoio – Alimentação	92
Documento de apoio – Estatuto do Cuidador Informal	97
Documento de apoio – Lavagem das Mãos + Gestão de Medicação	102
ANEXO VII – Parecer Comissão Ética.....	105
ANEXO VIII – Entrevista Informante-chave Enfermeira Cooperante	106
ANEXO IX - Entrevista Informante-chave Diretora Técnica	109
ANEXO X - Entrevista Informante-chave Auxiliar de Prestação Direta.....	111
ANEXO XI – Apresentação Universidade Sénior	113
ANEXO XII – Questionários Universidade Sénior	122
Questionário inicial.....	122
Questionário final e de satisfação.....	123
ANEXO XIII – Cronograma de Estágio	124
ANEXO XIV – Apresentação de Estágio	125
ANEXO XV – Scoping Review	137

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de estágio e relatório de intervenção em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, integrada no 1º Semestre, do 2º ano do 2º Curso Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, foi proposta a realização de um relatório de estágio com o intuito de descrever todo o processo e enquadramento teórico inerente ao processo de desenvolvimento de uma Intervenção de Enfermagem na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública de determinada população, estabelecido nas 18 semanas de Estágio em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Este relatório de estágio é escrito baseado nessa intervenção.

Como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) e Mestre, é fundamental o desenvolvimento de competências específicas que visam uma prática holística e centrada na comunidade. A caracterização sociodemográfica e os indicadores de mortalidade e morbilidade, funcionam como instrumentos essenciais para determinar as necessidades de uma população e agir de forma a dar resposta aos problemas identificados, contribuindo para o desenvolvimento de uma sociedade mais forte e dinâmica. Esta avaliação das necessidades e problemas em saúde e a consequente intervenção, através do desenvolvimento de programas e projetos, tem por objetivo a capacitação das comunidades.

A escolha do tema “Capacitação de cuidadores informais de pessoas dependentes em contexto domiciliário – intervenção de enfermagem comunitária” surgiu da paixão pela área de intervenção, também pela necessidade transmitida pelos profissionais da unidade e por ser um projeto que poderá ser continuado após término do estágio. Com o decorrer do estágio é pretendido compreender quais os principais desafios sentidos pelos cuidadores informais e assim elaborar o Diagnóstico de Situação e sua intervenção.

Os objetivos determinados para este relatório foram: Avaliar o impacto do programa de capacitação na qualidade de vida dos cuidadores informais ao avaliar o nível de sobrecarga através da escala de *Zarit*; Capacitar os cuidadores ao melhorar o seu conhecimento para situações que surjam de futuro e saber lidar com elas; Identificar as necessidades de capacitação dos cuidadores informais em relação aos cuidados prestados a pessoas em contexto domiciliário; e finalmente Desenvolver e implementar um programa de capacitação que aborde as necessidades identificadas.

Para a realização deste trabalho foi usado como metodologia o Planeamento em Saúde. Pode definir-se como uma estratégia coletiva, que tem como objetivo adaptar e

aumentar a efetividade das intervenções desenvolvidas, com o objetivo de solucionar os problemas identificados e aumentar os ganhos em saúde.

É um processo contínuo e dinâmico, que requiere a organização de esforços multidisciplinares. Este processo é composto pelas seguintes etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

Este trabalho será focado nos cuidadores informais, neste trabalho de pessoas que têm apoio domiciliário de uma determinada instituição. O objetivo principal será identificar as necessidades que estes cuidadores têm e capacitá-los e empoderá-los neste processo. O cuidador é sempre um pilar fundamental para o cuidar da pessoa dependente e é sempre valorizado pelo enfermeiro pela sua importância.

Segundo Taylor & Renpenning (2011) a pessoa (neste caso cuidador) pode ter capacidade para apreender, porém existem fatores que podem dificultar essa aprendizagem. Podem ser fatores intrínsecos, como deficit mentais, literacia, estado emocional ou extrínsecos como fatores culturais e financeiros que impossibilitam a pessoa de ter acesso ou meios para aceder a essa informação. Pode demorar bastante tempo até se desenvolver um programa de educação para a saúde, exige uma alteração no estilo de vida, e obriga à adoção de novos comportamentos no dia a dia. Para que esta mudança ocorra é necessário que a pessoa esteja motivada para mudar (Amendoeira, J., Cândido, A. et al, 2018).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

O envelhecimento da população e o aumento da prevalência das doenças crónicas têm tido um impacto negativo na sociedade, de forma a responder a esta situação, as políticas de saúde focam-se na responsabilização das pessoas no seu autocuidado, na procura de comportamentos de saúde saudáveis e estratégias de *cooping* para lidar com o processo de saúde e doença (Allegrante et al., 2019).

Segundo dados do Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (BICSP), a população residente na zona onde o estágio é desenvolvido tem um índice de envelhecimento de 88.18%, com 71.85% de idosos (BICSP, 2023). Assim sendo, a capacitação dos cuidadores é essencial.

O envelhecimento da população é um fenómeno demográfico complexo e elevado que tem aumentado em Portugal nas últimas décadas, à semelhança do que ocorre em muitos países desenvolvidos. Este processo, caracterizado pelo aumento progressivo da proporção de pessoas idosas no seio da população total, resulta de transformações demográficas significativas e acarreta consigo um vasto leque de implicações sociais, económicas e ao nível da saúde, que exigem uma análise cuidada e respostas políticas e sociais adequadas.

O envelhecimento demográfico não é um fenómeno isolado, mas sim o resultado de uma transição demográfica marcada por dois fatores principais: a diminuição da taxa de natalidade e de fecundidade e o aumento da esperança média de vida. Como refere a Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), "o envelhecimento é, em princípio, um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo testemunha dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos" (FFMS, 2025, p. 5). No entanto, esta conquista civilizacional, quando combinada com baixos níveis de renovação de gerações, conduz a uma alteração profunda da estrutura etária da população.

O índice de envelhecimento, que compara a população idosa com a população jovem (0-14 anos), tem vindo a aumentar significativamente. A PORDATA, com base em dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), revela que Portugal é o 2º da União Europeia (UE) com maior índice de envelhecimento (PORDATA, 2024). Este indicador ultrapassou o valor de 100 idosos por cada 100 jovens já no final do século XX, e prevê-se que haja um agravamento contínuo. Segundo o INE, entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico manifestou-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um aumento de 140% da população idosa (INE, 2002).

Em Portugal as causas do elevado valor de envelhecimento são várias. Com o passar dos anos, as atuais gerações têm tomado a decisão de ter menos filhos, ou de não ter filhos. Esta tendência tornou-se mais comum por diversas transformações sociais, económicas e culturais, como o aumento do nível de educação das mulheres, a maior participação feminina no mercado de trabalho, dificuldades de conciliação entre a vida familiar e profissional, e a instabilidade económica. "As baixas taxas de fecundidade e consequentes alterações das estruturas familiares" são apontadas como fatores cruciais (Graça, Pereira, & Pimenta, 2018, p. 2).

Outro fator causador do elevado valor de envelhecimento é a melhoria da saúde em geral e prevenção de doença. Os avanços na medicina, a melhoria das condições sanitárias, o acesso generalizado a cuidados de saúde e a adoção de estilos de vida mais saudáveis contribuíram para um aumento significativo da longevidade dos portugueses. A esperança média de vida à nascença tem vindo a crescer consistentemente para ambos os sexos.

Nos últimos anos, Portugal tem experienciado fluxos migratórios, que balançam ligeiramente o saldo natural negativo. Os padrões migratórios históricos, nomeadamente a emigração de jovens em décadas anteriores, também contribuíram para o aumento envelhecimento da população residente. Mais recentemente, "o crescimento da emigração e a redução da imigração constituem um fator que contribuiu para o envelhecimento, pois os movimentos migratórios são por norma realizados pela faixa etária da população que se encontra ativa" (Graça, Pereira, & Pimenta, 2018, p. 3).

Todo este envelhecimento demográfico em Portugal tem desencadeado um conjunto de desafios e implicações significativas. O aumento de pessoas em idade de reforma e a diminuição da população ativa exercem uma pressão considerável sobre a sustentabilidade do sistema de segurança social. "O envelhecimento acentua os riscos inerentes à sustentabilidade dos sistemas de saúde e, sobretudo, da segurança social, desde as reformas e pensões aos cuidados pessoais à velhice dependente" (FFMS, 2025, p. 8).

A população mais idosa tende a apresentar uma maior prevalência de doenças crónicas e necessidades acrescidas de cuidados de saúde e de longa duração. Isto implica um aumento da despesa em saúde e a necessidade de adaptar os serviços e respostas, incluindo os cuidados domiciliários e as estruturas residenciais para idosos. Um relatório recente da Iniciativa para a Equidade Social (Nova SBE, Fundação "la Caixa", BPI) refere que "a meta é alcançar um cenário de compressão da morbilidade, onde vidas mais longas e saudáveis reduzem a necessidade de cuidados de saúde intensivos nos últimos anos de vida" (Iniciativa para a Equidade Social, 2023).

Outra implicação está relacionada com a alteração da estrutura etária. Que pode influenciar o mercado de trabalho, os padrões de consumo e o crescimento económico. A diminuição de pessoas jovens pode levar a uma escassez de mão-de-obra em determinados setores, enquanto o aumento da população idosa pode dinamizar outros, como os ligados à saúde e ao lazer.

O isolamento social dos idosos, a solidão, a necessidade de apoio familiar e comunitário e a luta contra o idadismo são questões sociais prementes e mais um desafio a enfrentar. A promoção do "envelhecimento ativo", que visa a participação contínua dos idosos na sociedade e a manutenção da sua autonomia e qualidade de vida, surge como uma resposta fundamental. A OMS define o envelhecimento ativo como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem" (OMS, 2002).

O envelhecimento não se manifesta de forma uniforme em todo o território nacional, sendo mais elevado no interior do país, que enfrenta também problemas de despovoamento. Dessa forma, Saramago (2023) analisa a dimensão territorial deste fenómeno e salienta a urgência de adaptar o planeamento regional a esta nova realidade demográfica.

O envelhecimento da população em Portugal é uma realidade que representa ao mesmo tempo uma conquista e um desafio. Por um lado, reflete os progressos alcançados em termos de saúde e qualidade de vida, por outro, exige uma adaptação profunda das políticas públicas, dos sistemas sociais e de saúde, e da própria mentalidade da sociedade. A promoção de um envelhecimento ativo e saudável, a garantia da sustentabilidade dos sistemas de proteção social, o combate ao isolamento e à discriminação, e a adaptação dos territórios às necessidades de uma população mais envelhecida são medidas cruciais para enfrentar este fenómeno de forma bem-sucedida, garantindo a qualidade de vida e a dignidade de todos os cidadãos, independentemente da sua idade.

1.2 CUIDADOR INFORMAL

De acordo com o Estatuto do Cuidador Informal, atualizado em 2024, pode ser o cônjuge ou unido de facto, um parente até ao 4.º grau da linha colateral, ou, em certas situações, até mesmo uma pessoa sem laços familiares que coabite com a pessoa cuidada (Lei n.º 100/2019 e alterações subsequentes). Para além da definição legal, o cuidador informal é um agente de cuidado essencial, uma vez que os laços afetivos frequentemente promovem cuidados fundamentados no carinho e na aceitação, priorizando sempre o bem-estar da pessoa cuidada (Instituto da Segurança Social, 2024).

Tornar-se cuidador não tem data nem hora marcada pode acontecer de um momento para o outro a qualquer pessoa, muitas destas pessoas provavelmente nunca tiveram contato

com a realidade de ter de cuidar de alguém e por isso as suas necessidades educativas relativas com os desafios do dia a dia podem ser muitas.

O papel do cuidador informal surgiu nas últimas décadas como um elemento essencial nos cuidados de saúde e sociais, especialmente relativamente ao envelhecimento populacional e ao aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas. Este conceito refere-se, a uma pessoa que presta assistência e suporte a outra pessoa que, por doença, deficiência ou idade avançada, se encontra dependente para realizar as suas atividades diárias. A informalidade reside no fato de esta prestação de cuidados não ser remunerada, ser baseada em laços afetivos e familiares – na maioria dos casos –, e não estar integrada em estruturas formais de saúde ou assistência social (Nunes et al., 2017).

O cuidado informal abrange muitas tarefas diárias desde a higiene pessoal, alimentação e administração de medicação, apoio emocional, gestão de rotinas e acompanhamento a consultas médicas. Como referem Brito, Amaro e Salgueiro (2018, p.34), "o cuidador informal assume uma responsabilidade que vai além do mero apoio familiar, transformando-se muitas vezes no principal pilar de sustentação da pessoa cuidada no seu próprio domicílio". O que mantém esta dedicação contínua e, por vezes, exaustiva, são laços de parentesco ou amizade, o que confere ao cuidado informal uma dimensão intimamente ligada ao domínio pessoal e afetivo.

É importante salientar que, embora o cuidado informal seja uma demonstração de amor e compromisso, acarreta frequentemente desafios significativos para o cuidador. A sobrecarga física, emocional, social e financeira são realidades comuns, podendo levar ao desgaste e à diminuição da qualidade de vida do próprio cuidador (Pereira et al., 2019). Deste modo, compreender o conceito de cuidador informal não se limita a identificar quem cuida, mas também a reconhecer as complexas dinâmicas e necessidades que surgem desta função indispensável para a sociedade. A sua valorização e apoio são, princípios indispensáveis para garantir a sustentabilidade e a humanização dos cuidados.

1.2.1 Capacitação

A capacitação, no contexto dos cuidadores informais, ultrapassa a simples transmissão de informação, caracteriza-se como um processo dinâmico e multifacetado que visa dotar estes indivíduos de conhecimentos, aptidões, competências e recursos emocionais necessários para desempenharem o seu papel de forma eficaz, segura e com menor sobrecarga. Num cenário onde a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência é crescentemente assumida no seio familiar e comunitário, a capacitação dos cuidadores informais emerge como uma estratégia crucial para garantir a qualidade dos

cuidados, promover o bem-estar tanto do cuidador como da pessoa cuidada, e sustentar a viabilidade deste modelo de assistência.

O termo "capacitação" (ou *empowerment*, na literatura anglo-saxónica) envolve o fortalecimento das capacidades dos indivíduos para que possam tomar decisões informadas, exercer controlo sobre as suas vidas e participar ativamente nas questões que lhes dizem respeito. Segundo Huis in het Veld et al. (2016), a capacitação dos cuidadores informais pode ser entendida como um processo educativo e de suporte, focado em aumentar o seu conhecimento, as suas habilidades e a sua confiança para lidarem eficazmente com as exigências do ato de cuidar. Este processo não se limita a aspetos técnicos do cuidado, mas abrange também dimensões psicossociais e emocionais.

Segundo a OMS, o apoio aos cuidadores, que inclui a capacitação, é fundamental para sustentar os sistemas de cuidados de longa duração (OMS, 2021). A capacitação visa "desenvolver a capacidade dos cuidadores familiares para que se sintam mais competentes e preparados para prestar cuidados, reduzindo o stress e melhorando a sua qualidade de vida" (Figueiredo, 2012, p. 45). Trata-se, assim, de um investimento no capital humano do cuidador, reconhecendo o valor do seu contributo e as suas próprias necessidades.

A capacitação dos cuidadores informais é essencial. Cuidadores mais informados e com melhores competências técnicas tendem a prestar cuidados mais adequados, seguros e eficazes, o que pode resultar em melhores resultados de saúde para a pessoa cuidada e na prevenção de complicações. Ao se sentirem mais preparados e confiantes, os cuidadores podem experienciar menores níveis de stress, ansiedade e depressão. "A capacitação pode atuar como um fator protetor contra os efeitos negativos do cuidar" (García-Calvente et al., 2012, p. 135). A inclusão de módulos de autocuidado e gestão emocional nos programas de capacitação contribui diretamente para a saúde física e mental do cuidador.

Cuidadores capacitados e apoiados podem conseguir manter a pessoa dependente no domicílio por mais tempo, respeitando, muitas vezes, o desejo da pessoa cuidada e reduzindo custos associados à institucionalização. Ao fortalecer o papel do cuidador informal, a capacitação contribui para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e de apoio social, que dependem largamente destes cuidadores. Programas de capacitação representam um reconhecimento da importância do papel do cuidador e um investimento nas suas necessidades, o que pode ter um impacto positivo na sua autoestima e motivação.

Como sublinha o Estatuto do Cuidador Informal (ECI) em Portugal, o acesso a informação, formação e apoio técnico é um direito do cuidador informal, reconhecendo a capacitação como um pilar essencial para o exercício desta função.

A capacitação dos cuidadores informais é um processo essencial que tem como objetivo empoderá-los com as ferramentas necessárias para enfrentar os complexos desafios da prestação de cuidados. Ao abranger dimensões técnicas, psicossociais e de navegação no sistema, a capacitação não só melhora a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação de dependência, mas também protege e promove a saúde e o bem-estar do próprio cuidador. Investir na capacitação dos cuidadores informais é, por isso, um imperativo ético e social, fundamental para construir uma sociedade mais solidária e um sistema de cuidados mais justo e sustentável.

1.2.2 Pessoa Dependente

A dependência pode ser definida como "um estado em que se encontram as pessoas que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária" (Ferreira, 2011, p. 18). Esta incapacidade pode manifestar-se em diversos domínios, como a mobilidade, os cuidados pessoais, as atividades instrumentais da vida diária ou mesmo a tomada de decisões, no caso de deterioração cognitiva.

A OMS aborda a dependência no contexto da sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que foca a funcionalidade como uma interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). Nesta perspetiva, a dependência surge quando existe uma limitação significativa na atividade e restrição na participação social, resultante dessa interação. Como salientam autores como Paskulin e Vianna (2006, p. 78), "a dependência é uma situação que pode ser vivenciada por qualquer pessoa, em qualquer idade, embora seja mais frequente em idosos, devido à maior prevalência de doenças crónicas e degenerativas".

A dependência pode ser multidimensional, variando em tipo e grau:

- **Dependência física:** relaciona-se com a incapacidade de realizar tarefas motoras.
- **Dependência cognitiva/mental:** envolve dificuldades de memória, orientação, raciocínio, tomada de decisão, como ocorre em demências.
- **Dependência sensorial:** resulta da perda de visão, audição ou outras capacidades sensoriais que limitam a interação com o meio.
- **Dependência social/emocional:** pode manifestar-se pela necessidade constante de companhia, apoio emocional ou mediação nas interações sociais.

Os graus de dependência podem ser classificados como ligeira, moderada ou severa, influenciando diretamente a quantidade e o tipo de cuidados necessários. Neste caso foi

usada a Escala de *Barthel* modificada (anexo V) como instrumento para avaliar o nível de dependência nas atividades básicas da vida diária.

O conceito de dependência é intimamente ligado ao cuidador informal. É a existência de uma pessoa em situação de dependência que, na maioria dos casos, surge a necessidade de um cuidador. Como refere o Observatório Social Europeu, "a prestação de cuidados a pessoas dependentes é uma das principais atividades não remuneradas na Europa, sendo maioritariamente assegurada por familiares" (*European Social Observatory*, 2020, p. 5).

O cuidador informal depara-se com uma quantidade de desafios que estão diretamente relacionados com o nível e o tipo de dependência da pessoa cuidada. Quanto maior o grau de dependência, maior será a sobrecarga física, emocional e financeira do cuidador. Tarefas como a higiene pessoal de uma pessoa acamada, a gestão de alterações comportamentais em pessoas com demência, ou a mobilização e transferência de indivíduos com limitações motoras severas exigem não só esforço, mas também conhecimentos e técnicas específicas. Paúl (2005, p. 57) destaca que "o cuidar de um idoso dependente é uma tarefa complexa que exige do cuidador conhecimentos, habilidades e tempo, para além de um grande investimento afetivo".

Compreender a dependência é essencial para justificar a necessidade de capacitação dos cuidadores informais. Se a pessoa cuidada apresenta uma dependência complexa, o cuidador necessitará de formação específica para aprender técnicas corretas de mobilização para prevenir lesões em si e na pessoa cuidada, administrar medicação de forma segura, adaptar a alimentação a necessidades específicas, ou lidar com dispositivos médicos; em casos de demência ou outras condições neurológicas, os cuidadores precisam de estratégias para lidar com agitação, agressividade, apatia ou dificuldades de comunicação. Mesmo em situações de dependência, é decisivo que o cuidador saiba como estimular as capacidades remanescentes da pessoa, promovendo a sua participação e dignidade.

A sobrecarga associada ao cuidar de pessoas com elevada dependência é um fator de risco para a saúde física e mental do cuidador. A capacitação deve incluir sempre estratégias de autocuidado, gestão de stress e informação sobre recursos de apoio. Como sublinham Sequeira et al. (2010), a formação dos cuidadores informais é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e para minimizar o impacto negativo da prestação de cuidados na saúde do cuidador. Cuidadores capacitados estarão mais aptos a identificar as necessidades da pessoa dependente e a procurar os recursos e apoios disponíveis.

Em suma, o conceito de dependência define o centro da questão da relação de cuidado informal. A sua compreensão aprofundada permite não só avaliar as necessidades da pessoa

cuidada, mas também identificar as competências e o apoio que os cuidadores informais precisam. A capacitação surge então, como uma resposta crucial para fornecer a estes cuidadores as ferramentas necessárias para enfrentar os desafios impostos pela dependência, promovendo a qualidade de vida de quem cuidam e a sua própria resiliência.

1.3 MODELO CONCEITUAL DO AUTOCUIDADO

O termo de autocuidado é uma definição que tem vindo a evoluir com o passar dos anos. Nas últimas décadas, este termo tem surgido frequentemente na linguagem comum dos cidadãos e tem sido abordado frequentemente nas redes sociais e marketing que nos deparamos diariamente por vários meios. O mesmo, pode ser mencionado atualmente em vários contextos como programas de bem-estar físicos ou mentais, sociais ou espirituais e emocionais.

Podemos definir autocuidado como a "prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar" (Orem, 2001).

No contexto do cuidado informal, onde a dedicação ao outro é constante e, muitas vezes, exaustiva, o autocuidado surge como um conceito de grande importância. Tradicionalmente associado à responsabilidade individual pela própria saúde, o autocuidado ultrapassa a simples ausência de doença, abrangendo um conjunto de práticas deliberadas e intencionais que visam a promoção do bem-estar físico, mental, emocional e social (Riegel et al., 2018). Para os cuidadores informais, este conceito é extremamente importante, sendo que a sua própria saúde e equilíbrio são frequentemente negligenciados em favor das necessidades da pessoa cuidada.

A OMS define autocuidado como "a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um prestador de cuidados de saúde" (OMS, 2021). Na realidade do cuidador informal, traduz-se na necessidade de gerir o stress, adotar hábitos de vida saudáveis, procurar apoio social e profissional quando necessário, e reservar tempo para atividades que proporcionem prazer e relaxamento. Como salientam Sousa, Sequeira e Costa (2018), "o autocuidado do cuidador informal não é um luxo, mas uma necessidade premente para garantir a sua própria saúde e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado prestado".

Após a determinação do tema do trabalho e após recolha de bibliografia, o modelo conceitual mais adequado a aplicar seria o da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A teoria de Orem (1991) tem como objetivo compreender como os indivíduos cuidam de si mesmos e como os enfermeiros podem auxiliar nesse processo. Existem alguns conceitos

essenciais nesta teoria como o autocuidado, a deficiência de autocuidado, a exigência terapêutica de autocuidado e os sistemas de enfermagem (Orem, 2001).

A Teoria de Enfermagem do Défice Autocuidado desenvolvida por Orem é uma teoria geral, que engloba três teorias: a Teoria do Autocuidado, que explica como e porquê as pessoas cuidam de si; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e finalmente a Teoria dos sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça Enfermagem (Orem, 2001).

Este trabalho, com o objetivo de compreender e capacitar os cuidadores informais, encontra o seu enquadramento concetual na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Esta teoria, desenvolvida no âmbito da Enfermagem, oferece uma estrutura robusta para analisar o papel das pessoas na gestão da sua própria saúde e bem-estar, bem como as intervenções de enfermagem necessárias quando a capacidade de autocuidado é comprometida (Orem, 2001). A escolha deste modelo justifica-se pela sua pertinência em abordar a autonomia e as necessidades dos cuidadores informais, reconhecendo-os não apenas como prestadores de cuidados, mas como pessoas com as suas próprias questões de saúde e bem-estar.

Como já abordado, a Teoria do Autocuidado de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

1. **Teoria do Autocuidado:** refere que o autocuidado é a prática de atividades que as pessoas iniciam e realizam em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. No contexto dos cuidadores informais, o autocuidado engloba as ações que estes realizam para preservar a sua saúde física, mental, emocional e social, essenciais para a sustentabilidade da sua função. As necessidades de autocuidado de um cuidador informal podem incluir, por exemplo, a gestão do stress, a manutenção de uma dieta equilibrada, a prática de exercício físico, a busca por apoio social e a gestão do tempo para atividades de lazer.
2. **Teoria do Défice de Autocuidado:** esta teoria surge quando as exigências do autocuidado ultrapassam as capacidades de autocuidado da pessoa. Ou seja, surge um défice quando a pessoa não consegue realizar as ações necessárias para satisfazer as suas próprias necessidades de autocuidado. Para os cuidadores informais, o prolongado e exigente papel de cuidar do outro pode frequentemente levar a um défice de autocuidado, manifestando-se em exaustão física e mental, isolamento social, e negligência da própria saúde (Sousa, Sequeira & Costa, 2018). Este défice torna-se um foco muito importante para a intervenção de enfermagem.

3. **Teoria dos Sistemas de Enfermagem:** descreve a forma como os enfermeiros podem compensar ou ajudar as pessoas a compensar os seus défices de autocuidado. Orem (2001) propõe três tipos de sistemas de enfermagem:

- **Sistema Totalmente Compensatório:** quando o enfermeiro assume a totalidade do cuidado, pois a pessoa é incapaz de realizar qualquer ação de autocuidado;
- **Sistema Parcialmente Compensatório:** quando o enfermeiro e a pessoa participam em ações de autocuidado, com o enfermeiro a compensar as limitações da pessoa;
- **Sistema de Apoio-Educação:** quando o enfermeiro age como conselheiro e educador, ao ajudar a pessoa a desenvolver as suas capacidades de autocuidado.

No âmbito da capacitação de cuidadores informais, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem é particularmente relevante, especialmente no que respeita ao Sistema de Apoio-Educação. Os enfermeiros, ao reconhecerem os défices de autocuidado dos cuidadores, podem atuar como facilitadores, educando-os sobre a importância do autocuidado e fornecendo-lhes ferramentas e estratégias para fortalecer as suas capacidades. Tal intervenção não se limita a fornecer informação, mas a desenvolver a agência de autocuidado do cuidador, ou seja, a sua capacidade para se envolver em ações de autocuidado (Orem, 2001).

A capacitação de cuidadores informais, sob a perspetiva de Orem, visa empoderá-los para que identifiquem as suas próprias necessidades de autocuidado e implementem estratégias eficazes para as satisfazer, mitigando a sobrecarga e promovendo a sua resiliência (Brito, Amaro & Salgueiro, 2018).

Assim, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem oferece uma base concetual sólida para investigar as necessidades dos cuidadores informais e desenvolver intervenções de enfermagem que promovam o seu autocuidado, contribuindo para a sua saúde e bem-estar, e, conseqüentemente, para a qualidade do cuidado prestado.

2. CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

2.1 CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO

O Concelho onde é realizado o estágio tem uma área de 92 Km² e de acordo com os censos de 2021, tem 3513 habitantes, é constituído por 5 freguesias onde a população desse concelho, está distribuída de forma regular.

Relativamente à caracterização socioeconómica, de acordo com os dados recolhidos nos censos de 2021, existiam 1470 famílias, menos 44 que em 2011. Relativamente a população em geral, existiam 360 jovens dos 0 aos 14 anos, menos 175 que existiam em 2011, pessoas dos 15 aos 64 anos existiam 2069, menos 316 comparativamente a 2011, existem também 1138 idosos no concelho, mais 65 que existiam em 2011. Segundo os dados dos censos de 2021 podemos referir também que no concelho 12,2% das pessoas viviam sozinhas, um valor superior a 2011 por 3,8 pontos percentuais.

Relativamente a educação, neste concelho a população analfabeta diminuiu sendo em 2021 127 apenas, menos 46,9% que em 2011, a população com mais de 15 anos cerca de 29,2% tem o 4º ano de escolaridade, 19,5% o 9º ano e 21,6% o 12º ano.

Relativamente às deslocações e meios de transporte para o trabalho ou estudar, 22,6% desloca-se a pé, 64,9% desloca-se de carro e 11,1% utiliza transporte coletivo.

Acerca de emprego e sector económico as mulheres no mercado de trabalho é de 39,7%, população empregada no sector da agricultura e pesca corresponde a 8,5% da população com 15 ou mais anos, ainda nesta faixa etária na indústria e construção cerca de 22,6%. A população empregada nos serviços é de 68,9%, os trabalhadores por conta de outrem eram 1052, já os empregadores 122 e os trabalhadores isolados 108, todos estes dados com pessoas com mais de 15 anos. Este concelho tinha também em 2021 42,5% de população ativa na faixa etária de 25 a 44 anos, relativo á faixa etária com mais de 55 anos a percentagem de população ativa foi de 24,2%. Pode ainda referir-se que existiam 58 pessoas com incapacidade para trabalhar, um valor superior em 26,1% relativo a 2011 (PORDATA, 2022).

2.2 CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região NUTS III.

A Unidade Local de Saúde (ULS) na qual foi realizado estágio iniciou atividade a 1 de janeiro de 2024, e a sua criação insere-se no âmbito de uma reestruturação do modelo organizativo de prestação e cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com o

objetivo de proporcionar mais e melhores cuidados e uma relação mais próxima com a comunidade. (ULS, 2024)

A Região do Oeste e Vale do Tejo (ROVT) em causa tem nas assimetrias demográficas uma das suas principais características, com 2706,04 Km², engloba concelhos com áreas muito diferentes (entre 14 e 715 Km²), tem 210 555 habitantes (com populações entre 3518 e 44 538 habitantes, segundo os censos do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Com zonas rurais de grande dispersão e urbanas de grande concentração populacional (densidade populacional com valores entre 15,9 e 1491,5 habitantes por Km², segundo os censos do INE de 2021) tem zonas de atração e zonas de desertificação. É também constituída por 3 Hospitais, e por 35 Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, dando resposta direta a cerca de 170.000 utentes dos 11 concelhos.

Esta ULS, é ainda constituída por um Conselho de Administração formado pelo Presidente do Conselho de Administração, Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, dois Vogais Executivos, Enfermeira Diretora e um Diretor Clínico para a Área dos Cuidados de Saúde Primários.

Esta ULS tem como Missão a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e de convalescença, integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, criando um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos utentes, assegurando atividades de investigação, formação contínua e ensino, retendo e valorizando profissionais com elevados níveis de competências e qualificações. Assegura ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida. A ULS ROVT pretende ser reconhecida como uma Organização de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa, na família e na comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida dos cidadãos (SNS, 2024).

A ULS referida, está assente em valores tais como, a qualidade e segurança, garantindo a excelência dos serviços prestados aos utentes, assentes nas melhores e mais seguras práticas e competências, científicas e técnicas; Integração e complementaridade, salvaguardando o funcionamento da resposta aos utentes de forma articulada e em rede, garantindo a equidade e acessibilidade no acesso aos cuidados de saúde, prestando cuidados de saúde de proximidade; Ética e integridade, regendo as práticas clínicas e a tomada de decisões individuais e institucionais, pelos mais elevados padrões deontológicos e de conduta moral; Sustentabilidade, através do contributo para o desenvolvimento consciente e sustentado da sociedade, garantindo o compromisso com a justiça social e equidade, e o

respeito pelo ambiente e por fim a Humanização, de forma a proporcionar uma orientação clara para o utente e o seu bem-estar, respondendo às suas necessidades de acordo com as melhores práticas disponíveis, e no respeito incondicional pela sua dignidade intrínseca (SNS, 2024).

3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

Como metodologia para atingir o objetivo de Estágio a base foi usado o Planeamento em Saúde. O Planeamento em Saúde é uma estratégia coletiva, que tem como objetivo adaptar e aumentar a efetividade das intervenções desenvolvidas, com o intuito de solucionar os problemas identificados e aumentar os ganhos em saúde.

É um processo contínuo e dinâmico, que implica a coordenação de esforços multidisciplinares. O processo de Planeamento em Saúde é constituído pelas seguintes etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

A tipologia é de pesquisa-ação, devido à participação ativa dos cuidadores informais na capacitação e na transformação em prática, com uma abordagem qualitativa, priorizando a compreensão profunda das experiências e necessidades dos cuidadores.

O local da pesquisa e estudo foi no domicílio dos cuidadores, pois torna-se difícil reunir todos os cuidadores para realizar sessões de ensino para a promoção de saúde e prevenção de doença. Realizando assim atividades de capacitação no ambiente familiar dos cuidadores, facilitando também a aplicação dos conhecimentos na prática e compreensão das dificuldades expressas.

Relativamente aos participantes do estudo, são cuidadores informais de pessoas que já recebem apoio domiciliário da instituição parceira e os critérios de inclusão são cuidadores que prestam cuidados a pessoas em contexto domiciliário, que concordam em participar da pesquisa.

Para colheita de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas para identificar as necessidades e dificuldades dos cuidadores no dia-a-dia. Foi realizada uma observação participante para compreender possíveis dificuldades ou erros que ocorrem durante a prestação de cuidados e identificar as áreas que necessitam de maior atenção. Foram aplicados questionários para reunir dados sociodemográficos e sobre a experiência dos cuidadores.

Para colheita de dados foram precisas três etapas: etapa inicial, realizadas entrevistas individuais para identificar as necessidades e expectativas dos cuidadores; seguidamente a etapa de intervenção onde se desenvolveu um programa de capacitação com atividades teóricas e práticas, tendo em conta as necessidades identificadas na etapa inicial; e finalmente a última etapa, realizando novas entrevistas e observações para avaliar o impacto da capacitação.

Durante a análise dos dados foi realizada uma análise de conteúdo, com objetivo de analisar as entrevistas e as observações, identificando temas e categorias a intervir na capacitação e uma análise narrativa tendo em conta as próprias palavras dos cuidadores e compreender as experiências e dificuldades sentidas.

Durante todo o processo de estudo foram tidos em conta todos os aspetos éticos como o consentimento informado e esclarecido aos cuidadores (anexo I); a garantia do anonimato; o contato para esclarecimento de dúvidas; respeitar a decisão de adesão/não adesão aos instrumentos de recolha de dados; e a confidencialidade de dados pessoais, foi entregue um consentimento informado e esclarecido em que os cuidadores assinam se estiverem de acordo com o estudo e todo o seu envolvimento.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A etapa de Diagnóstico de Situação é indispensável para a intervenção em saúde, constituindo a fase inicial e crucial do planeamento em saúde. É a etapa em que se identificam as necessidades de saúde de uma determinada população. Como sublinham Imperatori e Giraldes (1982), a intervenção só pode ser efetiva quando o problema é claramente definido e diagnosticado. Este processo culmina na identificação e hierarquização dos problemas de saúde que necessitam de ser abordados, servindo de orientação para a definição das prioridades de intervenção.

No contexto do presente projeto de capacitação de cuidadores informais, o diagnóstico de situação foi precisamente o ponto de partida. Com base na avaliação realizada, o diagnóstico de enfermagem prioritário estabelecido foi "Conhecimento do prestador de cuidados não demonstrado" (*Nort American Nursing Diagnosis Association [NANDA]*, 2021). Este diagnóstico refletiu a falha identificada nas competências e informações dos cuidadores para lidar com as exigências diárias do cuidado domiciliário, e o potencial impacto desta limitação na qualidade de vida da pessoa cuidada e do próprio cuidador.

Para se alcançar uma compreensão holística e aprofundada da situação, a etapa de diagnóstico combinou diversas estratégias de recolha de dados, garantindo a triangulação de fontes e a validade das informações.

A realização de uma *Scoping Review* (anexo XV) constituiu uma componente central na fase de diagnóstico, permitindo identificar a literatura científica existente sobre a capacitação de cuidadores informais e a sua qualidade de vida. Esta metodologia de síntese de conhecimento, tal como descrita por Arksey e O'Malley (2005) e aprimorada pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020), foi essencial para várias situações ao longo da realização do relatório de estágio.

Situações como: contextualizar a complexidade do papel do cuidador informal e os desafios associados à sua sobrecarga e à necessidade de capacitação em saúde; identificar os tipos de programas e estratégias de capacitação que têm sido implementados globalmente e em Portugal, as suas metodologias (educação em grupo, sessões individuais, plataformas online), os seus focos (habilidades práticas, gestão do stress, acesso a recursos) e os resultados obtidos; forneceu *insights* sobre as barreiras e os facilitadores na implementação de programas de apoio a cuidadores; contribuiu para a escolha de modelos conceptuais e teorias de enfermagem relevantes para fundamentar a intervenção.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica abrangente, com o objetivo inicial de compreender a caracterização sociodemográfica da população residente num dos concelhos onde a UCC se insere. Esta fase exploratória foi essencial para contextualizar a realidade local e para identificar o que já existia na literatura científica e na "literatura cinzenta" (relatórios, teses, documentos governamentais) acerca do tema do cuidar informal e da capacitação de cuidadores.

Durante esta pesquisa, foram encontrados dados epidemiológicos importantes que auxiliaram na identificação das principais necessidades de saúde da população em questão e na compreensão da dimensão do problema da sobrecarga e das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores informais. Estes dados serviram para enquadrar a realidade específica dos cuidadores locais num contexto mais amplo de saúde pública (OMS, 2010).

Apesar da diversidade da pesquisa bibliográfica, a obtenção de dados primários foi fundamental para a validação e aprofundamento do diagnóstico inicial. As entrevistas com informantes-chave, a aplicação de questionários e a utilização de escalas validadas foram decisivas para a certeza da escolha da temática e para a definição das prioridades de intervenção.

Relativamente às entrevistas com os informantes-chave, a interação direta com profissionais de saúde que lidam regularmente com cuidadores e as suas realidades, permitiu colher perspetivas qualitativas valiosas sobre as necessidades percebidas, as dificuldades no acesso à informação e as experiências quotidianas.

A aplicação de instrumentos padronizados, como questionários sociodemográficos (anexo II) e escalas de avaliação de sobrecarga (anexo IV), foi crucial para quantificar o problema e obter dados objetivos sobre a situação dos cuidadores. Estes instrumentos permitiram identificar falhas específicas de conhecimento e competências, bem como avaliar o nível de sobrecarga sentida (Zarit et al., 1980). A ausência de conhecimento ou a informação inadequada sobre cuidados específicos ou recursos de apoio foi confirmada através destas ferramentas.

Esta etapa de diagnóstico e análise de situação permitiu o desenvolvimento e a consolidação de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEESP). Nomeadamente, a capacidade de diagnosticar necessidades e problemas em cuidados especializados em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública foi significativamente aprimorada. É um processo complexo que não se limita à identificação de doenças, mas que abrange uma análise aprofundada dos determinantes de saúde, das redes de suporte e das capacidades da comunidade.

O enfermeiro especialista atua como um elemento facilitador na articulação entre os diversos intervenientes (cuidadores, famílias, outros profissionais de saúde, entidades locais) para promover a saúde e o bem-estar na comunidade. A capacidade de articular e integrar diferentes tipos de dados – desde os resultados de uma *Scoping Review* global até às realidades quotidianas expressas nos questionários e entrevistas – é uma competência fundamental para a prática avançada em enfermagem comunitária (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

Em suma, a etapa de diagnóstico de situação foi um processo dinâmico de construção de conhecimento que permitiu identificar, com rigor e profundidade, a necessidade de capacitação dos cuidadores informais, servindo de base sólida para a conceção e implementação das intervenções do projeto.

3.1.1 Caracterização sociodemográfica, amostra e população alvo

Para assegurar o rigor metodológico, é fundamental a clara distinção e descrição da população-alvo e da amostra que constituem a base empírica deste estudo.

A população-alvo do presente estudo é constituída por todos os cuidadores informais de pessoas dependentes que residem e recebem cuidados de determinada instituição no seu próprio domicílio, no concelho escolhido. Este grupo engloba pessoas que, de forma não remunerada, assumem a responsabilidade primária de prestar assistência e suporte a familiares, que manifestam dependência para a realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD) ou Atividades Instrumentais de Vida Diária, devido a condições de saúde crónicas, deficiência, idade avançada ou outras limitações. A escolha deste concelho como local de desenvolvimento do estágio resume-se em abordar uma realidade local específica, caracterizada pelo envelhecimento demográfico e pelas dinâmicas de apoio familiar. A compreensão desta população-alvo mais vasta é essencial para contextualizar as descobertas e para informar futuras estratégias de intervenção de enfermagem em cenários semelhantes.

A análise dos dados sociodemográficos dos oito cuidadores informais que participaram no projeto de capacitação no concelho escolhido permitiu traçar um perfil que reflete as

realidades e tendências observadas no contexto do cuidado domiciliário em Portugal. A compreensão destas características é crucial para contextualizar as necessidades e desafios experienciados por este grupo.

A seleção dos participantes decorreu através de uma amostragem por conveniência (não-probabilística), dadas as especificidades do contexto e a natureza da intervenção. Os participantes foram identificados e recrutados em colaboração com as equipas de saúde e apoio social locais que acompanham os casos de dependência no domicílio no concelho.

Os critérios de inclusão definidos para a elegibilidade dos participantes foram:

- Ser o cuidador informal de uma pessoa dependente que recebe cuidados no seu domicílio de determinada instituição no concelho escolhido;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Demonstrar interesse e disponibilidade para se comprometer com a participação nas sessões do projeto de capacitação;
- Possuir capacidade cognitiva e de comunicação que permitisse a compreensão e a participação ativa nos questionários e nas atividades propostas, avaliada no momento do primeiro contato;

Para critérios de exclusão foram considerados:

- Ser cuidador formal ou receber remuneração pela prestação dos cuidados.
- Apresentar condições de saúde (física ou mental) que pudessem comprometer a sua participação segura e ativa nas atividades do projeto.

A amostra revelou uma predominância do sexo feminino, com 62,5% (n=5) dos participantes a serem mulheres e 37,5% (n=3) do sexo masculino. Este achado está em linha com a literatura nacional e internacional, que consistentemente identifica as mulheres como as principais prestadoras de cuidado informal no seio familiar (Nunes et al., 2017; Pereira et al., 2019). Esta tendência sublinha a importância de considerar as particularidades e as potenciais sobrecargas específicas associadas ao género no planeamento e implementação de intervenções de apoio a cuidadores.

A idade dos cuidadores variou de forma expressiva, entre os 40 e os 92 anos. Mais especificamente, 37,5% (n=3) dos participantes enquadravam-se na faixa etária dos idosos (entre 65 e 80 anos). Esta diversidade etária evidencia a diversidade de contextos de vida em que o papel de cuidador é assumido. Os cuidadores mais idosos podem enfrentar desafios acrescidos relacionados com a sua própria saúde e o envelhecimento, enquanto os mais

jovens podem estar a conciliar o cuidado com responsabilidades profissionais e familiares adicionais, impactando a sua disponibilidade e energia para as tarefas de cuidado.

Em termos de situação profissional, 50% (n=4) dos participantes são reformados, o que sugere que o cuidado informal se torna uma atividade central na vida destes indivíduos numa fase pós-laboral. Dos restantes, 25% (n=2) exerciam a profissão de auxiliar de ação direta, o que pode conferir-lhes alguma familiaridade com práticas de cuidado, mas também pode levar a uma maior sobrecarga pela continuidade do desempenho de tarefas de cuidado tanto no âmbito profissional quanto pessoal.

Relativamente ao nível de escolaridade, os resultados indicaram que a maioria dos participantes (62,5%, n=5) possuía um baixo nível de escolaridade, sendo que apenas dois participantes (25%) tinham completado o 12º ano. Este dado é um fator relevante a considerar na estratégia de capacitação, pois pode influenciar a forma como a informação é processada e retida, exigindo a utilização de recursos didáticos e metodologias de ensino adaptadas e acessíveis (Brito et al., 2018).

No que diz respeito à coabitação, 62,5% (n=5) dos cuidadores não coabitavam com a pessoa dependente, enquanto 37,5% (n=3) viviam na mesma residência. Este aspeto é crucial para a dinâmica do cuidado, pois a não coabitação pode implicar desafios logísticos, de coordenação e de gestão de tempo adicionais para o cuidador.

Todos os participantes afirmaram ser familiares da pessoa dependente. A análise da ligação familiar revelou que 75% (n=6) dos cuidadores eram filhos ou filhas (cuidando dos seus pais/mães), refletindo o padrão predominante de cuidado informal em Portugal. As restantes ligações identificadas foram cônjuge (n=1) e irmão/irmã (n=1), reforçando o papel central da família nuclear e alargada na prestação de cuidados de longa duração.

A maioria das pessoas cuidadas, 75% (n=6), tinha mais de 80 anos, enquanto as restantes (25%, n=2) se situavam entre os 45 e os 80 anos. Este dado sublinha o envelhecimento avançado da população assistida, que frequentemente acarreta múltiplas comorbilidades, maior dependência e a necessidade de cuidados complexos.

O tempo de experiência como cuidador revelou-se variado: metade dos participantes (50%, n=4) eram cuidadores entre 1 e 5 anos, 25% (n=2) eram cuidadores há mais de 7 anos, e os restantes dividiam-se entre 5 a 7 anos (12,5%, n=1) e 6 meses a 1 ano (12,5%, n=1). Esta distribuição indica que a amostra engloba cuidadores em diferentes fases da sua trajetória, desde o início do papel até a uma longa experiência, cada uma com as suas particularidades e necessidades de apoio.

Concluindo, a caracterização sociodemográfica destes cuidadores revela um grupo predominantemente feminino, com uma vasta amplitude etária, baixo nível de escolaridade e, na sua maioria, já reformado e a cuidar de pessoas dependentes em idade avançada. Estes dados sublinham a vulnerabilidade e as necessidades específicas deste grupo, que serviram de base para a conceção e adaptação das intervenções de capacitação.

3.1.2 Caracterização da rede social de apoio

A rede social de apoio é essencial para a saúde e bem-estar dos cuidadores informais, influenciando diretamente a sua capacidade de lidar com a sobrecarga e de manter a sua qualidade de vida (Brito et al., 2018). No âmbito do projeto de capacitação de cuidadores neste concelho, a análise da rede social de apoio dos oito participantes revelou importantes perspetivas sobre os recursos disponíveis e as lacunas existentes.

A caracterização da rede social de apoio foi explorada através de várias questões no questionário, abordando aspetos como a quem recorrem em situações de dificuldade ou para auxílio, e quem assume o cuidado da pessoa dependente em caso de ausência do cuidador principal.

Desta forma, as respostas às questões do questionário foram variadas. Muitos cuidadores referiram recorrer a entidades como o Centro de Saúde, a Emergência Médica (112) e a Linha de Saúde 24. Estas respostas mostram a dependência e a confiança nos serviços de saúde para lidar com situações críticas ou dúvidas relacionadas com o cuidado da pessoa dependente.

Outra resposta dada foi que recorriam aos familiares. Estes foram apontados como uma importante fonte de apoio, quer para a gestão de situações inesperadas, quer para o suporte em momentos de necessidade. Este dado prova o papel insubstituível da família alargada na partilha das responsabilidades do cuidado, mesmo que não vivam em coabitação.

Um dos cuidadores, uma pessoa com mais de 80 anos a cuidar da esposa com demência, mencionou ter o apoio de um serviço de teleassistência. Este recurso, que envolve contato regular e um dispositivo de acionamento de socorro, demonstra a importância de soluções formais que proporcionem segurança e minimizem o isolamento, especialmente em contextos de vulnerabilidade acrescida.

Um participante referiu recorrer a duas cuidadoras contratadas para auxiliar no cuidado. Com esta situação, é provada a importância dos recursos financeiros na capacidade de aceder a suporte adicional, que pode ser crucial para aliviar a sobrecarga e permitir momentos de descanso ao cuidador principal.

Relativamente à questão da possibilidade de se ausentar e ter alguém que possa cuidar da pessoa dependente as respostas foram várias, contudo a maioria dos cuidadores recorre a familiares ou a vizinhos para que a pessoa dependente não fique sozinha. Um dos cuidadores com maiores recursos financeiros tem uma cuidadora contratada para este fim.

Uma resposta foi preocupante, uma das participantes referiu não ter ninguém para deixar a pessoa dependente, o que a impede de se ausentar por longos períodos. Esta realidade destaca a extrema vulnerabilidade e o isolamento de alguns cuidadores, cuja qualidade de vida é extremamente comprometida pela ausência de uma rede de apoio que lhes permita o necessário descanso mental e físico (Sousa et al., 2018).

Nestes dados tratados, apenas 25% (n=2) dos cuidadores tinham conhecimento sobre os direitos, as ajudas e o processo para a atribuição do Estatuto do Cuidador Informal. Esta baixa percentagem demonstra uma grande falha de informação sobre um reconhecimento legislativo essencial que visa oferecer suporte e proteção a estes indivíduos. A falta de conhecimento sobre este estatuto impede os cuidadores de acederem a potenciais benefícios e apoios que poderiam mitigar a sua sobrecarga e melhorar a sua qualidade de vida.

Em síntese, a rede social de apoio destes cuidadores informais é diversificada, mas com diversas fragilidades. Embora a família e os serviços de saúde formais sejam fontes de apoio, a presença de cuidadores isolados, sem retaguarda para se ausentar, e o baixo conhecimento sobre o Estatuto do Cuidador Informal, apontam para a necessidade urgente de intervenções de enfermagem que fortaleçam estas redes, promovam a informação e facilitem o acesso aos recursos disponíveis, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

3.1.3 Princípios éticos

A realização deste relatório, seguiu todos os princípios éticos, em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para a investigação em saúde. A proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes é uma prioridade inquestionável em todas as fases do processo, desde a sua conceção até à divulgação dos resultados.

O processo de consentimento informado foi conduzido de forma meticulosa e transparente. Antes de qualquer recolha de dados, os cuidadores informais foram informados sobre a natureza, objetivos, procedimentos, benefícios esperados, potenciais riscos e a duração estimada da sua participação no estudo. Foi ressalvado o carácter voluntário da adesão, garantindo que os participantes compreenderam plenamente que a sua participação é totalmente opcional e que podiam retirar-se do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem que tal decisão tivesse qualquer tipo de penalização ou impacto negativo na continuidade ou qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados, ou à pessoa de quem cuidam, pelas equipas de profissionais.

Para formalizar este compromisso, foi entregue a cada potencial participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra em anexo (anexo I). Este documento, redigido em linguagem clara e acessível, contém toda a informação relevante sobre o estudo e foi apresentado de forma a permitir que os cuidadores dispusessem de tempo suficiente para a sua leitura e reflexão. Foram alertados que quaisquer dúvidas ou questões que surgissem durante este processo seriam prontamente esclarecidas pela equipa, tendo sido facultado o contacto telefónico. A participação no estudo foi confirmada apenas após a assinatura do TCLE, atestando a compreensão e o consentimento livre e voluntário do cuidador.

A confidencialidade e o anonimato dos participantes foram sempre salvaguardados. Todos os dados recolhidos foram tratados de forma anónima, não permitindo a identificação direta das pessoas. As informações pessoais e sensíveis foram manuseadas com a máxima descrição, garantindo que apenas a equipa autorizada tenha acesso a estas.

Os dados recolhidos, qualitativos ou quantitativos, foram utilizados exclusivamente para os fins deste relatório de estágio, nomeadamente para análise e interpretação dos resultados do projeto. Uma vez concluída a recolha e tratamento dos dados, após a defesa e aprovação do relatório de estágio, e após divulgação na comunidade científica seja em artigo científico ou congressos os dados serão devidamente eliminados, garantindo a sua irreversibilidade e a não reutilização para outros fins.

No que toca à utilização de escalas e questionários como instrumentos de recolha de dados, não foram solicitadas autorizações específicas aos autores. Esta decisão fundamenta-se no fato de as escalas selecionadas serem de domínio público, amplamente validadas na literatura científica e recomendadas para uso clínico e de investigação pela Direção-Geral da Saúde (DGS) ou por outras entidades de saúde relevantes. A sua utilização, respeita as normas de acesso e divulgação do conhecimento científico, contribuindo para a replicabilidade e comparabilidade dos resultados.

Não foi violado o direito da propriedade intelectual das escalas usadas sendo que, nas referências bibliográficas foram usadas as referências pelos autores para consulta dos interessados.

3.1.4 Apresentação e análise dos resultados do questionário aplicado

A recolha de dados primários, foi realizada através de um questionário estruturado realizado aos oito participantes (anexo II). Este instrumento foi concebido em duas partes, com o objetivo de uma compreensão abrangente do perfil dos cuidadores e das suas necessidades específicas no contexto do cuidado domiciliário.

A primeira parte do questionário, composta por oito questões, dirigiu-se à recolha de dados sociodemográficos e a informações contextuais relevantes para a caracterização do cuidador e da pessoa cuidada. Neste questionário podem encontrar-se questões sobre: idade do cuidador, sexo, profissão, nível de escolaridade, coabitação com a pessoa dependente, grau de parentesco com a pessoa dependente, e idade da pessoa dependente. A análise dos oito questionários permitiu traçar um perfil inicial dos cuidadores informais participantes no estudo, revelando características alinhadas com a literatura nacional e internacional sobre o tema como já referido anteriormente na caracterização sociodemográfica

A segunda parte do questionário, com treze questões, foi mais aprofundada e direcionada para o tema central do trabalho, explorando as experiências, dificuldades e necessidades de capacitação dos cuidadores. As questões abordaram tópicos como: tempo de experiência como cuidador, dificuldades sentidas em termos de formação, acesso a formação inicial, fontes de conhecimento sobre o cuidado, maiores dificuldades sentidas no início do papel de cuidador, apoio de profissionais de saúde na formação, ocorrência de situações em que não souberam como agir, a quem recorrem em situações de dúvida ou emergência, conhecimento do Estatuto do Cuidador Informal (ECI) e das ajudas disponíveis, quem os apoia em caso de necessidade de ajuda, e tempo diário dedicado ao cuidado da pessoa dependente.

A segunda parte do questionário forneceu informações valiosas sobre a experiência e as necessidades sentidas pelos cuidadores como o tempo como cuidador; dificuldades em termos de formação; acesso e fontes de formação; dificuldades iniciais; apoio de profissionais de saúde na formação; e gestão de situações inesperadas.

Metade dos participantes são cuidadores há um período entre 1 a 5 anos, indicando uma experiência estável, mas ainda em desenvolvimento. Vinte e cinco por cento são cuidadores há mais de 7 anos, o que os expõe a um risco elevado de *burnout* e sobrecarga crónica. Os restantes participantes distribuem-se entre 5 a 7 anos e 6 meses a 1 ano, revelando diferentes fases da trajetória de cuidado e, conseqüentemente, necessidades de apoio distintas.

As maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores em termos de formação foram, com 75% das respostas, relacionadas com a prevenção de quedas, seguida pela necessidade de saber lidar com o stress e pela prevenção de úlceras por pressão. Estes resultados sublinham a importância de intervenções de capacitação que abordem competências práticas e emocionais, essenciais para a segurança da pessoa cuidada e para o bem-estar do cuidador (Silva et al., 2019).

Apenas 50% dos cuidadores referiram ter tido alguma formação ou ajuda inicial quando se tornaram cuidadores, evidenciando uma falha significativa no apoio à transição para este papel. Os conhecimentos sobre o cuidado foram maioritariamente adquiridos "com o dia a dia", mas também através de "formação", "pela profissão e participação num projeto piloto do Hospital local" e "com enfermeiros e médicos". Estas respostas destacam a aprendizagem empírica e a importância do contato com profissionais de saúde como fontes de conhecimento.

Na questão das maiores dificuldades sentidas no início do papel de cuidador, as respostas incluíram a sensação de "não estar preparado", a "responsabilidade de tomar conta, tentar fazer o melhor possível", "lidar com a doença do familiar", "stress", "falta de conhecimento" e "conciliar a vida profissional com a pessoal". Apenas um cuidador referiu "nenhuma" dificuldade e outro que "foi-se adaptando às necessidades permanentes", o que pode indicar diferentes níveis de resiliência ou de suporte inicial.

Apenas 37,5% dos cuidadores tiveram apoio de um profissional de saúde a nível de formação aquando do início do seu papel, enquanto 62,5% não o tiveram. Esta percentagem reduzida reforça a necessidade de programas de capacitação liderados pela enfermagem, que possam preencher esta falha e oferecer suporte contínuo (Costa et al., 2021).

Seis dos oito cuidadores já se depararam com situações em que não souberam como agir. As situações especificadas incluíram quedas, feridas ou obstrução da sonda vesical, destacando a necessidade de treino em primeiros socorros e gestão de emergências. Em tais situações, os cuidadores recorrem a serviços de emergência médica, Linha de Saúde 24, Centro de Saúde, familiares, ou, no caso de um cuidador idoso com cônjuge com demência, a um serviço de teleassistência. Esta diversidade de estratégias de busca de ajuda sublinha a necessidade de solidificar e divulgar canais de apoio.

A distribuição do tempo dedicado ao cuidado revelou que 37,5% dos participantes dedicam entre 2 a 5 horas diárias, enquanto 25% dedicam entre 5 a 10 horas. Surpreendentemente, 25% dedicam menos de 30 minutos e 12,5% entre 30 minutos e 1 hora. Esta última percentagem pode indicar cuidadores que prestam apoio em tarefas muito específicas ou que a pessoa dependente tem outros apoios formais durante o dia. A variação no tempo de cuidado é um fator determinante na perceção de sobrecarga e na necessidade de suporte.

Concluindo, os resultados do questionário permitem uma visão detalhada das características demográficas destes cuidadores e, mais crucialmente, das suas lacunas de formação, das suas dificuldades e da precariedade do seu conhecimento e acesso a apoios formais. Estes dados servirão de base para o planeamento e implementação de intervenções

de capacitação direcionadas e para a avaliação do seu impacto na qualidade de vida destes cuidadores.

3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

No processo de planeamento em saúde, a fase de identificação e determinação de prioridades é um passo essencial que permite dirigir da melhor forma a gestão de recursos escassos e focar as intervenções nos problemas de maior relevância e impacto. Conforme referem Viana e Caldeira (2018), "a priorização em saúde não é apenas uma questão de escolha, mas uma necessidade estratégica para garantir a eficácia e a eficiência das ações, face às múltiplas necessidades e recursos limitados". Desta forma, a utilização de ferramentas sistemáticas de análise torna-se indispensável para fundamentar as decisões.

Para este trabalho, foi utilizada a Grelha de Análise de Imperatori & Giraldes (1982) como instrumento para a priorização dos problemas identificados no âmbito do apoio aos cuidadores informais neste concelho. Esta grelha, permite avaliar problemas de saúde ou áreas de intervenção com base em três critérios principais, que contribuem para uma avaliação sobre a urgência e pertinência:

1. **Magnitude do Problema (M):** significa a importância quantitativa do problema, ou seja, ao número de pessoas afetadas ou à sua prevalência. Quanto maior o número de indivíduos atingidos, maior a magnitude;
2. **Transcendência do Problema (T):** avalia a gravidade e o impacto qualitativo do problema. Considera os custos sociais, económicos, a mortalidade, a morbilidade, a incapacidade e a perceção da comunidade face ao problema. Um problema pode não afetar muitas pessoas, mas ser extremamente grave para as que afeta;
3. **Vulnerabilidade do Problema (V):** indica a capacidade de o problema ser resolvido ou melhorado através de intervenções existentes e viáveis. É questionado se o problema é tecnicamente resolúvel e se as intervenções propostas terão um impacto significativo.

Cada um destes critérios é pontuado numa escala de 1 a 3 ou 1 a 5, onde 3 (ou 5) representa a maior relevância/capacidade de atuação e 1 a menor. A pontuação final de cada problema é obtida pela multiplicação dos valores atribuídos aos três critérios ($P=M \times T \times V$). Quanto maior o produto, maior a prioridade atribuída ao problema (Imperatori & Giraldes, 1982).

No âmbito deste projeto, os seguintes problemas foram levantados como potenciais áreas de intervenção para a melhoria do apoio aos cuidadores informais:

1. **Formação de cuidadores formais em contexto de apoio domiciliário.**
2. **Capacitação e melhoria de qualidade de vida dos cuidadores informais.**
3. **Melhoria nas condições de trabalho dos profissionais que prestam apoio domiciliário.**
4. **Criação de grupos de apoio para os cuidadores informais.**

Foi então de seguida aplicada a Grelha de Imperatori & Giraldes (utilizando uma escala de 1 a 3 para cada critério) para determinar a ordem de prioridade para intervenção, conforme demonstrado na Tabela 1:

Problema	Magnitude (M)	Transcendência (T)	Vulnerabilidade (V)	Prioridade (P = M x T x V)
1. Formação de cuidadores formais em contexto de apoio domiciliário.	2	2	3	12
2. Capacitação e melhoria de qualidade de vida dos cuidadores informais.	3	3	3	27
3. Melhoria nas condições de trabalho dos profissionais que prestam apoio domiciliário.	1	2	2	4
4. Criação de grupos de apoio para os cuidadores informais.	2	3	2	12

Tabela 1: Aplicação da Grelha de Imperatori & Giraldes (1982) para Priorização de Problemas

- **Problema 1: Formação de cuidadores formais em contexto de apoio domiciliário.**
 - **Magnitude (2):** embora seja importante, o número de cuidadores formais é geralmente menor que o de informais, e já existem formações para estes profissionais.
 - **Transcendência (2):** A falta de formação pode ter impacto na qualidade do cuidado, mas os cuidadores formais já têm um nível de conhecimento base e contínuo pela sua profissão.
 - **Vulnerabilidade (3):** A formação profissional é fácil de implementar, com cursos e módulos específicos.
 - **Prioridade = 12.**
- **Problema 2: Capacitação e melhoria de qualidade de vida dos cuidadores informais.**

- **Magnitude (3):** o número de cuidadores informais é elevado e transversal à comunidade, sendo um pilar fundamental do cuidado domiciliário.
- **Transcendência (3):** A baixa qualidade de vida e a falta de capacitação dos cuidadores informais trazem graves consequências para a sua saúde física e mental (Pereira et al., 2019), com risco de sobrecarga, *burnout* e, impacto negativo na qualidade do cuidado prestado à pessoa dependente (Brito et al., 2018). Este problema tem um custo social e humano muito elevado.
- **Vulnerabilidade (3):** Intervenções de enfermagem como programas educativos e de apoio, têm demonstrado eficácia na melhoria da capacitação e da qualidade de vida dos cuidadores (Costa et al., 2021), tornando o problema altamente suscetível a intervenção.
- **Prioridade = 27.**
- **Problema 3: Melhoria nas condições de trabalho dos profissionais que prestam apoio domiciliário.**
 - **Magnitude (1):** este problema afeta um grupo mais restrito de profissionais e pode ser mais ligado a políticas institucionais e laborais do que diretamente à esfera de intervenção imediata da enfermagem ao nível comunitário.
 - **Transcendência (2):** Condições precárias afetam o bem-estar dos profissionais e a qualidade do serviço, mas o impacto direto na qualidade de vida do cuidador informal é mais indireto do que nos problemas anteriores.
 - **Vulnerabilidade (2):** A melhoria das condições de trabalho pode ser complexa, envolvendo negociações sindicais e orçamentos, o que a torna menos "vulnerável" a uma intervenção pontual no contexto deste estudo.
 - **Prioridade = 4.**
- **Problema 4: Criação de grupos de apoio para os cuidadores informais.**
 - **Magnitude (2):** os grupos de apoio são benéficos, mas nem todos os cuidadores têm disponibilidade ou interesse em participar, afetando uma parte do universo de cuidadores.
 - **Transcendência (3):** A ausência de suporte social e emocional é uma das maiores fontes de sobrecarga para os cuidadores (Sousa et al., 2018), e os grupos de apoio são eficazes na promoção do bem-estar e redução do isolamento.

- **Vulnerabilidade (2):** A criação e sustentabilidade de grupos de apoio dependem de fatores como a mobilização dos cuidadores, a disponibilidade de facilitadores e a logística, o que pode apresentar desafios significativos.
- **Prioridade = 12.**

Com a aplicação da Grelha de Análise de Imperatori & Giraldes (1982), o problema "Capacitação e melhoria de qualidade de vida dos cuidadores informais" obteve a pontuação mais elevada (27), emergindo como a principal prioridade de intervenção para o presente projeto. Esta decisão reflete não só o vasto número de cuidadores informais afetados, mas também o profundo impacto na sua saúde e bem-estar, e a demonstrada capacidade de intervenções de enfermagem em aliviar estas dificuldades. A capacitação surge então, como o foco central para otimizar os recursos e maximizar o impacto na população-alvo.

3.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após a fase de determinação e priorização dos problemas, a etapa seguinte no planeamento em saúde, é a fixação de objetivos. Esta fase consiste na definição de metas claras e alcançáveis que vão orientar todo o processo de intervenção, desde o seu desenvolvimento até à sua avaliação (Viana & Caldeira, 2018). Conforme defendem Shortell e Kaluzny (2006, p.104), "objetivos bem definidos são a base para qualquer programa ou intervenção bem-sucedida, pois fornecem direção, permitem o planeamento de recursos e possibilitam a avaliação do desempenho". No contexto da capacitação de cuidadores informais, a clareza dos objetivos é essencial para garantir que as ações desenvolvidas respondam efetivamente às necessidades identificadas e produzam os resultados esperados na sua qualidade de vida.

Os objetivos devem ser formulados de acordo com os princípios *Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound* (SMART) – Específicos, Mensuráveis, Alcançáveis, Relevantes e com Prazo Definido (Doran, 1981). Embora nem todos os objetivos de um trabalho se encaixem perfeitamente em todas as letras do acrónimo, é uma diretriz valiosa para a sua formulação.

Considerando o problema prioritário identificado – a "Capacitação e melhoria de qualidade de vida dos cuidadores informais" – e as falhas evidenciadas pelos dados do questionário, os objetivos para o presente projeto foram formulados com o âmbito de guiar a intervenção e possibilitar a avaliação do seu impacto.

Com base nas necessidades identificadas nos cuidadores informais neste concelho e na priorização estabelecida, o projeto de capacitação foi previsto em volta dos seguintes objetivos:

1. **Diagnosticar as necessidades de capacitação dos cuidadores informais:** Este objetivo foca-se no aprofundamento do diagnóstico inicial. Antes de capacitar, é essencial ter uma compreensão detalhada das falhas de conhecimento e habilidades percebidas pelos cuidadores no seu dia a dia, particularmente em relação aos cuidados prestados a pessoas em contexto domiciliário. A sua mensurabilidade baseia-se na capacidade de descrever e categorizar essas necessidades, que já começou com o questionário.
2. **Operacionalizar um programa de capacitação em enfermagem adaptado às necessidades identificadas dos cuidadores informais:** Este objetivo é a ação central do projeto. Implica a conceção de conteúdos e metodologias pedagógicas que abordem as dificuldades específicas que os cuidadores relataram. A implementação refere-se à execução prática das sessões de capacitação.
3. **Avaliar o impacto do programa de capacitação na qualidade de vida dos cuidadores informais:** Este objetivo é o foco da avaliação de resultados do projeto. A mensurabilidade será alcançada, através da avaliação do nível de sobrecarga, utilizando a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (anexo IV) (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980), administrada pré e pós-intervenção. A redução da sobrecarga é um indicador robusto da melhoria da qualidade de vida dos cuidadores (Pereira et al., 2019).
4. **Melhorar o conhecimento e as competências dos cuidadores informais para lidar com situações de dificuldade e futuras ocorrências no cuidado domiciliário:** Este objetivo está ligado à capacitação e foca-se na aquisição de *know-how*. A sua mensurabilidade é feita através da avaliação do aumento do conhecimento dos cuidadores sobre temas específicos abordados na capacitação e da perceção de autoeficácia em lidar com desafios práticos.

3.4 ESTRATÉGIAS

Para a colheita de dados, foram realizadas várias técnicas tais como recolher informações através de observações, entrevistas e outros documentos. A colheita de dados consiste na seleção de técnicas de recolha e tratamento da informação adequadas a cada caso (Alves, 2017). Após a colheita dos dados e antes de analisar os mesmos, procedemos à sua validação.

Para colheita de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas para identificar as necessidades e dificuldades dos cuidadores no dia a dia. Foi também realizada uma

observação participante para compreender possíveis dificuldades ou erros que ocorrem durante a prestação de cuidados e identificar as áreas que necessitam de maior atenção.

Foram ainda aplicados questionários para reunir dados sociodemográficos e sobre a experiência dos cuidadores. As entrevistas foram escritas e validadas pelos participantes sendo que no final será eliminado.

Foram aplicadas ainda escalas, a de *Zarit* (anexo IV) e escala de *Barthel* modificada (anexo V) durante o estudo, foi aplicado também um questionário realizado por nós e um documento de consentimento informado, no final foi ainda aplicado um questionário de satisfação (anexo III) e novamente a escala de *Zarit*.

Entrevista aos Informantes- Chave

Como informantes-chave, foi designada a enfermeira cooperante, a diretora técnica da instituição pela qual foi realizado o critério de seleção e uma auxiliar de ação direta que realiza apoio domiciliário.

A entrevista que foi realizada à enfermeira cooperante tinha 8 questões abertas. A entrevista integral encontra-se em anexo (anexo VIII), porém realizando um resumo dos pontos essenciais da entrevista: caracterização da UCC, que atende uma população com alto índice de envelhecimento, com foco em cuidados domiciliares e comunitários. Apesar dos desafios, a equipa procura oferecer cuidados de qualidade, promovendo a autonomia dos utentes; necessidades da comunidade, a principal necessidade identificada é o cuidado de idosos com alto grau de dependência. A falta de cuidadores formais e a sobrecarga dos cuidadores informais são desafios constantes; realidade das visitas domiciliarias, as visitas domiciliarias revelam a fragilidade dos idosos, a necessidade de cuidados complexos e a importância do apoio aos cuidadores; cuidadores informais, os cuidadores informais enfrentam diversas dificuldades, como falta de conhecimento, sobrecarga física e emocional, e dificuldades em ingressar no ECI; na entrevista a enfermeira destaca ainda a necessidade de formação para os cuidadores, tanto em relação aos cuidados específicos dos utentes quanto em relação à gestão do próprio cuidado.

Esta entrevista evidencia a importância do papel da UCC no apoio aos cuidadores informais e na promoção da qualidade de vida dos idosos. No entanto, a falta de recursos e a complexidade do trabalho diário exigem uma articulação em rede e a criação de estratégias mais eficazes para atender às necessidades dos cuidadores.

Relativamente à entrevista à diretora técnica da instituição, foram colocadas 8 questões abertas. Pode ser também encontrada a entrevista integral com as questões nos

anexos (anexo IX). Como resumo da entrevista da diretora técnica da instituição podemos destacar os seguintes pontos: Serviço de Apoio Domiciliário, a instituição oferece diversos serviços como higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupas, entre outros, com o objetivo de permitir que os idosos permaneçam nos seus lares; Critérios de Admissão, a admissão ao serviço tem em conta o grau de autonomia do idoso, o isolamento social, a situação financeira do agregado familiar e a proximidade da residência; Desafios do Dia a Dia, a equipa enfrenta dificuldades como a falta de recursos humanos na região, o estado das vias de acesso aos domicílios dos utentes e a falta de informação dos cuidadores e utentes sobre os serviços disponíveis; Perfil dos Cuidadores, a maioria dos utentes possui cuidadores informais, que complementam os serviços prestados pela instituição. Esses cuidadores enfrentam diversas dificuldades, como sobrecarga física, emocional e financeira; necessidade de formação, a diretora destaca a importância da formação para os cuidadores informais, tanto em relação aos cuidados de saúde quanto aos direitos e benefícios a que têm acesso.

A entrevista com a diretora técnica revela a complexidade do cuidado domiciliário e a necessidade de um apoio mais estruturado aos cuidadores informais. As principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores são a falta de informação, a sobrecarga física e emocional e a falta de recursos financeiros.

Finalmente, mas não menos importante na entrevista da auxiliar de ação direta que realiza apoio domiciliário foram realizadas treze questões abertas, toda a entrevista pode encontrar-se em anexo (anexo X). Como resumo da entrevista com a auxiliar de ação direta podemos destacar: Desafios no ambiente doméstico, muitas casas não possuem adaptações adequadas para receber pessoas com necessidades especiais, o que dificulta a prestação de cuidados; Dificuldades dos cuidadores, os cuidadores sentem-se frequentemente sobrecarregados, especialmente quando precisam de lidar com utentes muito dependentes; Áreas de intervenção, a maior parte do trabalho é realizada em espaços como cozinha, casa de banho e quartos, auxiliando os utentes nas atividades do dia a dia; Comunicação com os cuidadores: Os cuidadores demonstram interesse em entender o estado de saúde dos seus familiares e procuram informações sobre os cuidados adequados a realizar; Desafios da profissão, a profissional destaca a importância de proporcionar conforto psicológico e físico aos utentes, além de lidar com a sobrecarga dos cuidadores; Qualidade de vida dos cuidadores, a entrevistada percebe um grande desgaste físico e psicológico nos cuidadores, que muitas vezes negligenciam suas próprias necessidades; formação e recursos, a profissional está em processo de formação em geriatria e acredita que a informação e o apoio são essenciais para os cuidadores; Relação com os cuidadores, a construção de uma relação de confiança é fundamental para oferecer um cuidado mais humanizado e eficiente; impacto dos cuidados domiciliários, a entrevistada acredita que os cuidados domiciliares contribuem

significativamente para o bem-estar tanto do utente quanto da família; fatores para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, o descanso e o auxílio de outras pessoas são considerados cruciais para o bem-estar dos cuidadores.

A entrevista evidencia a importância do apoio domiciliário para a qualidade de vida dos idosos e a necessidade de prestar atenção às necessidades dos cuidadores. A sobrecarga física e emocional, a falta de informação e a adaptação inadequada dos ambientes são alguns dos principais desafios enfrentados.

Escalas

As escalas a usar neste trabalho foram escolhidas consoante o âmbito do tema e a sua importância. Foram utilizadas duas escalas que estão já validadas e são utilizadas diariamente em registos de *SClinico* no dia a dia enquanto profissionais. As escalas são a de *Zarit* (anexo IV), sobrecarga do cuidador informal e a escala de *Barthel* modificada (anexo V) para aplicar às pessoas dependentes destes cuidadores informais.

Podemos conferir com Sequeira (2010) que, a Escala de *Zarit* é um instrumento utilizado para avaliar o nível de sobrecarga sentida por cuidadores informais de pessoas com algum nível de dependência.

Santos (2005) destaca a sobrecarga como um estado psicológico resultante da combinação do esforço físico, da pressão emocional, das limitações sociais e das exigências económicas que surgem no cuidar de uma pessoa com dependência.

A sobrecarga do cuidador é um estado de exaustão física, emocional e social que pode ocorrer em pessoas que prestam cuidados a familiares ou amigos em estado de dependência.

Esta escala tem diversos parâmetros a ser avaliados e é sempre aconselhado a ser preenchida num momento calmo em que o/a cuidador/a esteja sozinho/a. As perguntas podem dividir-se em vários pontos como: o impacto nas atividades diárias, é questionado se os cuidados afetam suas atividades do dia a dia, como dormir, trabalhar e relações sociais; sentimentos, a escala avalia se existem sentimentos como irritabilidade, tristeza, ansiedade e exaustão; relações interpessoais, é questionado se há impacto nas relações familiares e sociais do cuidador devido ao facto de ser cuidador informal; percepção de saúde, é questionado sobre como se sente fisicamente e mentalmente (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980).

Estas questões são fulcrais para detetar precocemente se o cuidador está em sobrecarga e assim, poder intervir. Estes cuidadores lidam diariamente com muitas situações que podem levar a esta sobrecarga como as responsabilidades que acartam os cuidados 24 horas por dia, exigindo atenção constante, as limitações de atividades sociais pois o tempo

dedicado aos cuidados limita a participação em atividades sociais e de lazer, o impacto financeiro sendo que os custos com medicação, equipamentos e outros recursos podem gerar um grande impacto financeiro, isolamento social, muitas vezes o cuidador pode sentir-se isolado e sem apoio e o impacto emocional pois a convivência diária com a doença e a deterioração do estado de saúde do familiar/amigo pode gerar sentimentos de ansiedade e depressão (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980).

A escala de *Zarit* veio facilitar a identificação precoce de cuidadores em risco de desenvolver problemas de saúde física e mental. Permite com esta identificação precoce o planeamento de intervenções para orientar a criação de programas de apoio e intervenções específicas para estes cuidadores. É possível através da escala avaliar a eficácia de programas de apoio aos cuidadores já existentes e melhorar de forma a contribuir de maneira positiva. A escala de *Zarit* permite também a conscientização sobre aplicação da escala pode contribuir para aumentar a conscientização da população, das famílias e dos próprios cuidadores sobre as dificuldades enfrentadas durante o processo (Sequeira, 2010).

Ao identificar e abordar a sobrecarga dos cuidadores, é possível promover o bem-estar tanto do cuidador e do familiar dependente, garantindo cuidados de melhor qualidade e uma melhor qualidade de vida para ambos. Enquanto enfermeiros e futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é essencial intervir nestas situações e capacitar os cuidadores melhorando a qualidade de vida deles e das pessoas de quem cuidam.

A outra escala utilizada no trabalho foi a de *Barthel* modificada, esta escala é utilizada para avaliar o grau de independência de pessoas que por alguma razão se tornaram dependentes (Mahoney & Barthel, 1965). Neste trabalho foi utilizada com o objetivo de perceber qual a capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD's).

A escala avalia a capacidade do indivíduo em realizar 10 atividades básicas da vida diária, atribuindo pontuações de 0 a 100 pontos, de acordo com o nível de dependência em cada item. As atividades avaliadas são: Higiene pessoal; Banho; Alimentação; Toalete; subir escadas; Vestuário; controlo de esfíncter urinário; controlo esfíncter intestinal; deambulação; cadeira de rodas (não se aplica a pessoas que deambulam); e transferências cadeira/cama. A somatória dos valores será entre 0 e 100 como acima citado e quanto maior for o número mais independente a pessoa é em realizar as atividades abordadas nas questões. Tem um quadro no final de interpretação de resultados em que: 100 pontos significam totalmente independente; 99 a 76 pontos dependência leve; 75 a 51 pontos dependência moderada; 50 a 26 pontos dependência severa; e de 25 a menos é dependência total (Mahoney & Barthel, 1965).

Esta escala permite identificar as áreas em que o indivíduo precisa de mais apoio, permite a definição de objetivos e na escolha das intervenções mais adequadas de determinado utente, permite avaliar se existe progressão ou o declínio da funcionalidade ao longo do tempo, facilita a comunicação na equipa multidisciplinar e pode ser utilizada em estudos científicos para avaliar a eficácia de diferentes tratamentos e intervenções (Mahoney & Barthel, 1965).

Esta escala tem vantagens como ser de fácil aplicação e ser objetiva tendo os itens explicados e de fácil interpretação. Infelizmente tem alguns pontos menos favoráveis como não avaliar todas as dimensões da funcionalidade como as cognitivas, a capacidade de realizar uma atividade pode variar de acordo com o ambiente e os recursos disponíveis, a escala avalia a capacidade funcional de forma objetiva, mas não considera a perceção do paciente sobre suas limitações (Mahoney & Barthel, 1965).

3.5 INTERVENÇÃO DO PROJETO

A fase de intervenção torna os objetivos do projeto em intervenções de capacitação junto dos cuidadores informais. Com base no diagnóstico de necessidades previamente estabelecido e na priorização do problema, foi desenvolvido e implementado um programa de capacitação flexível e adaptado às características e ao contexto de cada um dos oito cuidadores informais no concelho em questão. Esta intervenção foi inteiramente conduzida pela enfermeira estagiária, sublinhando o papel central da enfermagem na promoção da saúde e no suporte a esta população vulnerável.

O programa de capacitação distinguiu-se pela sua natureza individualizada e informal, reconhecendo a singularidade de cada cuidador e a complexidade das suas rotinas diárias. As sessões foram realizadas presencialmente, no domicílio do cuidador ou da pessoa dependente. Esta abordagem permitiu uma adaptação em tempo real às condições do ambiente de cuidado, às disponibilidades e ao ritmo de aprendizagem de cada participante, maximizando a relevância e a eficácia das intervenções (Pinto et al., 2015).

Ao longo destes meses de projeto, foram realizadas aproximadamente três sessões por cuidador, sem uma frequência específica predefinida, ajustando-se à evolução das necessidades e à disponibilidade mútua. A duração de cada sessão variou consoante os tópicos abordados e o tempo que o cuidador podia dispensar, demonstrando a flexibilidade e a centralidade do cuidador no processo.

Os conteúdos programáticos da capacitação foram determinados de forma dinâmica, em resposta às dificuldades e falhas de conhecimento expressas por cada cuidador no questionário inicial e durante a interação. Os temas abordados incluíram:

- **Prevenção de Úlceras por Pressão:** focando na identificação de fatores de risco, cuidados com a pele e técnicas de posicionamento.
- **Prevenção de Quedas:** com ênfase na identificação de perigos no ambiente domiciliário e sugestões para melhorias na segurança do lar.
- **Gestão de Stress:** abordando estratégias de *cooping* e técnicas de relaxamento para abrandar o impacto emocional do cuidado.
- **Nutrição:** fornecendo orientações sobre alimentação adequada para a pessoa dependente e para o próprio cuidador.
- **Gestão de Medicamentos:** incluindo organização da medicação, horários e sinais de alerta.
- **Estatuto do Cuidador Informal:** Informação detalhada sobre os direitos, deveres e as ajudas disponíveis, visando empoderar os cuidadores para acederem a este reconhecimento legal.

A metodologia pedagógica principal foi a educação para a saúde, complementada por um forte componente de capacitação e suporte. Foram realizadas demonstrações práticas, particularmente na gestão do stress e na prevenção de quedas. Foram também entregues folhetos informativos (anexo VI) sobre os temas que os cuidadores identificaram como de maior dificuldade, reforçando o ensino e permitindo a consulta posterior. A abordagem focou-se em desenvolver o autocuidado dos cuidadores, permitindo-lhes aplicar os conhecimentos e competências adquiridos na sua rotina diária (Orem, 2001).

A intervenção foi integralmente conduzida pela enfermeira estagiária, que assumiu o papel de educadora, facilitadora e fonte de apoio. A formação em enfermagem e a experiência prévia foram cruciais para a adaptação das estratégias de ensino às necessidades individuais, para a criação de um ambiente de confiança e para a prestação de suporte emocional. Este envolvimento direto e exclusivo permitiu uma relação terapêutica próxima e a personalização da abordagem.

Durante a implementação, foram identificados alguns desafios operacionais. A principal dificuldade residiu na conciliação da disponibilidade dos cuidadores para a realização dos ensinamentos e demonstrações, dada a sua rotina exigente e muitas vezes imprevisível. Esta realidade exigiu flexibilidade na calendarização das sessões e na duração de cada encontro.

Um evento inesperado e de grande impacto ocorreu no final do projeto, com o falecimento inesperado de uma das pessoas cuidadas. Apesar do projeto formalmente concluído, foi fundamental manter o contato com o cuidador enlutado, prestando-lhe o apoio

necessário para lidar com o stress e o luto. Esta situação reforça a importância da continuidade do suporte da enfermagem para além das intervenções programadas, demonstrando a dimensão humana e empática da prática profissional.

Em suma, a intervenção foi um processo dinâmico e adaptativo, centrado nas necessidades do cuidador, que procurou, através de educação para a saúde, capacitação e suporte individualizado, dotar os cuidadores informais de conhecimentos e competências essenciais para a sua autonomia e para a melhoria da sua qualidade de vida no complexo cenário do cuidado domiciliário.

3.6 MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A monitorização e avaliação são etapas cruciais no ciclo de vida de qualquer projeto de intervenção em saúde, permitindo aferir a sua eficácia, identificar áreas de melhoria e garantir a responsabilidade na utilização dos recursos (Schmidt & Lima, 2018). Neste projeto de capacitação de cuidadores informais, a monitorização foi contínua, acompanhando a implementação das sessões e o progresso dos participantes. A avaliação, por sua vez, focou-se na perceção de satisfação dos cuidadores face à intervenção, oferecendo feedback valioso sobre o impacto e a relevância do programa, foram aplicados também novamente as escalas de *Zarit* para comparar com as iniciais.

A avaliação da satisfação dos cuidadores foi realizada através da aplicação de um questionário de satisfação final (anexo III) a todos os oito cuidadores informais participantes. Este instrumento, constituído por perguntas de escolha múltipla com escala de *Likert* (1 a 5) e questões abertas, permitiu recolher dados quantitativos e qualitativos sobre a perceção dos cuidadores relativamente aos conteúdos, formato, utilidade e impacto do projeto no seu dia a dia. A escolha deste tipo de questionário foi intencional, visando captar tanto o nível geral de satisfação quanto insights específicos e sugestões para futuras intervenções.

Os resultados do questionário de satisfação revelaram um elevado grau de satisfação e reconhecimento por parte dos cuidadores informais participantes, evidenciando o sucesso do projeto na resposta às suas necessidades.

No que respeita à utilidade dos conteúdos abordados para lidar com os desafios diários como cuidador, a grande maioria dos participantes demonstrou um alto nível de satisfação: sete dos oito cuidadores (87,5%) atribuíram a pontuação máxima (5 - muito satisfeito), e um participante (12,5%) respondeu com 4. Este resultado sublinha a relevância e a adequação dos tópicos selecionados às necessidades práticas dos cuidadores.

Similarmente, o nível de satisfação geral com o projeto de capacitação reforçou esta perceção positiva: seis cuidadores (75%) classificaram a sua satisfação com 5 (muito

satisfeito), enquanto dois participantes (25%) atribuíram a pontuação 4. A consistência nestes resultados aponta para uma elevada aceitação e valorização da intervenção por parte dos beneficiários diretos.

A análise da adequação do formato das sessões revelou que sete dos oito cuidadores (87,5%) responderam "sim", indicando que a estrutura das sessões foi apropriada. Um participante, contudo, assinalou "parcialmente", expressando o desejo por mais tempo de intervenção, o que sugere a profundidade do interesse e a perceção de benefício, levando ao anseio por um maior prolongamento do suporte.

Relativamente ao ritmo e duração das sessões, todos os participantes (100%) consideraram-nas adequadas, demonstrando que o planeamento temporal das sessões foi otimizado para o perfil e disponibilidade dos cuidadores. De igual forma, a utilidade e facilidade de compreensão dos materiais de apoio foram unanimemente confirmadas por todos os cuidadores, um aspeto crucial para a transferência e retenção do conhecimento.

As questões abertas e de perceção revelaram o impacto transformador do projeto na confiança e bem-estar dos cuidadores:

As respostas qualitativas foram elucidativas, indicando que o projeto resultou num sentimento de "mais à vontade", ensinou a "lidar com o stress", e proporcionou "aprender como agir em algumas situações e ter mais confiança". Outros destacaram o sentimento de estarem "mais preparados para lidar com o futuro", a consciência de que "têm um apoio", e o fato de terem "aprendido coisas que não sabiam", culminando num "aumento da capacidade de cuidar do familiar". Estes testemunhos refletem um fortalecimento significativo da autoeficácia e da segurança dos cuidadores no seu papel (Bandura, 1997).

Todos os participantes (100%) responderam "sim", o que demonstra o sucesso do projeto em equipar os cuidadores com novas ferramentas e abordagens para as exigências diárias.

A unanimidade nas respostas "sim" (100%) nesta questão reitera a perceção de uma maior capacidade de resiliência e prontidão para as situações futuras, confirmando o objetivo de capacitação.

Maior parte das respostas foram positivas, com cuidadores a referir sentirem-se "mais acompanhados", a capacidade de "evitar situações de stress", "controlar melhor o stress e ansiedade", ter "menos preocupação" e "não ter medo". Estes resultados apontam para um benefício direto no bem-estar psicológico e emocional dos cuidadores, uma dimensão crítica da sobrecarga (Pereira et al., 2019).

Relativamente ao acesso a outras informações ou recursos de apoio, sete dos oito participantes (87,5%) responderam "sim", enquanto um respondeu "não". Este resultado indica que o projeto foi, em grande parte, um facilitador de acesso a redes de suporte e conhecimento adicionais, embora haja ainda espaço para otimizar esta dimensão.

As sugestões para melhoria e temas adicionais foram, em geral, de apreço ("Tudo bem", "Não tenho comentários", "As minhas maiores preocupações foram esclarecidas", "Boa iniciativa"), com uma menção para "outros conhecimentos para outros cuidados como cuidadora" e "mais temas interessantes". A solicitação de "mais tempo" por um participante e a abertura a "mais temas" por outro, apesar do alto nível de satisfação, reflete o reconhecimento da utilidade do projeto e o desejo de aprofundamento e continuidade do apoio.

A monitorização contínua e a avaliação final do projeto de capacitação de cuidadores informais revelaram um impacto extremamente positivo e uma elevada satisfação por parte dos participantes. Os dados demonstram que o projeto foi bem-sucedido em capacitar os cuidadores, aumentar a sua confiança e desenvolver novas habilidades, com um impacto direto no seu bem-estar emocional. As poucas sugestões de melhoria apontam para a necessidade de continuidade e expansão de programas desta natureza, validando a pertinência da intervenção de enfermagem na promoção da qualidade de vida dos cuidadores informais.

Relativamente à aplicação da escala de *Zarit* no final não mostra uma alteração significativa relativamente aos valores iniciais, porém alguns pontos os cuidadores deram valores mais baixos em questões que têm a ver com stress e com capacidades para cuidar do familiar. Provavelmente continuando o projeto iriam visualizar-se alterações significativas.

4. PARCERIAS

Para além da intervenção direta e individualizada com os oito cuidadores informais do concelho em questão, o projeto de capacitação procurou também estender o seu impacto à comunidade mais ampla, através de uma iniciativa de educação para a saúde em parceria com a Universidade Sénior local. Esta ação visou uma abordagem proativa e preventiva, reconhecendo que a preparação da comunidade para os desafios do cuidado informal é fundamental num contexto de envelhecimento populacional (*World Health Organization [WHO]*, 2021).

Uma sessão de educação para a saúde com o título "Cuidador Informal, e agora?" (anexo XI) foi criada e implementada para os alunos da Universidade Sénior. O principal objetivo desta sessão era preparar os participantes para uma eventual situação em que se pudessem tornar cuidadores informais ou para capacitá-los a prestar apoio a alguém conhecido que já se encontre nessa situação. Esta abordagem preventiva é crucial, pois muitos indivíduos assumem o papel de cuidador de forma inesperada e sem qualquer preparação prévia, o que frequentemente resulta em sobrecarga e dificuldades (Pereira et al., 2019).

Os temas abordados nesta sessão foram cuidadosamente selecionados com base nas maiores dificuldades e lacunas de conhecimento identificadas nos cuidadores informais da amostra do projeto já descritos anteriormente.

A implementação desta sessão na Universidade Sénior permitiu alargar o impacto do projeto, disseminando conhecimento e promovendo uma maior consciência sobre a realidade do cuidado informal. Ao preparar os cidadãos para estas eventuais situações, a iniciativa contribui para uma comunidade mais informada e resiliente, onde a enfermagem assume um papel proeminente na promoção da saúde e na capacitação comunitária (Costa et al., 2021). Esta atividade demonstra a capacidade de transpor o conhecimento adquirido durante o processo para a prática de intervenção comunitária, validando o compromisso da enfermagem com a saúde pública e a prevenção de problemas futuros.

De futuro esta parceria com a Universidade Sénior local e a UCSP e UCC irá manter-se e a sessão realizada será estendida também a toda a comunidade do concelho que deseje participar.

Para esta sessão de educação para a saúde foi convidada, como parceira, uma colega da UCC que integra o projeto de cuidador informal, para realizar uma pequena apresentação acerca do que é o estatuto do cuidador informal, toda a parte legal, todos os direitos e tudo o que o projeto acarreta assim como todos os seus passos. Esta parceria é uma mais-valia de

forma a desmitificar o estatuto do cuidador informal, legislação que tem vindo a sofrer alterações e a tornar-se mais acessível a quem quer usufruir desse estatuto.

Na sessão de ensino para a saúde na Universidade Sénior, foi aplicado um questionário final a 29 participantes, dividido em duas partes: uma para avaliar o que aprenderam na sessão, e outra para verificar o nível de satisfação geral com a sessão. Esta avaliação é essencial para determinar a eficácia da intervenção e identificar oportunidades de melhoria.

A primeira parte do questionário final tinha o objetivo de comparar o conhecimento dos participantes depois da sessão, foram realizadas as questões relacionadas com os temas do questionário inicial. Os resultados mostram uma melhoria no entendimento dos conceitos e das práticas faladas. Pode encontrar-se o questionário na íntegra no anexo XII.

A nível de comparação de questões pode dizer-se que existe uma diferença considerável e positiva. Prova que a sessão foi eficaz e esclareceu conceitos, formas de agir e estratégias.

Quando questionados sobre se a sessão os ajudou a ter mais conhecimentos e ferramentas, a resposta foi esmagadoramente positiva: 24 pessoas (82.8%) responderam "Sim, ajudou muito", e 5 pessoas (17.2%) indicaram "Ajudou um pouco". Ninguém respondeu "Não ajudou". Este resultado demonstra de forma inequívoca que a sessão foi percebida como altamente benéfica na capacitação dos participantes, independentemente do nível de conhecimento prévio.

A segunda parte do questionário final focou-se na satisfação dos participantes com vários aspetos da sessão de ensino para a saúde. Os resultados revelam um elevado grau de satisfação geral e validam a qualidade da intervenção pedagógica.

A avaliação final da sessão de ensino para a saúde demonstrou um impacto positivo tanto na aquisição de conhecimentos práticos quanto na satisfação dos participantes. Os resultados mostram que a sessão foi eficaz em fortalecer a compreensão sobre qual o papel do cuidador informal, em transmitir conhecimentos sobre prevenção de úlceras por pressão e quedas, e na importância da hidratação e alimentação.

A alta percentagem de participantes que se sentem mais capacitados e a elevada taxa de recomendação mostram a importância de iniciativas de educação para a saúde direcionadas a esta população. As poucas exceções e indiferenças podem servir como reflexão para melhorar futuras sessões, ao ajustar a duração ou explorar outros temas de interesse. No entanto pode concluir-se que esta intervenção na Universidade Sénior foi um sucesso.

Relativamente ainda a parcerias, em parceria com a Câmara Municipal, foi realizado um artigo informativo/de opinião dirigido à comunidade acerca do cuidador informal. Neste artigo é descrito o que é o cuidador informal e a importância deste na comunidade, é ainda alertado para se conhecerem algum cuidador informal em situação que necessite de ajuda contactem o centro de saúde o UCC de forma a sinalizar a situação.

5. LIMITAÇÕES E CONTRIBUTOS DO PROJETO

Apesar do esforço e dedicação na realização e implementação deste projeto existiram algumas limitações, que podem influenciar os resultados. A utilização de uma amostra por conveniência, selecionada pela acessibilidade dos cuidadores no contexto do estágio, pode introduzir um viés de seleção. Os cuidadores que aceitaram participar podem ter características que os distinguem dos cuidadores que não participaram ou que vivem noutros contextos.

As sessões terem sido individualizadas e informais, embora tenha sido benéfico para os cuidadores, pode dificultar a adaptação do programa noutros contextos. A flexibilidade na duração e frequência das sessões, adaptadas à necessidade dos cuidadores, pode não ser viável em programas de maior escala que exijam mais padronização.

Embora a Escala de *Zarit* seja validada, a utilização de um único instrumento para a avaliação da sobrecarga, e a ausência de outras escalas de qualidade de vida mais abrangentes na avaliação de resultados, podem ter limitado o valor do impacto na qualidade de vida dos cuidadores.

Embora adequado para o contexto de um estágio este pequeno período de projeto, pode ser relativamente curto para observar mudanças como a qualidade de vida e a sobrecarga do cuidador. A ausência de um *follow-up* a longo prazo impede a avaliação da sustentabilidade dos conhecimentos e dos benefícios adquiridos.

A intervenção ter sido conduzida por uma única enfermeira estagiária pode induzir um viés, influenciando a interação e a interpretação dos dados. Embora a dedicação seja inquestionável, a ausência de um segundo elemento na equipa para monitorizar e validar a implementação pode ser vista como uma limitação metodológica.

Apesar das limitações expostas, este projeto de capacitação de cuidadores informais demonstrou contributos significativos para a enfermagem, para a prática clínica e para a população-alvo.

O estudo permitiu uma caracterização detalhada e contextualizada dos cuidadores informais do concelho em questão, tendo revelado as suas características sociodemográficas, a sua rede de apoio social e as suas necessidades específicas de capacitação. Esta informação é essencial para o planeamento de futuras intervenções de saúde pública na região, baseadas em dados reais e locais.

O projeto reforça o papel da enfermagem na capacitação e no suporte aos cuidadores informais. A intervenção direta, individualizada e centrada nas necessidades do cuidador demonstra como os enfermeiros podem atuar de forma proativa na promoção do bem-estar

da população, indo além do cuidado direto à pessoa dependente (Costa et al., 2021). A aplicação da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem oferece um modelo concetual robusto para esta intervenção (Orem, 2001).

Ao destacar a capacitação para a melhoria da qualidade de vida e do autocuidado do cuidador, este projeto destaca uma área frequentemente esquecida. A intervenção aborda as dificuldades práticas e emocionais, reconhecendo que o bem-estar do cuidador é fundamental para a sustentabilidade e a qualidade do cuidado prestado à pessoa dependente (Pereira et al., 2019).

A identificação das principais dificuldades sentidas pelos cuidadores fornece orientações para o desenvolvimento de conteúdos de formação específicos e relevantes em futuros programas. A baixa percentagem de conhecimento sobre o ECI, destaca uma área crítica para a intervenção educacional em enfermagem.

Embora individualizada, esta metodologia de intervenção pode servir de base para o desenvolvimento de outros programas em contextos semelhantes. A abordagem domiciliaria são ajustáveis a realidades com recursos limitados ou onde o acesso a formações em grupo é complicado.

O projeto contribuiu diretamente para o desenvolvimento de competências dos cuidadores participantes, capacitando-os a lidar com situações do dia a dia e a procurar ajuda de forma eficaz. O suporte que foi dedicado, inclusive após o falecimento da pessoa cuidada, demonstra o compromisso e a relevância da relação terapêutica estabelecida pelos enfermeiros.

Concluindo, este relatório de estágio apesar das suas limitações inerentes a um estudo de mestrado e de pequena escala, criou conhecimento valioso e demonstrou a possibilidade e o impacto de intervenções de enfermagem personalizadas no apoio a cuidadores informais.

6. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o decorrer do estágio foram proporcionadas várias e diversificadas experiências relacionadas com o trabalho realizado no dia a dia da UCC.

Uma das experiências foi a realização de visita domiciliária, é uma intervenção diária que geralmente acontece durante a manhã. Para a UCC realizar visita domiciliária tem de preencher determinados critérios como: pertencer à área geográfica onde se insere a unidade; ter uma duração superior a uma hora de tratamento; ser um tratamento diário; ter alguma situação que exige vigilância na comunidade; entre outras.

Sendo que o estágio se iniciou a 18 de setembro, uma das atividades realizadas foi a vacinação sazonal de gripe e SarsCovid. A UCC vacina instituições, foi realizado por várias fases e em outubro já estava concluída.

A enfermeira cooperante participa num projeto de saúde de cuidadores informais. Com este projeto a ser desenvolvido pela UCC, tive oportunidade de observar o funcionamento e algumas das visitas domiciliárias com assistente social e enfermeira. Sendo o trabalho relacionado com os cuidadores informais este tema despertou-me atenção e ajudou-me a compreender melhor a forma de traçar o presente projeto e desta forma torná-lo eficaz para uma melhor capacitação e tentativa na melhoria de vida dos cuidadores.

Como já referido foi realizada também a sessão para a saúde na Universidade Sénior que será para dar continuidade. Foi realizado também um artigo para divulgação no boletim mensal do concelho com o objetivo de informar a população acerca do cuidador informal e sua importância.

7. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS: ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E MESTRE

7.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O exercício profissional do enfermeiro especialista ultrapassa as competências do enfermeiro de cuidados gerais, exigindo um aprofundamento do conhecimento e o desenvolvimento de aptidões complexas que permitem uma prática avançada e diferenciada (OE, 2011). A área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, confere competências avançadas na promoção da saúde, prevenção da doença, intervenção na comunidade e gestão de programas de saúde, focando-se na compreensão dos determinantes sociais da saúde e na conceção de intervenções eficazes que respeitem a cultura e os recursos locais.

No contexto deste projeto de capacitação de cuidadores informais, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foram fundamentais e manifestaram-se em diversas dimensões. Demonstra capacidade acrescida na gestão autónoma e em parceria do processo de cuidar, incluindo a avaliação global e aprofundada de situações complexas, a formulação de diagnósticos de enfermagem avançados, o planeamento de intervenções multifacetadas e a avaliação contínua dos resultados. Esta gestão estende-se à pessoa, família e comunidade, coordenando recursos e articulando com outros profissionais e serviços (OE, 2011). Neste projeto, esta competência foi essencial para a avaliação das necessidades individuais e da relação cuidador e pessoa dependente, no planeamento de sessões individualizadas e no ajuste da intervenção às dinâmicas do domicílio dos 8 cuidadores, reconhecendo a família como unidade de cuidado.

Uma das capacidades principais do enfermeiro especialista é a sua competência na educação para a saúde e na capacitação de pessoas, famílias e grupos. Vai além da simples transmissão de informação, focando-se no desenvolvimento de literacia em saúde, na promoção de comportamentos saudáveis e na autonomia dos recetores do cuidado (WHO, 2013). Esta competência manifestou-se na capacidade de identificar as necessidades de aprendizagem dos cuidadores, de selecionar estratégias pedagógicas adequadas, e de avaliar a eficácia do ensino, promovendo o autocuidado, a gestão de stress e a prevenção de riscos (Orem, 2001).

O enfermeiro especialista executa um papel de liderança e possui competências para gerir programas de saúde a nível comunitário, desde a identificação de necessidades, passando pela fixação de objetivos, seleção de estratégias e alocação de recursos, até à monitorização e avaliação (OE, 2011). Foi identificada uma necessidade comunitária (a capacitação de cuidadores), proposta uma solução e implementada de forma estruturada, articulando-se com o contexto do estágio. A capacidade de identificar grupos específicos de

risco, como os cuidadores informais sobrecarregados, e de antecipar problemas de saúde também é uma competência fundamental aqui aplicada.

O EEECSPP tem competências para recolher e analisar dados epidemiológicos, identificando padrões de saúde-doença na comunidade e usar essa informação para fundamentar decisões e intervenções (OE, 2011).

Uma competência do EEECSPP é o elevado sentido ético e deontológico, assegurando o respeito pela dignidade humana, pela autonomia e pela privacidade dos utentes (OE, 2011). A aplicação rigorosa dos princípios éticos no projeto, nomeadamente o consentimento informado, a garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados, como detalhado no presente trabalho, reflete esta competência.

Para terminar, as competências do EEECSPP, aprofundadas pelo grau de Mestre, constituem uma base sobre a qual este projeto de capacitação de cuidadores informais foi construído. Estas qualificações permitiram uma intervenção diferenciada, contextualizada e focada na promoção da saúde, na prevenção de doença e na capacitação da comunidade, comprovando a importância do EEECSPP na melhoria da saúde e bem-estar da população.

7.2 COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE

O Mestrado fornece ao enfermeiro um conjunto de competências avançadas que se distinguem das competências de especialista por uma maior abordagem na investigação, na análise crítica, na autonomia e na capacidade de novas competências. As competências de grau de Mestre, conforme reconhecidas na legislação do ensino superior e nas diretrizes curriculares (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e subsequentes alterações), foram essenciais para a realização deste projeto.

Uma das competências distintivas do Mestre é a capacidade para criar, desenvolver e conduzir projetos de investigação científica. Isto implica a formulação de questões de pesquisa pertinentes, a seleção e aplicação de metodologias de investigação adequadas, a recolha e análise rigorosa de dados, e a interpretação crítica dos resultados (Polit & Beck, 2017). No âmbito deste projeto, a elaboração do questionário, a sua aplicação, a análise dos dados sociodemográficos, a identificação das necessidades dos cuidadores e a avaliação do impacto da intervenção demonstram diretamente esta competência fundamental. A realização da *Scoping Review* e a aplicação de modelos conceptuais, como a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, são reflexo da capacidade de fundamentar a prática na evidência.

O grau de Mestre melhora a capacidade de pensamento crítico e de análise reflexiva, permitindo ao enfermeiro abordar problemas complexos com uma perspetiva de vários lados e inovadora. O grau de mestre confere a capacidade de identificar lacunas no conhecimento,

questionar práticas existentes e propor soluções criativas e baseadas na evidência (Rolfe, 2014). Esta competência manifesta-se na capacidade de identificar as limitações do próprio projeto, de propor recomendações para futuras investigações e de adaptar as estratégias de intervenção face aos desafios inesperados.

É adquirida também a capacidade de comunicar de forma eficaz e rigorosa o conhecimento científico e os resultados da investigação, tanto para pares académicos como para audiências diversificadas. A elaboração de um relatório de estágio exige a estruturação lógica de um trabalho complexo, a utilização de uma linguagem clara, e a capacidade de apresentar os resultados de forma coerente e eficaz.

Este grau académico, estimula autonomia mental e profissional acrescida, preparando o enfermeiro para atuar como um agente de mudança e um promotor do desenvolvimento da enfermagem. A capacidade de autogestão do processo de investigação, de tomar decisões independentes e de procurar continuamente o aprofundamento do conhecimento são características do Mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006). Esta competência é essencial para garantir uma prática atual e de excelência.

O Mestrado capacita ainda, o enfermeiro para traduzir o conhecimento científico em melhorias concretas na prática clínica e nos serviços de saúde. Este projeto, em que foi desenvolvido e implementado um programa de capacitação para cuidadores informais baseado em evidências, reflete a capacidade de aplicar os conhecimentos adquiridos para resolver problemas de saúde reais e impactar positivamente a qualidade de vida da população.

Em resumo, a combinação das competências adquiridas na especialidade de ECSP com o rigor científico e o pensamento crítico desenvolvidos no Mestrado, fornece ao enfermeiro investigador as ferramentas necessárias para planear, implementar e avaliar um projeto de intervenção com impacto real na qualidade de vida dos cuidadores informais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de estágio teve como objetivo capacitar os cuidadores informais de pessoas dependentes em contexto domiciliário no concelho determinado e melhorar a sua qualidade de vida. A intervenção de enfermagem foi determinada e implementada com base na metodologia de planeamento em saúde e foi fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A análise dos resultados, à luz da literatura existente e do modelo concetual adotado, permite uma reflexão aprofundada sobre o impacto e as implicações deste trabalho.

Podemos retirar conclusões a partir das entrevistas às informantes chave. Na entrevista da enfermeira cooperante, é destacada a necessidade de um olhar mais atento para os cuidadores informais, oferecendo-lhes o apoio necessário para que possam continuar a cuidar de seus familiares com qualidade e bem-estar. Na entrevista diretora técnica, é destacada a importância de um trabalho em rede para garantir a qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores, com um foco especial na necessidade de capacitar os cuidadores informais para que possam desempenhar suas funções de forma mais eficiente e satisfatória. E por fim na entrevista auxiliar de ação direta, é destacada a importância de um cuidado integral, que abranja tanto os utentes quanto os cuidadores, e a necessidade de políticas públicas que valorizem e apoiem o trabalho dos cuidadores informais.

A caracterização sociodemográfica destes oito cuidadores informais participantes no projeto permitiu conferir com os achados da literatura nacional. A predominância do sexo feminino (62,5%) e a presença de cuidadores mais idosos (37,5% entre 65 e 80 anos), maioritariamente já reformados (50%). Esta realidade é agravada pela baixa escolaridade da maioria dos participantes, o que pode dificultar o acesso e a compreensão de informações complexas sobre saúde e cuidados e consequentemente o empoderamento que é transmitido e ensinado.

A natureza do vínculo familiar, com maior parte dos cuidadores a serem filhos ou filhas das pessoas dependentes, vem mostrar a responsabilidade que recai sobre a família. Mostrou-se que 62,5% dos cuidadores não coabitam com a pessoa cuidada, o que pode exigir maior organização a nível de horários e vida pessoal, o que pode agravar a sobrecarga do cuidador. Esta contextualização através dos questionários aplicados veio mostrar e provar a importância da priorização da capacitação e melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais, conforme determinado pela Grelha de Imperatori & Giraldes (1982).

Os resultados do questionário sobre as dificuldades sentidas pelos cuidadores confirmaram as falhas de conhecimento e a necessidade de capacitação. A prevenção de quedas, a gestão de stress e a prevenção de úlceras por pressão foram as áreas mais destacadas como dificuldades, o que está alinhado com as necessidades frequentemente

reportadas por cuidadores que enfrentam o cuidado de pessoas dependentes. Na questão que mostra que apenas metade dos cuidadores teve alguma formação inicial e que a maioria adquiriu os seus conhecimentos "com o dia a dia" ou com "enfermeiros e médicos" vem provar uma falha no sistema de saúde no apoio à transição para o papel de cuidador.

Este projeto procurou capacitar os cuidadores para uma gestão mais segura e eficaz do cuidado e do seu próprio bem-estar. O projeto vem demonstrar o valor e importância do EEECS na abordagem das necessidades de saúde da comunidade. Este projeto destaca também o papel da enfermagem na promoção da literacia em saúde e na capacitação para futuras situações de cuidado.

A realização de sessões de ensino para a saúde na Universidade Sénior ("Cuidador Informal, e agora?") foi uma mais-valia e será para manter estas sessões sobre este tema e até outros necessários de abordar. Esta iniciativa como já referido será também alargada a toda a comunidade para assim preparar as pessoas para eventuais situações.

Este relatório de estágio em ECSP vem provar a importância da intervenção dos enfermeiros no suporte aos cuidadores informais. Ao capacitar estas pessoas com conhecimentos e competências essenciais, e ao aumentar a sua consciência sobre os recursos disponíveis, é possível diminuir a sobrecarga, melhorar a sua qualidade de vida e otimizar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas dependentes no domicílio. Os resultados obtidos neste concelho são prova do impacto positivo que a enfermagem pode ter na comunidade, e podem servir de base para o desenvolvimento de políticas e programas de apoio mais abrangentes e eficazes para esta população.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktan, H., & Karabulut, N. (2020). The effectiveness of education programs on caregiver burden: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(11), 1-10.
- Almeida, T. A. C. D., Calvo, M. C. M., Lima, L. A. D., & Siqueira, F. V. (2017). Priorização de problemas e necessidades em saúde: Um estudo de revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(4), 841-851.
- Allegrente, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
- Alves, M. P. (2017). *Metodologia científica* (3.ª ed.). Escolar Editora.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19-32.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.
- Bouso, R. S., Poles, K., & da Cruz, D. A. L. M. (2014). From caregivers to advocates: Family members' perspective of their experiences. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(spe2), 48-55.
- Brito, L., Amaro, C., & Salgueiro, N. (2018). O cuidador informal e a sobrecarga: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20), 57-65.
- Calvete, A., Marques, S., Carvalhais, L., & Silva, A. (2020). Cuidador informal idoso: Impacto na qualidade de vida. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (1), 71-80.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). Código de Ética para Enfermeiros.
- Costa, L. F., Lacerda, M. R., & Martins, M. S. (2021). Ações de enfermagem para cuidadores informais: Uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 29, e58801.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies.
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República, 1.ª série, n.º 59. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-258390>
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35-36.
- European Social Observatory (ESO). (2020). Long-term care in Europe: Recent reforms and challenges. https://www.ose.be/wp-content/uploads/2020/02/Long_term_care_in_Europe_ESO_Feb_2020.pdf
- Ferreira, M. M. S. (2011). O cuidador informal da pessoa idosa dependente: Processo de cuidar e implicações na qualidade de vida [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4175/1/MargaridaFerreira.pdf>
- Figueiredo, D. (2012). Cuidar de pessoas idosas dependentes: Desafios e estratégias de intervenção. Lidel – Edições Técnicas.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS). (2022). Processos de envelhecimento em Portugal. <https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-08/processos-de-envelhecimento-em-portugal.pdf>
- García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2012). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 133-139.
- Graça, S., Pereira, M., & Pimenta, M. (2018). Envelhecimento ativo em Portugal: Desafios e oportunidades na saúde. *Kairós Gerontologia*, 21(3), 239-256. <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/36132/24842>
- Godinho, C., Amendoeira, J., Cândido, A., Dias, H., Figueiredo, M. C., Martins, R., & Pinto, C. (2018). Monitorização de um projeto de investigação-ação. *Revista da UI_IPSantarém*, 6(2), 20–28.

- Hagerty, N., Patusky, K., & Smith, C. (1993). Listening for the nonverbals. *Journal of Nursing Education*, 32(6), 253-255.
- Huis in het Veld, J. G., Verkaik, R., Mistiaen, P., van Meijel, B., & Francke, A. L. (2016). The effectiveness of interventions, for informal caregivers of people with dementia, on delaying admission to a nursing home and on caregiver's wellbeing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 1-13.
- Imperatori, E., & Giraldes, L. (1982). *Planeamento em saúde*. Livros Horizonte.
- Iniciativa para a Equidade Social. (2023). *Um roteiro para a equidade social em Portugal*. Nova SBE; Fundação "la Caixa"; BPI.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2024). *Estatuto do Cuidador Informal: Guia Prático*. Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/guia-pratico-estatuto-cuidador-informal>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Censos 2021 – Resultados definitivos. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2002). *O envelhecimento em Portugal*. INE.
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 171. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124449553>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martins, M. S., Lacerda, M. R., & Costa, L. F. (2017). Autocuidado do cuidador informal de idosos dependentes: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(4), 1686-1695.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2009). *Theoretical basis for nursing practice* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Merck. (2023). *Saúde mental e bem-estar nos cuidadores informais em Portugal [Infografia]*. https://www.merckgroup.com/pt-pt/Infografia_Sa%3c3%bade%20Mental%20e%20Bem-Estar%20nos%20Cuidadores%20Informais%20em%20Portugal.pdf
- NANDA International. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem: Definições e classificação 2021-2023*. Artmed.
- Nunes, M. L., Antunes, J., Costa, P., & Almeida, L. (2017). Cuidador informal: Caracterização e perfil de sobrecarga. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (2), 47-56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 464/2011, de 27 de junho)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegCompetenciasComunsEnfEspecialista_Reg_464_2011_DR_27Junho.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Active ageing: A policy framework*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). *A decade of action for road safety 2011–2020: Report*. WHO Press.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). *Global report on long-term care: A call for urgent action*. OMS.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (2000). *Saúde coletiva: Uma nova leitura*. EDUFBA.
- Paskulin, L. M. G., & Vianna, L. A. C. (2006). Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos de Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 877-883.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e sociedade*. Climepsi Editores.
- Pereira, C., Caldas, J., Neves, H., & Silva, R. (2019). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes: Fatores associados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série, (20), 87-96.

- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, S., Campbell, P., & Soares, C. B. (2020). Best practice guidance for conducting a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2171-2179.
- Pinto, S., Caldeira, S., & Carvalho, E. C. (2015). Intervenções de enfermagem para cuidadores familiares de pessoas dependentes: Uma revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 947-956.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- População portuguesa necessita de respostas sociais para combate à pobreza e promoção do envelhecimento ativo. (2024, 15 de julho). Medjournal. <https://medjournal.pt/2024/07/15/populacao-portuguesa-necessita-de-respostas-sociais-para-combate-a-pobreza-e-promocao-do-envelhecimento-ativo/>
- PORDATA. (2024, 11 de julho). PORDATA retrata perfil da população portuguesa [Comunicado de imprensa]. https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULA%C3%87%C3%83O%202024_VF.pdf
- PORDATA. (2022). *Indicadores de emprego, setor económico e população ativa em municípios (dados de 2021 e 2022)*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Obtido em <https://www.pordata.pt/>
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2018). Integrating symptoms into the self-care of chronic illness model. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(1), 93-100.
- Rodrigues, V. (2008). *Pessoas idosas em situação de dependência: Características sócio-demográficas e necessidades sentidas pelos seus cuidadores informais* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto].
- Rolfe, G. (2014). *The nurse as researcher: A reader in nursing research* (3rd ed.). Routledge.
- Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social* [Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa].
- Saramago, S. S. S. (2023). Envelhecimento e assimetrias territoriais em Portugal. *Intervenção Social*, (61), 9-23. <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/7206>
- Schmidt, M. J., & Lima, N. (2018). *Avaliação em saúde: Abordagens, indicadores e desafios*. Fiocruz.
- Sequeira, C. (2010a). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, II(12), 9-16.
- Sequeira, C. (2010b). *Cuidar de idosos dependentes: Manual para cuidadores familiares e formais*. Lidel – Edições Técnicas.
- Sequeira, C., Langa, M., Sousa, L., & Santos, S. (2010). Formação de cuidadores informais de idosos dependentes: Contributos para a qualidade dos cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(2), 139-147. <https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=article&action=publication&article=113>
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). [REDACTED]. [https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-\[REDACTED\]/](https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-[REDACTED]/)
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP)*. Obtido em junho de 2025, de <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2006). *Health care management: Organization design and behavior* (5th ed.). Thomson Delmar Learning.
- Silva, M. T., Soares, J. L., & Martins, T. A. (2019). Necessidades de cuidado de enfermagem do cuidador informal de idosos. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro (RECOM)*, 9, e3477.
- Sousa, L., Sequeira, C., & Costa, N. (2018). O autocuidado em cuidadores informais de pessoas com doença crónica. *Referência*, IV Série, (17), 13-22.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2014). Review of the literature on the effects of caregiver group interventions. *Psycho-Oncology*, 23(7), 729-743.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2011). *Self-care, nursing theory, and evidence-based practice*. Springer.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Nursing theorists and their work (6th ed.). Mosby.

Viana, J., & Caldeira, S. (2018). Priorização em saúde: Uma perspetiva da enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, (2), 1-8.

World Health Organization (WHO). (2008). Nurses and midwives for health. WHO Press.

World Health Organization (WHO). (2013). Health literacy: The solid facts. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO). (2021). Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: Guidance for pathways to care. WHO Press.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: A new measure of perceived stress. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

ANEXOS

ANEXO I – Termo consentimento informado



Termo de consentimento informado

Tema do estudo: Capacitar os cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhorar a qualidade de vida

Contato: Sofia Pacheco, Enfermeira 966225856

O presente estudo é da responsabilidade de Sofia Pacheco, enfermeira, a realizar mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Santarém.

O objetivo principal é avaliar a eficácia de um programa de capacitação para cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhoria da qualidade de vida. Como objetivos específicos determinámos: identificar as necessidades de capacitação dos cuidadores informais em relação aos cuidados prestados a pessoas em contexto domiciliário; desenvolver e implementar um programa de capacitação que aborde as necessidades identificadas; avaliar o impacto do programa de capacitação na qualidade de vida dos cuidadores informais ao medir o nível de sobrecarga através da escala de Zarit.

Para atingir estes objetivos é necessário procedermos à aplicação de um questionário, com o objetivo de obtermos dados que nos possam indicar quais os conhecimentos que os cuidadores têm, quais as dificuldades que sentem no dia a dia, entre outras questões. Este questionário incluiu a obtenção de dados sociodemográficos, para caracterizar a população em estudo.

O critério de inclusão no estudo serão cuidadores informais de pessoas que já recebem apoio domiciliário da instituição parceira que prestam cuidados a pessoas em contexto domiciliário, que concordam em participar no estudo.

No presente questionário deverá responder de acordo com a opção que melhor se adequa à sua situação. A sua participação neste estudo não lhe será prejudicial, todas as informações serão recolhidas através de um instrumento de avaliação não invasivos. Estas informações são confidenciais, não sendo reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente, podendo ser utilizados apenas em publicações de cariz científico, serão eliminadas após o tratamento



dos dados. A sua participação neste estudo é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

É importante que responda a todas as perguntas do questionário com sinceridade. Todas as condições mencionadas serão cumpridas. A sua participação no estudo é essencial para a sua realização e para a melhoria.



DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar no estudo intitulado: "Capacitar os cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhorar a sua qualidade de vida", desenvolvido pela Mestranda Ana Sofia Gonçalves Pacheco, Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Assim com este consentimento:

- Declaro ter compreendido os objetivos deste questionário;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de colocar dúvidas que foram prontas e devidamente esclarecidas;
- Declaro que aceitei participar por minha própria vontade, sem qualquer tipo de remuneração e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso do estudo;
- Declaro que minha colaboração será realizada pela cedência de informações em resposta à aplicação de instrumentos a ser feita pela mestranda acima referida;
- Fui informado(a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e sem qualquer prejuízo e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade do estudo.

_____, ____ de _____ de 2025

Assinatura do(a) participante:

Assinatura da mestranda: _____

NOTA: O presente documento, é assinado em duas vias. Uma das vias ficará na posse da mestranda e a outra na posse dos próprios participantes da pesquisa.

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO II – Questionário aplicado cuidadores

Questionário

Tema do estudo: Capacitar os cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhorar a qualidade de vida

Contato: Sofia Pacheco, Enfermeira 966225856

O presente estudo é da responsabilidade de Sofia Pacheco, enfermeira, a realizar mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Santarém.

O objetivo principal é avaliar a eficácia de um programa de capacitação para cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhoria da qualidade de vida. Como objetivos específicos determinámos: identificar as necessidades de capacitação dos cuidadores informais em relação aos cuidados prestados a pessoas em contexto domiciliário; desenvolver e implementar um programa de capacitação que aborde as necessidades identificadas; avaliar o impacto do programa de capacitação na qualidade de vida dos cuidadores informais ao medir o nível de sobrecarga através da escala de Zarit.

Para atingir estes objetivos é necessário procedermos à aplicação de um questionário, com o objetivo de obtermos dados que nos possam indicar quais os conhecimentos que os cuidadores têm, quais as dificuldades que sentem no dia a dia, entre outras questões.

Este questionário incluiu a obtenção de dados sociodemográficos, para caracterizar a população em estudo. O critério de inclusão no estudo serão cuidadores informais de pessoas que já recebem apoio domiciliário da instituição parceira que prestam cuidados a pessoas em contexto domiciliário, que concordam em participar no estudo. No presente questionário deverá responder de acordo com a opção que melhor se adequa à sua situação.

A sua participação neste estudo não lhe será prejudicial, todas as informações serão recolhidas através de um instrumento de avaliação não invasivos. Estas informações são confidenciais, não sendo reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente, podendo ser utilizados apenas em publicações de cariz científico. A sua participação neste estudo é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si. É importante que responda a todas as perguntas do questionário com sinceridade. Todas as condições mencionadas serão cumpridas. A sua participação no estudo é essencial para a sua realização e para a melhoria.

Questionário sociodemográfico

Sexo

- Feminino
- Masculino

Profissão?

Escolaridade?

Idade

- Inferior a 18 anos
- Entre 18 anos e 30 anos
- Entre 30 anos e 45 anos
- Entre 45 a 65 anos
- Entre 65 a 80 anos
- Mais de 80 anos

Vive com a pessoa dependente?

- Sim
- Não

É familiar da pessoa dependente?

- Sim
- Não

Se sim, qual?

- Cônjuge
- Irmão/irmã
- Pai/mãe
- Primo/a
- Tio/a
- Outro. Qual? _____

Qual a idade da pessoa dependente?

- Inferior a 18 anos
- Entre 18 anos e 30 anos
- Entre 30 anos e 45 anos
- Entre 45 a 65 anos
- Entre 65 a 80 anos
- Mais de 80 anos

Questionário dirigido ao tema

Há quanto tempo é cuidador?

-
- Menos de 1 mês
 - Entre 1 mês e 6 meses
 - Entre 6 meses e 1 ano
 - Entre 1 ano e 5 anos
 - Entre 5 anos e 7 anos
 - Mais 7 anos

Quais as maiores dificuldades em termos de formação que sente enquanto cuidador?

- Prevenção de úlceras de pressão
- Prevenção de quedas
- Nutrição
- Ajudas que pode ter
- Medicação
- Lidar com stress
- Outra, qual? _____

Teve formação ou alguma ajuda quando se tornou cuidador?

Os conhecimentos que tem acerca de cuidar onde os adquiriu?

Quais foram as maiores dificuldades que sentiu quando se tornou cuidador?

Quando se tornou cuidador teve apoio de algum profissional de saúde a nível de formação?

Alguma vez teve contacto com uma situação em que não soube como agir?

Se surgir alguma situação que não saiba como agir a quem recorre ou o que faz?

Tem conhecimento das ajudas e do estatuto de cuidador informal?

- Sim
- Não

Enquanto cuidador informal que ajudas tem?

A quem recorre quando precisa de ajuda?

Se precisar de se ausentar e deixar a pessoa dependente com alguém, com quem deixa?

Em média quanto tempo passa com a pessoa cuidada por dia?

- <30min
- Entre 30min e 1h
- Entre 1h e 2h
- Entre 2h e 5h
- Entre 5h e 10h
- Mais de 10h

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

ANEXO III – Questionário satisfação cuidadores



Questionário de satisfação

1. Numa escala de 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito), qual o seu nível geral de satisfação com o projeto de capacitação?

1 2 3 4 5

2. Quão úteis considerou os conteúdos abordados no projeto para lidar com os desafios do dia a dia como cuidador? (escala de 1 a 5)

1 2 3 4 5

3. O formato das sessões foi adequado às suas necessidades?

- Sim Parcialmente, porque?
 Não, porque?

4. O ritmo e a duração das sessões foram adequados?

- Sim
 Não, Porque?

5. Os materiais de apoio foram úteis e fáceis de compreender?

- Sim
 Não

6. Em que medida o projeto serviu para aumentar a sua confiança como cuidador?

7. O projeto ajudou-o a desenvolver novas habilidades ou estratégias para lidar com os cuidados?

- Sim, exemplos
 Não

8. Sente-se mais preparado para enfrentar os desafios do dia a dia após participar neste projeto?

9. O projeto teve algum impacto no seu bem-estar emocional?

- Sim, qual?
 Não

10. O projeto facilitou o acesso a outras informações ou recursos de apoio?

- Sim, quais?
 Não

11. Que aspetos do projeto considera que poderiam ser melhorados? Que outros temas gostaria que fossem abordados? Tem alguma sugestão ou comentário?

Obrigada pela participação!

ANEXO IV – Escala de Zarit

22/03/23, 15:43

Escala Zarit_Versão Bolínico para ECI.xlsx

ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

Escala Zarit (SCLínico)

Nome Cuidador:

Nº SNS:

Data:

Assinatura do Cuidador Responsável pelo preenchimento:

Nome Pessoa Cuidada:

Nº SNS:

	Item	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Ai vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase sempre (5)
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquilo que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?					
3	Sente-se temo(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?					
4	Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a sua situação actual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

TOTAL**0**

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

ANEXO V – Escala de *Barthel* modificada

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ___/___/___ HD: _____

<p>CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. 2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. 4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. 5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
<p>CATEGORIA 2: BANHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente para banhar-se. 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença. 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
<p>CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. 5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
<p>CATEGORIA 4: TOALETE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário. 2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário 3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. 4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. 5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.
<p>CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de subir escadas. 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. 5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
<p>CATEGORIA 6: VESTUÁRIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. 5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
<p>CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente apresenta incontinência urinária. 2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
<ol style="list-style-type: none"> O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
<ol style="list-style-type: none"> Totalmente dependente para deambular. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. <p style="text-align: center;">Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas</p>
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
<ol style="list-style-type: none"> Dependente para conduzir a cadeira de rodas. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências). <p style="text-align: center;">Não se aplica aos pacientes que deambulam.</p>
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
<ol style="list-style-type: none"> Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toailete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestinal	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	
100 pontos = totalmente independente	75 a 51 pontos = dependência moderada
99 a 76 pontos = dependência leve	50 a 26 pontos = dependência severa
	25 e menos pontos = dependência total

ANEXO VI – Documentos de apoio cedidos aos cuidadores

Documento apoio - Prevenção Úlceras de Pressão



DOCUMENTO DE APOIO CUIDADORES INFORMAIS:

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Realizado no âmbito do mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Santarém, pela enfermeira Ana Sofia Pacheco

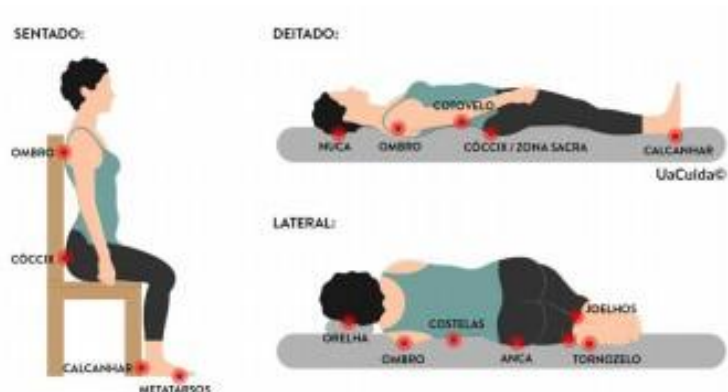


Índice

1. O que são Úlceras por Pressão?	3
2. Fatores de Risco	4
3. Por que a Prevenção é Importante?	4
4. Como Prevenir as Úlceras por Pressão:	4
5. O Papel do Cuidador	6
6. Check-list	6
7. Bibliografia	7



Assim, é importante que se tenha especial atenção a determinadas zonas do corpo, para evitar a pressão nas mesmas e massajá-las e hidratá-las regularmente.



As localizações mais frequentes são: região sagrada/cóccix; anca; calcanhar; tornozelo; ombro; cotovelo; costelas; nuca, orelhas e lateral dos joelhos.

2. Fatores de Risco

- Idade avançada;
- Imobilidade ou mobilidade reduzida;
- Incontinência urinária ou fecal;
- Desnutrição ou desidratação;
- Peso corporal;
- Condições médicas crónicas (diabetes, doenças cardíacas, etc.).

3. Por que a Prevenção é Importante?

- Consequências das úlceras por pressão (dor, infeção, maior probabilidade de hospitalização);
- Impacto na qualidade de vida da pessoa e do cuidador.

4. Como Prevenir as Úlceras por Pressão:

- Se a pessoa não conseguir mudar posição, idealmente a cada 2 horas posicionar;
- Uso de dispositivos auxiliares (almofadas, colchões especiais);
- Limpeza da pele regular com água morna e sabonete neutro e secagem;
- Hidratação da pele, evitando áreas húmidas;

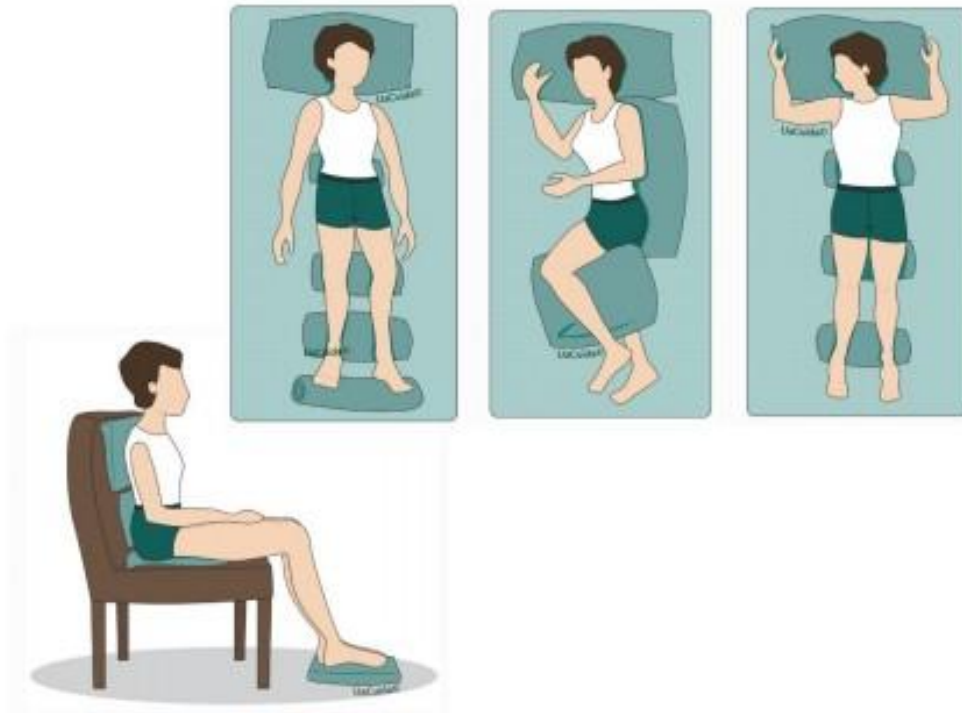


- Alimentação saudável, equilibrada e rica em proteínas;
- Oferecer líquidos com frequência;
- Identificar áreas de risco;
- Observar sinais de vermelhidão, inchaço ou dor;
- Usar colchões e almofadas especiais para reduzir a pressão se necessário;
- Dispositivos para prevenir a fricção como na cama o uso de lençol para posicionamento.

É muito importante ter atenção a estes pontos pois aumentam o risco de lesão:

- Pressão;
- Cisalhamento (tensão criada por forças aplicadas em sentidos iguais ou opostos, ou seja, são forças não alinhadas que empurram uma parte do corpo numa direção e a outra parte do corpo na direção oposta);
- Compressão;
- Fricção (por exemplo pelo arrastar do corpo numa superfície como o colchão);
- Temperatura/Humidade (manter o corpo seco e a temperaturas não muito quentes nem muito frias).

Exemplos de posicionamento:



5. O Papel do Cuidador

Importância da comunicação com a equipa de saúde.

Pedir ajuda em caso de dúvidas ou dificuldades.

6. Check-list

Manhã:

- Avaliação da pele: observar a pele (vermelhidão, inchaço ou áreas de calor, especialmente em áreas de risco):
- Higiene:
 - lavar a pele com água morna e sabonete neutro, secando suavemente.
 - Aplicar hidratante em áreas secas.
- Mudança de posição:



- o Auxiliar ou incentivar a pessoa a mudar de posição, utilizando técnicas adequadas para evitar atrito e cisalhamento.
- Nutrição e hidratação:
 - o Oferecer alimentos nutritivos e líquidos em quantidade suficiente.

Durante o dia:

- Mudanças de posição: repetir a cada 2 horas, ou mais frequentemente se necessário.
- Proteção da pele:
 - o Utilizar produtos de barreira para proteger a pele de incontinência;
 - o Verificar a integridade dos lençóis e roupas, evitando dobras ou rugas.
- Mobilização:
 - o Estimular a pessoa a realizar movimentos ativos ou passivos, conforme sua capacidade.
- Alívio da pressão:
 - o Utilizar almofadas ou colchões especiais para redistribuir a pressão.

Noite:

- Avaliação da pele: repetir a avaliação da manhã.
- Higiene:
 - o Realizar higiene noturna, se necessário.
- Mudança de posição: posicionar a pessoa numa posição confortável e segura para a noite.

7. Bibliografia

DGS. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: DGS.

<https://www.uacuida.com/blog/ulceras-pressao>

Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (2), 143-151.

Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (Lusociência Ed. 6ª Edição ed. Vol. 1). Loures: Mosby, Inc.

Sequeira, C., Lange, C., Sousa, L., & Llano, P. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição ed.). Lisboa: Lidel.

Documento de apoio- Prevenção de Quedas



DOCUMENTO DE APOIO CUIDADORES INFORMAIS:

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Realizado no âmbito do mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Santarém, pela enfermeira Ana Sofia Pacheco



Índice

1. Introdução.....	3
2. Causas Comuns de Quedas:.....	3
3. O que posso fazer para evitar	
4. O que fazer em caso de queda:.....	4
5. Bibliografia	



1. Introdução

As quedas são a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo.

Os adultos com mais de 65 anos são os que sofrem o maior número de quedas fatais.

A cada ano, cerca de 37,3 milhões de quedas são graves o suficiente para requerer cuidados médicos. As quedas são uma das principais causas de internamento hospitalar.

2. Causas Comuns de Quedas

- Doenças relacionadas com a idade (Visão; Articulações; Ouvidos);
- Medicamentos e Álcool;
- Mobilidade reduzida;
- Dificuldades cognitivas e demência;
- Objetos no chão;
- Calçado não adequado;
- Ambiente domiciliar inadequado como piso escorregadio, tapetes, iluminação insuficiente.

3. O que posso fazer para evitar?

Em relação a casa:

- Iluminação adequada, com luz de presença, se necessário;
- Ver barreiras e obstáculos em excesso no percurso de marcha, mantendo objetos e móveis fora da área de circulação - especialmente nos corredores e escadas;
- Reparar ou remover tudo o que pode levar a tropeçar (ex: carpetes, tapetes, piso irregular, fios elétricos soltos);



- Instalar dispositivos de segurança acessíveis e em condições de utilização segura, por exemplo corrimãos nas escadas/corredores;
- Manter objetos de utilização frequente em locais de fácil acesso (não muito baixos ou muito altos);
- Manter o piso limpo e seco e intervir de imediato em caso de derramamento de líquido no pavimento;

E na casa de banho:

- Tapetes antiderrapantes no chuveiro/banheira;
- Instalar barras de apoio na banheira/sanita, de maneira acessível e em condições de utilização segura;
- Disponibilização de equipamentos e/ou idas ao sanitário frequentes;
- Objetos e material de uso pessoal:
- Sapatos e vestuário adequados à marcha (ex: usar sapatos fechados, evitar chinelos, evitar roupa demasiado larga e comprida);
- Ajudas sensoriais acessíveis (ex: óculos, aparelhos auditivos);
- Dispositivos de apoio à marcha (ex: canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) disponíveis em condições de utilização segura e acessíveis;
- Utilizar de almofadas de gel nas cadeiras para prevenir que a pessoa escorregue;
- Sistema de chamada (ex: campainha/telefone) acessível;
- Cadeiras e camas travados;
- Altura da cama na posição mais baixa adequada para a pessoa;
- Elevar das grades da cama sempre que a pessoa se encontra sem supervisão;

4. O que a pessoa dependente deve fazer?

- Manter-se o mais ativa possível, realizando exercícios adaptados à sua condição física;
- Realizar regularmente um exame de visão e audição;



- Usar sapatos fechados, confortáveis, adaptados ao pé, com sola aderente de borracha;
- Levantar-se e deslocar-se de uma posição para outra de forma calma e sem pressas, dando tempo para recuperar o equilíbrio;
- Estar atento a possíveis movimentos inesperados, como por exemplo as crianças ou animais;
- Evitar bebidas alcoólicas;
- Manter uma lista atualizada de todos os medicamentos que toma para levar sempre que se desloca ao médico, para este verificar os efeitos secundários da medicação e possíveis interações.

5. O que fazer em caso de queda?

Avaliação da situação:

- a. Verificar se a pessoa está consciente e a respirar.
- b. Procurar por sinais de lesões.
- c. Não mover a pessoa, a menos que haja risco de novas lesões.

Pedido de ajuda:

- d. Ligar para o serviço de emergência (112).
- e. Informar o ocorrido e aguardar orientações.

6. Bibliografia

DGS (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Lisboa: DGS

<https://www.uacuida.com/blog/prevencao-queadas>

World Health Organization (2007). *Who Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: WHO. (Recuperado de: <https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-falls-prevention-in-older-age?ua=1>)

Documento de apoio – Gestão de Stress



DOCUMENTO DE APOIO CUIDADORES INFORMAS:

GESTÃO DE STRESS

Realizado no âmbito do mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Santarém, pela enfermeira Ana Sofia Pacheco



Índice

1. Stress	3
2. Estratégias para Gestão do Stress:	4
3. Exercícios Práticos	4
4. Bibliografia	5



1. Stress

O stress pode ser definido como o desequilíbrio, real ou percebido, entre as exigências que vão surgindo no dia a dia e a capacidade individual de adaptação a essas exigências.

Numa situação de stress, existe uma ameaça relativamente ao estado de equilíbrio da pessoa, desencadeando um conjunto de sintomas fisiológicos, psicológicos e comportamentais, que representam os esforços de adaptação ao que está a acontecer forma a fazer face a essa ameaça.

O stress pode surgir de várias formas:

Sintomas cognitivos

- Problemas de concentração e de memória;
- Preocupação constante;
- Pessimismo;
- Dificuldade em pensar claramente;
- Sensação de estar assoberbado;

Sintomas físicos

- Enxaquecas e cefaleias de tensão;
- Tensão muscular;
- Insónia;
- Diminuição da libido;
- Dores no peito;
- Frequência cardíaca alterada;
- Oscilações de peso;

Sintomas emocionais

- Agitação;
- Irritabilidade;
- Incapacidade de relaxar;
- Sensação de isolamento;
- Humor depressivo e sensação de infelicidade;

Alterações do comportamento

- Comer pouco ou excessivamente;
- Dormir pouco ou demasiado;
- Isolamento social;
- Adiar ou deixar para depois;
- Uso de substâncias como álcool e cigarros.



Impacto do stress na saúde:

- Sistema gastrointestinal, alterações do intestino e digestão;
- Sistema cardiovascular, problemas cardíacos e hipertensão arterial
- Sistema reprodutivo, ciclo menstrual irregular nas mulheres e diminuição da libido, disfunção sexual e alterações na produção de esperma e de testosterona nos homens;
- Sistema músculo-esquelético, podendo surgir sintomas associados à tensão muscular crónica e cefaleias de tensão;
- Sistema imunitário deprimido, tornando o organismo mais vulnerável a infeções.

O stress está também relacionado com 50% dos casos de perturbações depressivas e com várias perturbações da ansiedade, sendo também um fator de agravamento na evolução de outros quadros de doença mental.

2. Estratégias para Gestão do Stress:

- Técnicas de relaxamento;
- Gestão do tempo;
- Rede de apoio, muito importante partilhar os desafios e procurar apoio de familiares, amigos, grupos de apoio e profissionais de saúde;
- Autocuidado: alimentação saudável para fornecer energia e bem-estar; sono adequado, dormir bem para restaurar a energia; atividades prazerosas, reservar tempo para atividades que tragam prazer e relaxamento.

3. Exercícios Práticos

- **Diário de gratidão:** escrever diariamente três coisas pelas quais são gratos.
- **Afirmações positivas:** repetir para si mesmo frases positivas. Exemplo "Eu sou importante" "Estou a fazer o melhor que posso".
- **Visualização:** exercício de visualização para relaxar e reduzir a ansiedade. Exemplo: feche os olhos e imagine um local onde se sente feliz, vá imaginando que está nesse local e faça algo que possa imaginar o sentimento por exemplo se for uma praia o cheiro do mar ou a areia nos pés ou a água a tocar nos pés.
- **Respiração:** em situações de ansiedade ou stress inspirar fundo pelo nariz e aguentar o ar durante o tempo que conseguir e de seguida soltar devagar pela boca, repetir o exercício as vezes necessárias até se sentir mais calmo/a.



O que devo fazer antes de iniciar um exercício de relaxamento?

1º – Informe-se previamente, junto do seu médico ou profissional de saúde da sua confiança, quais são os exercícios mais indicados para si, caso tenha algum problema de saúde.

2º – Crie uma rotina durante a semana, idealmente pela manhã depois de se levantar e/ou após atividade física.

3º – Procure um ambiente tranquilo. Utilize roupa cómoda. Pode colocar som ambiente com música calma do seu agrado, ou então, se preferir, apenas o silêncio.

4º – Certifique-se que durante o tempo que tirou para estar consigo próprio (mesmo que sejam 5 minutos), ninguém o vai incomodar.

Qual a posição mais correta?

A posição mais correta é a que for mais confortável para si. Habitualmente sugere-se a posição de deitado no chão sobre uma manta com os braços estendidos de cada lado, ou com as mãos sobre a barriga, sobretudo para os exercícios de respiração. Também poderá fazê-los sentado, com as costas e a cabeça direitas. Não necessita de ter as pernas cruzadas, se isso não for confortável para si.

Exemplo de exercício de respiração profunda

Procure estar num ambiente confortável, com uso de roupa confortável. Deite-se no chão, de barriga para cima, com as mãos sobre a sua barriga e procure focar a sua atenção no exercício que vai fazer. Feche os olhos. Preste atenção à sua respiração. Inspire lentamente pelo nariz, tentando encher a sua barriga de ar, lentamente, de forma suave, até não conseguir encher mais (sinta as suas mãos a subir). De seguida, esvazie lentamente o ar da barriga, expirando o ar pela boca ou pelo nariz. Faça uma pausa de poucos segundos e volte a realizar o exercício. À medida que vai repetindo o exercício tente ficar cada vez mais concentrado na sua respiração e sinta que vai acalmando os batimentos cardíacos, sinta o controlo que tem sobre o seu corpo.

4. Bibliografia

<https://www.cuf.pt/mais-saude/gestao-de-stress>

Documento de apoio – Alimentação

GUIA PARA O ACONSELHAMENTO BREVE

10 PASSOS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

TER UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL É... SABER ESCOLHER

ESCOLHA MAIS DESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

HORTÍCOLAS FRUTA CEREAIS INTEGRAIS PEIXE, CARNES MAGRAS E OVOS LEGUMINOSAS ÁGUA

EVITE ESTES ALIMENTOS E BEBIDAS

SAL
sal e produtos salgados

ALIMENTOS PROCESSADOS
carne processada, cereais de pequeno-almoço açucarados, bolachas, snacks, ...

GORDURA TRANS
presente na margarina, produtos de pastelaria, snacks salgados, ...

BEBIDAS AÇUCARADAS
refrigerantes, néctares de fruta

ÁLCOOL

#maisFruta&Hortícolas #maisCereaisIntegrais #asmeioresGorduras #maisÁgua

REPÚBLICA PORTUGUESA 40 SNS DGS

01 MAIS FRUTA & HORTÍCOLAS

FRUTA



3 POR DIA

HORTÍCOLAS



3 POR DIA

FUNÇÃO
Fornecedores de fibra, minerais, vitaminas, antioxidantes e água
Prefira os da época e de produção nacional

*Sumos 100% de fruta devem ser limitados – não mais do que 1 porção por dia (1 porção = 120-150 ml)

PEQUENO-ALMOÇO 

ALMOÇO  

JANTAR  

Sopa no início das refeições principais e 3 peças de fruta por dia é o suficiente para garantir os 400g de fruta e hortícolas

02 MAIS CEREAIS INTEGRAIS

CEREAIS INTEGRAIS
3 PORÇÕES POR DIA

Em substituição dos cereais refinados pelo seu elevado teor de fibra

COMA MAIS



COMA MENOS



Preferir pão escuro ou de mistura é uma boa estratégia para aumentar o consumo de cereais integrais

03 ESCOLHA BEM AS GORDURAS

GORDURAS INSATURADAS

GORDURAS SATURADAS

GORDURAS TRANS

PESCADO 

2 ou mais vezes por semana, em particular peixe gordo (100g de cada vez)

FRUTOS OLEAGINOSOS E SEMENTES 

4 porções por semana (30g)

CARNES PROCESSADAS 

não mais do que 1 vez por semana (50g)

CARNES VERMELHAS 

não mais do que 1 a 2 vezes por semana (100g)

04 MAIS LEGUMINOSAS



Adicione leguminosas na sopa em vez de batata



Prepare algumas refeições com ervilhas, feijão ou grão

1 PORÇÃO POR DIA
(25g em cru – 3 colheres de sopa em cozinhado (80g))

São uma boa fonte de fibra e de vitaminas e minerais como vitaminas do complexo B. Têm também um valor apreciável de proteínas

05 MAIS ÁGUA

BEBER ÁGUA EM VEZ DE BEBIDAS AÇUCARADAS

8 A 10 POR DIA

A população portuguesa bebe em média **menos de 1 litro de água por dia**

BEBA ÁGUA

CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS PELA POPULAÇÃO PORTUGUESA



São os alimentos que **mais contribuem** para a ingestão diária de açúcares adicionados



2 em cada 10 adultos bebe pelo menos 1 ou mais refrigerantes ou néctares todos os dias

06 MENOS SAL

COMO?

Cozinhe com menos sal!
Substitua o sal por ervas aromáticas e especiarias e adicione hortícolas e leguminosas, pois dão cor e sabor aos seus cozinhados

Evite o consumo de alimentos processados e refeições pré-preparadas

BAIXO TEOR DE SAL
≤ 0,3g de sal por 100g ou 100ml



< 5g POR DIA
= 1 colher de chá



Leia os rótulos antes de comprar e prefira alimentos com teor reduzido de sal

07 ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS NAS MERENDAS EVITE O "LIXO ALIMENTAR"



Deixe estes produtos para os dias de festa, assim também está a poupar nas suas compras



Alto teor em gorduras, ricos em açúcares
Poucos em vitaminas, minerais e fibra



Calorias

Valor Nutricional

08

ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS AO ALMOÇO E AO JANTAR

PREFIRA OS MÉTODOS DE CONFEIÇÃO SAUDÁVEIS

Inicie a refeição com sopa de legumes

Beba água à refeição

1/4 do prato com uma fonte de cereais e derivados, tubérculos ou leguminosas

Termine a refeição com uma peça de fruta

1/4 do prato com carne, pescado ou ovos

Metade do prato com hortícolas

Evite os fritos

Prefira os pratos de panela, pois têm menos gordura e preservam os nutrientes dos alimentos

09

APRENDA A DESCODIFICAR OS RÓTULOS

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS

Nutrientes a consumir em menor quantidade	ALIMENTOS POR 100G				BEBIDAS POR 100ML				
	GORDURA Total	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL	GORDURA Total	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL	
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g	ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g	MÉDIO	entre 1,5 e 8,75g	entre 0,25 e 2,5g	entre 2,5 e 11,25g	entre 0,3 e 0,75g
BAIXO	3g	1,5g	5g	0,3g	BAIXO	1,5g	0,75g	2,5g	0,3g

10

CONTROLE O TAMANHO DAS SUAS PORÇÕES

As porções de alimentos que nos são servidas estão cada vez maiores.

153 g
277 kcal

245 g
443 kcal

366 g
662 kcal

587 g
1062 kcal

REDUZIR O TAMANHO DO SEU PRATO/TIGELA PODE AJUDÁ-LO A COMER PORÇÕES MENORES

DIA ALIMENTAR

COMPLETO, EQUILIBRADO E VARIADO

AQUI ESTÃO REPRESENTADAS AS PORÇÕES DIÁRIAS RECOMENDADAS E EQUIVALENTES ENTRE OS ALIMENTOS.

O NÚMERO MENOR DAS PORÇÕES É DESTINADO A CRIANÇAS (DE 1 AOS 3 ANOS) E O NÚMERO MAIOR A HOMENS ATIVOS E BAPAZES ADOLESCENTES. A RESTANTE POPULAÇÃO DEVE ORIENTAR-SE PELOS VALORES INTERMÉDIOS.

**A ESCOLA
ROÇA DOS
ALIMENTOS**



ADAPTADO DE:
- A NOVA ROÇA DOS ALIMENTOS, um guia para uma dieta alimentar mais sustentável. CONSUMIDOR, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO PORTO, 2001. Consulto por sua internet;
- PORTA PRODUTOS, NO âmbito do protocolo de colaboração celebrado entre a Direção-Geral de Saúde e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, e a Associação do Consumidor;
- Associação Nacional de Consumidores e Cidadãos Responsáveis (ANCCR)





ÁGUA
PELO MENOS 1,5L



6 COPOS
300ml

CEREBEIAIS E DERIVADOS TUBÉRICOS 4 A 11 PORÇÕES	 1 FATIA 30g	 2 MÃOS 35g	 1 E 1/2 UNIDADE 35g	 1 MÃO - 35g CRU 100g COZINHADO	 1 MÃO - 35g CRU 100g COZINHADO	 4 UNIDADES 35g
HORTÍCOLAS 3 A 5 PORÇÕES	 100g CRU 160g COZINHADO	 100g CRU 160g COZINHADO	 100g CRU 160g COZINHADO	 100g CRU 160g COZINHADO		
FRUTA 3 A 5 PORÇÕES	 1 UNIDADE 160g	 1 UNIDADE 160g	 1 UNIDADE 160g	 15 BAGOS 160g	 1 UNIDADE 160g	
LACTÍCIOS 2 A 3 PORÇÕES	 1 CANECA 150ml	 2 FATIAS 30g	 1 E 1/2 UNIDADE 100g	 1 UNIDADE 100g	 1/4 UNIDADE 10g	
CARNES, PEIXADO E OVOS 1,5 A 4,5 PORÇÕES	 30g CRU 35g COZINHADO	 30g CRU 35g COZINHADO	 30g CRU 35g COZINHADO	 30g CRU 35g COZINHADO	 1 UNIDADE 55g	
LEGUMINOSAS 1 A 2 PORÇÕES	 1 COLHER DE SOPA - 25g CRU 1 COLHERES DE SOPA - 80g COZINHADO	 1 COLHERES DE SOPA - 20g CRU 1 COLHERES DE SOPA - 80g COZINHADO	 1 COLHER DE SOPA - 25g CRU 1 COLHERES DE SOPA - 80g COZINHADO			
ORDENAS E ÓLEOS 1 A 3 PORÇÕES	 1 COLHER DE SOPA 10g ÓLEO	 1 COLHER DE SOPA 10g AZEITE	 4 COLHERES DE SOPA 30g SAL	 1 COLHER DE SOBREMESA 10g MANTEIGA	 1 COLHER DE SOBREMESA 10g MARGARINA	 1 COLHER DE CHÁ 10g BANHA

Documento de apoio – Estatuto do Cuidador Informal



DOCUMENTO DE APOIO CUIDADORES INFORMAIS:

ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

Realizado no âmbito do mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Santarém, pela enfermeira Ana Sofia Pacheco



Índice

1. Introdução.....	3
2. Direitos dos cuidadores Informais	3
3. Deveres dos cuidadores Informais.....	4
4. Medidas de apoio aos cuidadores Informais.....	4
5. Como pedir o reconhecimento do estatuto?.....	6
6. Bibliografia.....	6



1. Introdução

Dia 6 de setembro de 2019 foi publicado em Diário da República a Lei n.º 100/2019 que aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Esta publicação regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada e determina as respetivas medidas de apoio.

Existem dois tipos de cuidadores informais:

Cuidador Informal Principal - cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Cuidador Informal Não Principal - cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

2. Direitos dos cuidadores informais

O cuidador, reconhecido, tem direito a:

- Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
- Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;
- Receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social;
- Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;
- Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;
- Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;
- Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;
- Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto;



- Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal;
- Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;
- Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.

3. Deveres dos cuidadores informais

O cuidador deve em relação à pessoa cuidada:

- Atender e respeitar os seus interesses e direitos;
- Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;
- Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta;
- Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada;
- Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada;
- Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada;
- Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer;
- Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional;
- Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas.

4. Medidas de apoio aos cuidadores informais

Medidas destinadas a informar e a capacitar, e a assegurar apoio psicossocial ou participação em grupos de ajuda mútua:

- Identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada;
- Aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados a prestar à pessoa cuidada, por



profissionais da área da saúde, no âmbito de um plano de intervenção específico;

- Participação ativa na elaboração do plano de intervenção específico a que se refere a alínea anterior;
- Participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador informal;
- Formação e informação específica por profissionais da área da saúde em relação às necessidades da pessoa cuidada.
- Apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário;
- Aconselhamento, informação e orientação, tendo em conta os direitos e responsabilidades do cuidador informal e da pessoa cuidada, por parte dos serviços competentes da segurança social, bem como informação sobre os serviços adequados à situação e, quando se justifique, o respetivo encaminhamento;
- Aconselhamento e acompanhamento, por profissionais da área da segurança social ou das autarquias, no âmbito do atendimento direto de ação social;
- Informação e encaminhamento para redes sociais de suporte, incentivando o cuidado no domicílio, designadamente através de apoio domiciliário.

Medidas destinadas ao descanso do cuidador informal:

- Referenciação da pessoa cuidada, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para unidade de internamento, devendo as instituições da RNCCI e da RNCCI de saúde mental assegurar a resposta adequada;
- Encaminhamento da pessoa cuidada para serviços e estabelecimentos de apoio social, designadamente estrutura residencial para pessoas idosas ou lar residencial, de forma periódica e transitória;
- Serviços de apoio domiciliário adequados à situação da pessoa cuidada, nas situações em que seja mais aconselhável a prestação de cuidados no domicílio, ou quando for essa a vontade do cuidador informal e da pessoa cuidada.

Outras medidas:

- Subsídio de apoio ao cuidador informal principal, a atribuir pelo subsistema de solidariedade mediante condição de recursos;
- Majoração do subsídio quando o cuidador adere ao seguro social voluntário;
- Acesso ao regime de seguro social voluntário;
- Promoção da integração no mercado de trabalho, findos os cuidados prestados à pessoa cuidada.



5. Como pedir o reconhecimento do estatuto?

Na Segurança social irão informar de tudo o que precisa de reunir e fazer para poder ter direito ao estatuto.

6. Bibliografia

Assembleia da República (2019). *Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro*. Diário da República, 1.ª série, N.º 171. Lisboa: Assembleia da República. (Recuperado de: <https://dre.pt/application/file/a/124500807>)

Documento de apoio – Lavagem das Mãos + Gestão de Medicação



RECOMENDAÇÕES LAVAGEM DAS MÃOS

PORQUE É IMPORTANTE LAVAR AS MÃOS?

A maioria dos microrganismos são inofensivos, mas podemos adquirir alguns que causam infeções!

Quando nos esquecemos de lavar as mãos, ou não as lavamos corretamente, podemos passar microrganismos a outras pessoas, ou a nós mesmos, quando tocamos com as mãos nos olhos, boca, nariz, ou em feridas.



QUANDO DEVE LAVAR AS MÃOS?

Antes de e depois de:

- Prestar quaisquer cuidados, por exemplo banho, alimentação, posicionar, fornecer o urinol/arrastadeira, higiene íntima, trocar a fralda;
- Qualquer contacto com dispositivos médicos, como por exemplo algália, sonda de alimentação, equipamentos de administração de oxigénio;
- Dar a medicação.



VER CERTIFICADO NºPT05/01378

COMO LAVAR AS MÃOS?



**Duração do procedimento:
de 40 a 60 segundos**

O hospital em sua casa.

OBSERVAÇÕES:

Não hesite em solicitar mais informações à equipa da Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Telefone: _____

Recomendações

COMO DEVO GUARDAR OS MEDICAMENTOS EM CASA?

Os medicamentos são produtos especiais e requerem cuidados de armazenamento para manterem a sua eficácia.

REGRAS DE CONSERVAÇÃO:

- Evite variações de temperatura das embalagens de Medicamentos:
 - ⇒ Armazene nas zonas mais frescas da casa (menos de 25°C) evitando locais perto de aquecedores, lareiras, outras fontes de calor ou expostas ao sol (frente a janelas);
 - ⇒ Não armazene em zonas da casa com humidade, (casa de banho, cozinha, ou áreas com tetos húmidos);
 - ⇒ Se os transportar, acondicione-os em bolsa térmica (evite deixá-los dentro do carro).
- Guarde os medicamentos em locais de fácil visualização;
- Armazenar fora do alcance das crianças e animais domésticos e preferencialmente, em armário fechado.



OUTRAS ORIENTAÇÕES

- Só retirar os medicamentos da caixa da medicação (fornecida pela equipa de saúde) e dos respetivos blisters no momento da sua toma;
- No caso de medicamentos que necessitam de frio, não usar a porta do frigorífico ou o congelador;
- Caso se aperceba de alteração da cor ou consistência dos medicamentos, contacte a equipa de saúde.

ANEXO VII – Parecer Comissão Ética



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM

PARECER

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMIÇÃO DE PARECER N°39A-2024ESSS

Identificação do Investigador | Ana Sofia Gonçalves Pacheco (ESSS)

Identificação do Projeto | *Capacitar os cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhorar a qualidade de vida*

Constata-se que:

- i. É um trabalho académico conferidor de grau (mestrado).
- ii. Apresenta fundamentação teórica.
- iii. A metodologia é adequada ao objetivo da investigação.
- iv. Possui um cronograma relativo às diferentes etapas do desenvolvimento do projeto, embora o pedido de parecer se tenha atrasado em um mês.
- v. Inclui o consentimento informado, livre e esclarecido.
- vi. Esclarece a ausência de riscos potenciais para os participantes.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer favorável, mas recomenda especificar o acesso, conservação e uso exclusivo dos dados para pesquisa.

Santarém, 20 de janeiro de 2025

Pedro Oliveira

(Coordenador)

Rafael Oliveira

(Subcoordenador)

Complexo Andaluz – Moinho do Fau – Apartado 279 – 2001-904 SANTARÉM

Tel.: 351 243 309 520 – Fax: 243 309 539 – E-mail: geral@ipsantarém.pt – URL: www.ipsantarém.pt

Página 1 de 1

ANEXO VIII – Entrevista Informante-chave Enfermeira Cooperante

Entrevista elemento-chave: enfermeira cooperante.

1- Pode descrever brevemente a unidade de cuidados na comunidade onde trabalha? Quais as principais características da população do concelho?

A UCC [REDACTED] iniciou a sua atividade em setembro de 2019. Esta Unidade Funcional levou o seu tempo a constituir-se, face a diversos constrangimentos, nomeadamente relacionadas com carência de recursos humanos, o que tem condicionado, até hoje, a constituição de ECCI prevista neste modelo.

Como sabemos as UCC devem ser constituídas por uma equipa multidisciplinar, formada por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. A UCC [REDACTED] tem como recursos humanos apenas 3 enfermeiros em tempo completo, 1 enfermeira coordenadora em tempo parcial (16 horas) e 1 assistente técnico. Evidentemente carece da multidisciplinaridade que deve caracterizar uma UCC em pleno. Dos enfermeiros mencionados, existem 2 enfermeiros especialistas de Enfermagem Comunitária (onde se inclui a coordenadora), 1 Especialista em Enfermagem de Reabilitação e um Enfermeiro.

Apesar dos constrangimentos e adversidades ultrapassadas, designadamente os desafios da pandemia Covid, pouco tempo após a sua constituição, a UCC [REDACTED] tem vindo a consolidar-se, otimizando gradualmente o seu IDG, reconhecimento só possível com a consciência permanente de um referencial de boas práticas em saúde comunitária, por uma equipa motivada, coesa e responsável no desenvolvimento de um projeto inovador de prestação de cuidados na comunidade, com o respeito pela individualidade do utente e a promoção da sua autonomia. Firma-se em valores primordiais para a excelência de desempenho, assumindo flexibilidade, profissionalismo, eficiência, inovação, equidade, cortesia, disponibilidade, cooperação, solidariedade, gestão participativa, trabalho em equipa, avaliação contínua e trabalho em parceria e articulação, cujos resultados apontam para a obtenção de Ganhos em Saúde.

Esta UCC tem por missão prestar cuidados de enfermagem à população residente numa área geográfica que abrange o concelho de [REDACTED] e parte do concelho de [REDACTED], com um total de 6 398 utentes, cuja população se caracteriza por um índice de envelhecimento de 88.18%, com 71.85% de idosos e 16.32% de jovens, o que traduz o tipo de utente que mais recebe os nossos cuidados. Estes cuidados são de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em risco ou dependência física e funcional ou doença que necessitam de acompanhamento mais próximo, dando especial ênfase na promoção e educação para a saúde, na prevenção da doença, cuidados de reabilitação, curativos, paliativos e de continuidade.

A filosofia da UCC é, no fundo, reger-se pelos princípios da enfermagem, com ganhos evidentes para os cidadãos, visando contribuir para a melhoria do seu estado de saúde, essencialmente ao nível da capacitação e empoderamento.

Apesar de uma equipa manifestamente reduzida, a UCC [REDACTED], para além do cumprimento da sua missão, integra projetos no âmbito da Reabilitação, Rede Social, Estatuto do Cuidador Informal, Saúde Escolar, Acompanhamento de Crianças com Necessidades Especiais, Encaminhamento de Grávidas, referenciação para a RNCC, acrescentando também acompanhamento de estudantes de enfermagem em estágio.

2- Na sua opinião qual a necessidade que mais se denota nesta comunidade?

A necessidade mais premente nesta comunidade revela-se pelos dados que evidenciei, relativamente à população da área de abrangência desta UCC. O elevado índice de envelhecimento e representação de idosos nesta comunidade traduz uma necessidade fundada de nos direcionarmos, com particular atenção, para o idoso e "grande idoso", no sentido da adoção de estratégias eficazes que permitam aos idosos desta comunidade envelhecerem com qualidade de Vida. A par das necessidades dos idosos, deparamo-nos também com muitos cuidadores informais, também eles idosos, cujo papel é determinante no processo, o que exige especial tato no âmbito da literacia em saúde, capacitação e empoderamento.

3- Quando realiza visita domiciliar qual a realidade com que se depara maioritariamente?

Em corroboração com a questão anterior, a realidade mais comum, com que nos deparamos em visita domiciliar, são pessoas idosas, frágeis, vulneráveis, com elevado grau de dependência, com múltiplas doenças crónicas/comorbilidades, que necessitam de acompanhamento mais próximo de cuidados e/ou apoio para a realização das suas atividades diárias.

Por se enquadrarem em critério de UCC, o foco de intervenção é centrado, não só nas necessidades do idoso, mas também nos fatores familiares, socioculturais, económicos, e ambientais, o que passa necessariamente pelos cuidadores informais e mobilização de recursos da comunidade, promoção e educação para a saúde, prevenção da doença, cuidados de reabilitação, a dimensão curativa, paliativa e de continuidade de cuidados.

4- Na sua opinião existem respostas ou grupos de ajuda na comunidade para cuidadores informais? Se sim, quais?

Apesar da crescente sensibilização sobre o papel do cuidador informal e inerentes medidas de apoio, que passam também por grupos de ajuda na comunidade, julgo que na prática as respostas teimam em surgir e o que surge é muito ténue e frágil, constringido por respostas parcamente eficazes, pouco comprometedoras e desconetadas, limitadas em recursos e por isso pouco sinérgicos, assim como inexistentes estruturas de voluntariado para o efeito.

Considero que a fomentação de sinergias entre as áreas da Saúde, do Social e do poder local (Municípios) será indispensável, mas numa perspetiva devidamente concertada, integrada, em articulação e cooperação, com compromissos/protocolos de parceria bem definidos, com inclusão de recursos de responsabilização e dedicação plena.

A principal finalidade seria o apoio psicossocial aos cuidadores, através de momentos lúdicos, de convívio, culturais e simultaneamente momentos de formação complementar, mediante as necessidades identificadas, com intuito de os capacitar e empoderar, com inclusão de medidas de suporte efetivas, céleres, enquadradas no timing certo e não diferidas no tempo (medidas simultaneamente eficazes e eficientes).

Na comunidade existem algumas Associações e Coletividades vocacionadas para outras áreas. Também existe a Universidade Sénior e Programas Municipais de acesso facilitado a idosos, designadamente atividades inerentes ao envelhecimento ativo, acesso ao medicamento, famílias carenciadas, entre outros programas. Considero que no futuro, em analogia aos processos favoráveis decorrentes, algo similar poderia ser implementado e ajustado para os Cuidadores Informais.

5- Qual é o perfil dos cuidadores informais que acompanha nesta unidade? Quais as suas principais dificuldades e desafios?

Os cuidadores informais que a Unidade acompanha, são frequentemente familiares diretos, designadamente cônjuges, filhos, irmãos e pessoas contratadas para cuidar, na ausência dos familiares. Todos com idade superior a 50 anos, a maioria do sexo feminino, alguns ativos no trabalho, outros desempregados, reformados.

Muitos não estão preparados para assumir cuidados, apresentam poucos conhecimentos para lidar com as situações, muitas vezes inesperadas. Manifestam muitas inseguranças, quer por falta de experiência, como de informação sobre os cuidados e as redes de apoio. Neste âmbito, as UCC assumem um papel preponderante na capacitação das famílias e cuidadores, empoderando os principais intervenientes na gestão do processo de saúde, o que para além de contribuir para maior autonomia e segurança dos mesmos, diminui o recurso desnecessário aos serviços de urgência hospitalares.

6- Existem nesta comunidade muitos cuidadores informais com o estatuto atribuído?

Existe um número muito diminuto de cuidadores informais com ECI nesta comunidade, comparativamente ao potencial número de cuidadores que deverá existir e que não estão identificados/mapeados. Atualmente existe um total de sete processos de ECI diferidos, sobre os quais são adotados os procedimentos emanados relativamente às Medidas de apoio ao cuidador informal, constantes na Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, regulamentadas no Decreto Regulamentar n.º 1/2022 de 10 de janeiro.

7- Porque acha que não há mais pessoas a pedir o estatuto? Acha que os cuidadores informais dessas pessoas estão informados acerca do estatuto?

Não poderei dizer, de forma perentória, que seja por desconhecimento da existência do ECI, porque na prática, os cuidadores informais que a UCC acompanha e que se enquadrariam no âmbito do ECI estão sensibilizados para os termos e as condições do mesmo, bem como para as medidas de apoio, no entanto consideram que a submissão burocrática é complexa para os benefícios que procuram e que manifestam serem muito limitados.

Não consideram que os objetivos subjacentes ao ECI, no que respeita à valorização da sua função social sejam atendidas, essencialmente a nível remuneratório (condições de acesso ao suplemento), e quanto às medidas de suporte, capacitação e apoio e recursos da comunidade existentes, apoio técnico da área da saúde, consideram já serem satisfeitas pelas Unidades Funcionais de Saúde como a UCC e UCSP.

A sensibilização sobre o ECI é estimulada, os cuidadores informais são direcionados, em primeira linha, para a Segurança Social, e neste percurso, o que se constata, é a desistência de submissão, porque não responde às expectativas que têm sobre o ECI, em termos de apoio social - financeiros.

Uma constatação é que todos os ECI diferidos nesta comunidade, nenhum CI auferem qualquer apoio financeiro, mesmo com a evidência de carências para fazer face às despesas, isto porque o critério de atribuição está baseado num valor muito diminuto, facilmente atingível num agregado familiar, e que nos dias de hoje toca o limiar da pobreza.

Por outro lado, os CI que beneficiam do ECI deparam-se com inúmeros constrangimentos relativos à obtenção de algumas ajudas técnicas essenciais, cujo processo burocrático é de tal forma arrastado, passando por várias etapas, que chegam à pessoa Cuidada muito tardiamente, correndo o risco de “já não serem necessárias” no atual momento da Pessoa Cuidada.

8- Acha que os cuidadores informais dessas pessoas (com estatuto atribuído ou não) têm necessidade de formação? Se sim, quais? São expressas?

Sim, corroborando o que tenho vindo a referir, os cuidadores informais carecem de formação. Muitos cuidadores são surpreendidos por circunstâncias de vida, para as quais estavam muito distanciados de imaginar, quanto mais de lidar. No início do processo não estão preparados para assumir cuidados, apresentam poucos conhecimentos e manifestam muitas inseguranças, quer pela natural inexperiência, como de informação e habilidade sobre os cuidados.

Fomentar a literacia em Saúde é essencial, e neste âmbito existe um potencial enorme para desbravar.

Em muitas circunstâncias, pela particularidade de cada PC e CI, privilegia-se a formação direcionada e individualizada a cada contexto, no entanto, a população em geral deve estar sensibilizada para a literacia em saúde como um instrumento na vida, que pode ter de ser acionado a qualquer momento, porque todos somos potenciais CI e PC, e deste modo a Formação em grupo seria bastante profícua.

A Necessidades mais comuns que são identificadas e /ou expressas:

- Prevenção de Úlceras de Pressão/ Dispositivos de Prevenção.
- Cuidados de Higiene e Transferências em PC, com elevado grau dependência.
- Prevenção de Quedas.
- Gestão de Regime Terapêutico
- Burnout e Estratégias de Coping
- Outras mais específicas (Alimentação/Diabetes/Obesidade, cuidados com SNG, DVP, oxigenoterapia e aerossóis...)

Uma Necessidade, que como profissional considero existir nesta comunidade, especificamente para os cuidadores informais, é a existência de estruturas de grupos de voluntariado para possibilitar melhor qualidade de vida, ao cuidador informal (CI) e por inerência à pessoa cuidada (PC).

ANEXO IX - Entrevista Informante-chave Diretora Técnica

Entrevista elemento-chave: diretora técnica ERPI

1- Pode descrever brevemente a instituição onde trabalha e como funciona o serviço de apoio domiciliário?

A Associação de Assistência e Domiciliária [REDACTED] é constituída por escritura pública outorgada em 1990. A 15 de maio de 2005, iniciam as respostas sociais de Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Desenvolve outros apoios sociais mais vulneráveis, através do CLDS (Contratos Locais de Desenvolvimento Social) e do POAPMC (Programa Operacional de Ajuda Alimentar às Pessoas mais carenciadas). A 1 de Março de 2021, é inaugurada a nova Resposta Social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

O Serviço de Apoio Domiciliário procura proporcionar aos idosos e famílias cuidados individualizados e personalizados no seu domicílio, quando por motivo de doença ou outro impedimento, não possam assegurar as suas atividades da vida diária (AVD's). No serviço de SAD temos os seguintes serviços: Higiene pessoal; Alimentação (Pequeno Almoço, Almoço, Lanche e Jantar); Tratamento de Roupas; Higiene Habitacional; Assistência Medicamentosa; Atividades de animação; Visitas Domiciliárias; Agendamento de consultas; entre outras.

O SAD é prestado pelas colaboradoras que se deslocam diariamente até à casa do utente em horários agendados/ combinados, permitindo que os idosos permaneçam nas suas casas e retardam a sua institucionalização.

2- Como podem pedir esse apoio? Quais os critérios?

Primeiro envolve contacto inicial com a instituição e apresentação específica do idoso. Para efeito de pedido de admissão, o interessado, ou o seu representante legal, deverá fazer a sua inscrição através do preenchimento de uma ficha de identificação que constitui parte integrante do processo do utente, devendo fazer prova das declarações efetuadas, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) BI ou CC do utente e do Representante legal, quando aplicável;
- b) Cartão de Contribuinte do utente e do Representante legal, quando aplicável;
- c) Cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do Representante legal, quando aplicável;
- d) Cópia do documento médico comprovativo da situação clínica do utente;
- e) Comprovativo dos rendimentos do utente e do agregado familiar;
- f) Comprovativo das despesas tidas com medicamentos prescritos e de uso continuado.

Os critérios de admissão

Na eventualidade do número de vagas disponíveis ser inferior aos pedidos de admissão, serão critérios de prioridade de admissão dos interessados:

- a) Grau de autonomia das suas AVD's;
- b) Casos de isolamento social e familiar;
- c) Agregado familiar mais desprotegido;
- d) Proximidade da área de residência.

3- Quando se realiza o apoio domiciliário qual a realidade com que se deparam?

A realidade do SAD apresenta desafios e algumas dificuldades que afetam algumas situações de constrangimento e eficácia. Na nossa Instituição temos a particularidade de recrutar recursos humanos devido há pouca população ativa na freguesia e à distância em relação aos centros urbanos (Ex: [REDACTED]) que fica longe e as suas deslocações ficam muito dispendiosas.

No dia a dia do SAD, os acessos até chegarem à casa do utente estão em mau estado e a frota da instituição está sempre em manutenção e acresce as referidas despesas.

Na nossa freguesia, a população está muito envelhecida e por isso apresentam mais necessidade de cuidados individualizados. Por vezes, sentimos que os cuidadores informais e os utentes não estão devidamente informados sobre os direitos e os serviços disponíveis (tanto nos apoios financeiros como no acesso aos serviços/suporte adequados).

4- Desse apoio quantas pessoas têm cuidador?

Existe dois tipos de Cuidadores: Os Cuidadores Formais e os Cuidadores Informais.

Na resposta de SAD temos 26 utentes dos quais temos cuidadores formais e cuidadores informais para prestar apoio, promovendo a sua autonomia, saúde e segurança em casa.

Dos 26 utentes de SAD, para além dos serviços que a Instituição presta, temos:

- a) **Sete utentes** com cuidadores formais e informais que em conjunto tentam assegurar a prestação de serviços com melhor qualidade possível, de acordo com as suas necessidades;
- b) **Nove utentes** com cuidadores informais que oferecem e complementam com apoio emocional e uma presença quase diária na sua casa;
- c) **Dez Utentes** não têm cuidadores formais e informais, no entanto vivem muito perto dos seus familiares.

5- Na sua opinião existem respostas ou grupos de ajuda na comunidade para cuidadores informais? Se sim, quais?

Na minha opinião, não existe resposta ou grupos de ajuda na comunidade para cuidadores informais.

6- Quais as dificuldades expressadas nos cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário?

Nas visitas domiciliárias, constatamos que existe algumas dificuldades por parte dos cuidadores informais que podem ser financeiras, físicas, falta de tempo, emocionais e pouca informação.

- a) Em relação à parte financeira, pode implicar mais despesas com medicamentos, ajudas técnicas, fraldas, transporte e acompanhamento a consultas. Alguns familiares deixam de trabalhar para dar apoio e agrava a sua situação financeira;
- b) Em relação à parte da sobrecarga física envolve o esforço físico quando os utentes perdem a mobilidade e no dia a dia a satisfazer as suas AVD's envolve mais esforço físico e os filhos/ vizinhos queixam-se de dores lombares, musculares e mais cansaço.
- c) Em relação à falta de tempo, alguns familiares queixam-se da falta de tempo que não podem tirar para si mesmo (ex: Utentes com um ou dois filhos), e sentem-se culpados se deixarem o pai/mãe sem esses cuidados.
- d) Em relação à parte emocional, os cuidadores às vezes têm dificuldade em compreender algumas condições da pessoa, nomeadamente em casos de doenças degenerativas (alzheimer, demência, etc), o que gera um sentimento de revolta e de frustração perante a situação.
- e) Em relação à pouca informação, constata-se que não há formação específica para os cuidadores e muitos deles não recebem apoio adequado, por parte da comunidade (quer pelos serviços de ação social ou serviços de saúde). Muitos deles não têm conhecimento do apoio financeiro que a Segurança Social atribui aos cuidadores informais.

7- Acha que os cuidadores informais dessas pessoas têm necessidade de formação?

Claro que sim, todos os cuidadores informais deveriam ter uma formação e no processo para o Estatuto de Cuidador Informal deveria ser obrigatório a formação sobre os cuidados.

8- Se sim, quais? São expressas?

As formações devem ser específicas de acordo com as suas necessidades. Na minha opinião, a comunidade deveria desenvolver ações de formação sobre o Estatuto do Cuidador informal que prevê alguns direitos e apoios.

E formação na área dos cuidados de saúde e de higiene que permite dar mais segurança ao utente e em simultâneo ao cuidador, em situações de emergência ou outras técnicas de mobilização e de higiene pessoal que permite não só melhorar a qualidade de vida na sua finitude, mas também retardar a institucionalização.

ANEXO X - Entrevista Informante-chave Auxiliar de Prestação Direta

Entrevista elemento-chave: Técnica Auxiliar de Saúde de prestação direta no apoio domiciliário da instituição

1. Pode descrever as principais características com que se depara no apoio domiciliário?

A nível de apoio domiciliário algumas casas não estão preparadas para os cuidados do utente, por exemplo, a casa de banho não está adaptada e têm algumas escadas.

2. Sente que os cuidadores têm dificuldades com os cuidados que têm de prestar?

Sim, muitas vezes só uma pessoa não chega para prestar o auxílio, porque o utente está muito dependente e é necessário o auxílio de duas pessoas.

3. Quando realiza apoio domiciliário quais as áreas em que intervém mais junto das pessoas dependentes?

As áreas que mais intervém são a cozinha, casa de banho e quartos e sala.

4. Os cuidadores fazem perguntas relativamente aos cuidados?

Sim, os cuidadores têm a preocupação de saber como estão os familiares.

5. Quais são os maiores desafios que você enfrenta no cuidado de pacientes em domicílio?

Tentar deixar o utente mais confortável possível, em termos psicológicos e físicos.

6. Como sente que está a qualidade de vida dos cuidadores informais das pessoas com apoio domiciliário?

Nota-se que há um grande desgaste físico e psicológico dos cuidadores informais.

7. Que tipo de formação recebe para a realização destes cuidados?

Estou a tirar uma formação em geriatria.

8. Quais são os recursos que considera essenciais para apoiar os cuidadores informais no seu dia a dia?

Tentar ajudá-los o máximo possível e tentar informá-los sobre o estado do utente.

9. Como estabelece uma relação de confiança com os cuidadores informais?

Informá-los sempre de uma alteração que está a acontecer com o utente.

10. Quais estratégias utiliza para motivar e ajudar os cuidadores informais?

Tentar por o cuidador informal a par do historial clínico do seu familiar.

11. Qual o impacto dos cuidados domiciliários na qualidade de vida dos pacientes, a seu ver?

A meu ver, o impacto é sempre positivo para o bem-estar do utente e da família.


12. Quais são os fatores que considera importantes para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais?

O descanso do cuidador é o principal fator para o bem-estar deste mesmo, bem como o auxílio de outros.

13. Acha importante promover o bem-estar dos cuidadores informais, se sim porquê?

Sim, acho importante, porque um cuidador também precisa de cuidados, por vezes dedicam-se mais ao familiar e esquecem-se deles próprios, até que chega a um ponto que também eles precisam de ajuda.

ANEXO XI – Apresentação Universidade Sénior



CUIDADOR INFORMAL, E AGORA?
Enf. Sofia Pacheco

Capacitar os cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhorar a sua qualidade de vida

↓

Oito cuidadores informais do concelho

SOBRE O PROJETO

Porquê?

- Comunidade envelhecida
- Cuidadores sem apoios
- Comunidade sem respostas
- Índice de envelhecimento elevado
- Índice de dependência elevado

04/06/2025 2



OBJETIVOS DA APRESENTAÇÃO

- Dar a conhecer conceitos relacionados com cuidador informal
- Informar acerca dos temas principais no que toca ao tema
- Ensinar técnicas e formas práticas relacionadas com o tema

03/06/2025 3

TESTE DE CONHECIMENTOS

DEPENDÊNCIA

A dependência, no âmbito dos cuidados de saúde e sociais, refere-se à **incapacidade de um indivíduo realizar, por si só, atividades essenciais da vida diária, necessitando do auxílio de terceiros para garantir o seu bem-estar e autonomia funcional.**

Este conceito é central para compreender a realidade dos cuidadores informais, que assumem, frequentemente, a responsabilidade de prestar assistência a familiares ou amigos em situação de dependência. A natureza e o grau dessa dependência influenciam diretamente a complexidade das tarefas do cuidador e, conseqüentemente, a importância da sua capacitação.

04/06/2025

5

AUTOCUIDADO

No contexto do cuidado informal, onde a dedicação ao outro é constante e, muitas vezes, exaustiva, o **autocuidado** emerge como um conceito de vital importância. Tradicionalmente associado à responsabilidade individual pela própria saúde, o autocuidado transcende a mera ausência de doença, abrangendo um conjunto de práticas deliberadas e intencionais que visam a promoção do bem-estar físico, mental, emocional e social (Riegel et al., 2018).

Para os cuidadores informais, este conceito adquire uma dimensão particularmente crítica, visto que a sua própria saúde e equilíbrio são frequentemente negligenciados em favor das necessidades da pessoa cuidada.

04/06/2025

6

CAPACITAÇÃO

Capacitar (ou empoderamento) surgiu na literatura como conceito científico nas décadas de 1960 e 70 relacionado com direitos civis e processos de democratização na África do Sul, América do Sul e EUA.

A Capacitação está fixada na ação social e tem como objetivo aumentar a autonomia, o poder e a influência de grupos oprimidos.



Segundo estes autores, a capacitação é um conceito, um processo e um resultado.



Este conceito é descrito como sendo um processo social, de ajuda, dinâmico, interativo, transacional e de habilitação, facilitando a interação com os outros.

(Halvorsen et al., 2020)

04/06/2025

7

CAPACITAR OS CUIDADORES INFORMAIS

É necessário capacitar os cuidadores para melhoria na sua qualidade de vida e consequentemente na das pessoas dependentes!



04/04/2025

PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL EM PORTUGAL



GÉNERO

- ◆ 84,7% é do sexo feminino
- ◆ 15% é do sexo masculino

NECESSIDADES ENSINOS

- ◆ 41,2% tem necessidade de receber formação específica em algum aspeto do cuidar

IDADES

- ◆ 4,8% tem entre 18 e 30 anos
- ◆ 15,3% tem entre 31 e 44 anos
- ◆ 26,2% tem entre 45 e 54 anos
- ◆ 33,6% tem entre 55 e 64 anos
- ◆ 20% tem 65 ou mais anos

(Movimento cuidar dos cuidadores, 2023)

04/06/2025

9



04/06/2025

PREVENÇÃO DE QUEDAS



CAUSAS COMUNS

O QUE POSSO FAZER PARA EVITAR

04/06/2025 11

CAUSAS COMUNS DE QUEDAS

Doenças relacionadas com a idade	Objetos no chão	Calçado não adequado
Dificuldades cognitivas e demência	Medicamentos e Alcool	Mobilidade reduzida
Ambiente domiciliar inadequado como piso escorregadio, tapetes, iluminação insuficiente.		

04/06/2025 12

24 DE JUNHO DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

DICAS DE SEGURANÇA

- Exercite-se regularmente
- Faça check-up da visão e audição
- Revise os medicamentos com o seu médico
- Use sapatos bem ajustados
- Mantenha o ambiente iluminado

CASA SEGURA

- Instale corrimões e barras de apoio
- Remova objetos do chão
- Use tapetes antiderrapantes
- Mantenha itens do dia a dia acessíveis

QUE POSSO FAZER PARA EVITAR?

13

ÚLCERA DE PRESSÃO

GRAU 1

GRAU 2

GRAU 3

GRAU 4

- Categoria/Grau I: Eritema (vermelhidão) não branqueável (quando se coloca o dedo o vermelho não desaparece);
- Categoria/Grau II: Perda parcial da espessura da pele;

- Categoria/Grau III: Perda total da espessura da pele;
- Categoria/Grau IV: Perda total da espessura dos tecidos

04/06/2025 14

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

SENTADO:

OMBRO
CÓCCIXO
CALCANHAR
METATARSOS

DEITADO:

NUCA OMBRO COTOVELO CÔCCIXO / ZONA SACRA CALCANHAR

UaCuida©

LATERAL:

ORELHA OMBRO COSTELAS ANCA JOELHOS TORNOZELO

04/06/2025 15

FATORES DE RISCO

IMOBILIDADE OU
MOBILIDADE REDUZIDA

IDADE AVANÇADA

INCONTINÊNCIA URINÁRIA
OU FECAL

DESNUTRIÇÃO OU
DESIDRATAÇÃO

PESO CORPORAL

CONDIÇÕES MÉDICAS
CRÓNICAS (DIABETES,
DOENÇAS CARDÍACAS, ETC.)

04/06/2025

16

COMO PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO?

- Se a pessoa não conseguir mudar posição, idealmente a cada 2 horas posicionar;
- Uso de dispositivos auxiliares (almofadas, colchões especiais);
- Limpeza da pele regular com água morna e sabonete neutro e secagem;
- Hidratação da pele, evitando áreas húmidas;
- Alimentação saudável, equilibrada e rica em proteínas;
- Oferecer líquidos com frequência;
- Identificar áreas de risco;
- Observar sinais de vermelhidão, inchaço ou dor;
- Usar colchões e almofadas especiais para reduzir a pressão se necessário;
- Dispositivos para prevenir a fricção como na cama o uso de lençol para posicionamento.

04/06/2025

17

GESTÃO DE STRESS



O stress pode ser definido como o desequilíbrio, real ou percebido, entre as exigências que vão surgindo no dia a dia e a capacidade individual de adaptação a essas exigências.

Numa situação de stress, existe uma ameaça relativamente ao estado de equilíbrio da pessoa, desencadeando um conjunto de sintomas fisiológicos, psicológicos e comportamentais, que representam os esforços de adaptação ao que está a acontecer forma a fazer face a essa ameaça.

04/06/2025

18

ESTRATÉGIAS PARA GESTÃO DE STRESS

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

GESTÃO DO TEMPO

REDE DE APOIO, MUITO IMPORTANTE
COMPARTILHAR OS DESAFIOS E PROCURAR APOIO DE FAMILIARES, AMIGOS, GRUPOS DE APOIO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

AUTOCUIDADO: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA FORNECER ENERGIA E BEM-ESTAR; SONO ADEQUADO, DORMIR BEM PARA RESTAURAR A ENERGIA; ATIVIDADES PRAZEROSAS, RESERVAR TEMPO PARA ATIVIDADES QUE TRAGAM PRAZER E RELAXAMENTO

04/06/2025
19

NUTRIÇÃO



04/06/2025
20

ALIMENTAÇÃO

ESCOLHA MAIS DESTES ALIMENTOS

HORTÍCOLAS

FRUTA

CEREAIS INTEGRAIS

PEIXE, CARNES MAGRAS E OVO

LEGUMINOSAS

ÁGUA

EVITE ESTES ALIMENTOS

SAL
sal e produtos salgados

ALIMENTOS PROCESSADOS
carne processada, cereais de pequeno-almoço açucarados, bolachas, snacks, ...

GRAXA TRANS
presente na margarina, produtos de pasteleria, snacks salgados, ...

SUCROS AÇUCARADOS
refrigerantes, néctares de fruta

ÁLCOOL

04/06/2025
21

PORÇÕES

FRUTA: 3 PEÇAS POR DIA
CEREAIS INTEGRAIS: 3 PORÇÕES POR DIA
LEGUMINOSAS: 1 PORÇÃO POR DIA
HORTÍCOLAS: 3 PORÇÕES POR DIA
GORDURAS: COMER MAIS INSATURADAS (AZEITE, OVOS, FRUTOS SECOS)

**BEBER ÁGUA!
8 A 10 COPOS
POR DIA**

MENOS SAL!



04/06/2025 22



GESTÃO MEDICAMENTOSA

EVITE VARIÁÇÕES DE TEMPERATURA DAS EMBALAGENS DE MEDICAMENTOS

- Armazene nas zonas mais frescas da casa (menos de 25°C) evitando locais perto de aquecedores, lareiras, outras fontes de calor ou expostas ao sol (frente a janelas);
- Não armazene em zonas da casa com humidade, (casa de banho, cozinha, ou áreas com tetos húmidos);
- Se os transportar, acondicione-os em bolsa térmica (evite deixá-los dentro do carro).

GUARDE OS MEDICAMENTOS EM LOCAIS DE FÁCIL VISUALIZAÇÃO

ARMAZENAR FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS E ANIMAIS DOMÉSTICOS E PREFERENCIALMENTE, EM ARMÁRIO FECHADO

04/06/2025 23

AJUDAS

UCSP

UCC

ESTATUTO CUIDADOR INFORMAL

04/06/2025 24

REFLEXÃO

Ser cuidador é um desafio, uma jornada que exige força e resiliência. É essencial lembrar que cuidar de si é cuidar melhor do outro. O autocuidado não é um luxo, é uma necessidade. Que esta reflexão nos inspire a reconhecer e valorizar o trabalho incansável dos cuidadores informais. E a construir, em conjunto, uma rede de apoio mais forte e consciente. Lembrem-se: ninguém cuida sozinho.

Teste final conhecimentos e questionário satisfação

04/06/2025

25



- Laverack, Glenn. (2008). PROMOÇÃO DE SAÚDE - PODER E EMPODERAMENTO
- <https://portugal.gov.pt/guias/apoio-a-familia/cuidador-informal>
- UA Cuida. (s.d.). *Úlceras por Pressão – O que são, como prevenir e tratar*. UA Cuida. <https://www.uacuida.com/blog/ulceras-pressao>
- UA Cuida. (s.d.). *Prevenção de Quedas – Cuidados a ter para evitar acidentes em casa*. UA Cuida. <https://www.uacuida.com/blog/prevencao-queadas>
- Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. (2021, 4 de janeiro). *Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos Cuidados de Saúde Primários. Modelo de Intervenção e Ferramentas*. https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2023/07/PNPAS_Manual-Aconselhamento_jan.pdf
- Portugal.gov.pt. (2023, dezembro 2). *Cuidador informal*. ePortugal.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2018). Integrating symptoms into the self-care of chronic illness model. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(1), 93-100.

BIBLIOGRAFIA

04/06/2025

27

ANEXO XII – Questionários Universidade Sénior

Questionário inicial

**Questionário Inicial de Conhecimentos: "Cuidador Informal, E Agora?"**

Olá! Para começarmos a nossa sessão, gostaríamos de saber um pouco sobre o que já conhece acerca do tema "Cuidador Informal". Não há respostas certas ou erradas, apenas queremos ter uma ideia dos seus conhecimentos.

Instruções: Por favor, assinale com um "X" a opção que melhor corresponde à sua resposta ou escreva no espaço indicado.

1. O que entende por "Cuidador Informal"?

- É uma pessoa que recebe formação específica para cuidar de doentes.
- É alguém da família ou amigo que presta cuidados a uma pessoa dependente sem ser pago por isso ou podendo ter ajuda com o estatuto atribuído.
- É um profissional de saúde que trabalha em casa.
- Não sei / Não tenho a certeza.

2. É cuidador informal?

- Sim
- Não

3. Conhece alguém que seja cuidador de alguém dependente?

- Sim
- Não

4. Qual das seguintes opções NÃO é uma tarefa comum de um cuidador informal?

- Ajudar na higiene pessoal (banho, vestir).
- Gerir a medicação.
- Realizar cirurgias.
- Preparar refeições.

5. As úlceras por pressão são feridas que aparecem em que parte do corpo, mais frequentemente?

- Nos cotovelos e joelhos.
- Em zonas de apoio do corpo (calcanhares, cóccix).
- Nas mãos e pés.
- Não sei / Não tenho a certeza.

6. Para evitar quedas em casa, o que NÃO deve fazer?

- Iluminar bem os espaços.
- Deixar tapetes soltos e fios elétricos no chão.
- Usar calçado antiderrapante.
- Ter barras de apoio na casa de banho.

7. Uma alimentação saudável para uma pessoa idosa/dependente deve incluir, preferencialmente:

- Muitos doces e fritos.
- Variedade de frutas, legumes, cereais e proteínas.
- Apenas sopas e purés.
- Não sei / Não tenho a certeza.

8. Porque é importante organizar a medicação de forma correta?

- Para que os medicamentos façam mais efeito.
- Para evitar esquecimentos ou tomas erradas.
- Para que os comprimidos durem mais tempo.
- Não sei / Não tenho a certeza.

9. Sente que tem conhecimentos suficientes para identificar e lidar com os desafios de ser um cuidador informal?

- Sim, sinto-me bastante preparado(a).
- Mais ou menos, tenho algumas dúvidas.
- Não, sinto que preciso de aprender mais.

Obrigada pela participação!

Questionário final e de satisfação

**Questionário Final de Conhecimentos e Satisfação: "Cuidador Informal, E Agora?"**

Muito obrigado(a) pela sua participação! Para avaliarmos o impacto da nossa sessão e a sua satisfação, pedimos que preencha este questionário.

Instruções: Por favor, assinale com um "X" a opção que melhor corresponde à sua resposta ou escreva no espaço indicado.

Parte 1: Avaliação de Conhecimentos (Comparação)

1. **Após esta sessão, como definiria "Cuidador Informal"?**
 - Uma pessoa que cuida profissionalmente de idosos.
 - Um familiar ou amigo que presta cuidados não remunerados a alguém que precisa.
 - Alguém que contrata um profissional de saúde.
 - Ainda não tenho a certeza.
2. **Mencione UMA medida importante para prevenir úlceras por pressão.**
 -
 - Não sei.
3. **Mencione UMA dica que aprendeu hoje para prevenir quedas em casa.**
 -
 - Não sei.
4. **Qual a importância da hidratação na alimentação de uma pessoa idosa?**
 - Não é muito importante.
 - É essencial para o bom funcionamento do corpo e prevenção de problemas.
 - Só é importante em dias de calor.
 - Não sei / Não tenho a certeza.
5. **Sente que esta sessão o(a) ajudou a ter mais conhecimentos e ferramentas sobre o papel do cuidador informal e os cuidados básicos?**
 - Sim, ajudou muito.
 - Ajudou um pouco.
 - Não ajudou.

Parte 2: Avaliação de Satisfação da Sessão

Para cada afirmação, por favor, assinale com um "X" a opção que melhor representa a sua opinião.

Afirmação	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. Os objetivos da sessão foram claros.					
2. O conteúdo apresentado foi relevante para as minhas necessidades.					
3. A linguagem utilizada foi clara e fácil de compreender.					
4. A duração da sessão foi adequada.					
5. Houve espaço para fazer perguntas e esclarecer dúvidas.					
6. Considero que aprendi coisas novas e úteis.					
7. Recomenda esta sessão a outras pessoas?					


Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

ANEXO XIII – Cronograma de Estágio

Estágio II – Estágio e Relatório de Intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: [REDACTED]

Atividades	Mês		Setembro		Outubro		Novembro			Dezembro			Janeiro						
	Semana		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Dias		16	23	30	07	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	16	23	30
Introdução ao Estágio (ESSS)			■																
Reunião com a Enfermeira Cooperante da UCC - [REDACTED]				■															
Apresentação da Estrutura e funcionamento da UCC				■															
Reunião com a Enfermeira Cooperante para identificação dos principais problemas				■															
Caracterização da Comunidade				■															
Pesquisa Bibliográfica				■	■	■	■	■	■	■	■								
Definição da População - Amostra				■															
Definição e divulgação da temática escolhida para o projeto				■	■	■													
Entrevista com os informantes –chave				■	■	■													
Reunião com os parceiros para apresentação do projeto								■	■										
Elaboração de pedido à comissão de ética												■							
Entrega dos consentimentos informados												■	■	■	■	■	■	■	■
Aplicação de instrumentos												■	■	■	■	■	■	■	■
Sessões para a saúde individualizadas												■	■	■	■	■	■	■	■
Desenvolvimento do Projeto												■	■	■	■	■	■	■	■
Workshop Estágio na ESSS												■							
Participação noutros projetos em colaboração com a UCC												■	■	■	■	■	■	■	■
Tratamento dos dados																			■
Validação dos dados																			■
Reunião de avaliação com os parceiros – sobre os resultados																			■
Seminário de apresentação do projeto																			■

ANEXO XIV – Apresentação de Estágio



POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Escola Superior de Saúde de Santarém
2º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
UC Estágio de Intervenção de Saúde Comunitária e Saúde Pública


Capacitar os cuidadores informais de pessoas em contexto domiciliário e melhorar a sua qualidade de vida

ELABORADO POR: Ana Sofia Pacheco nº 230000079

PROFESSORA ORIENTADORA: Lúgia Monterroso

ENFERMEIRA COOPERANTE: ██████████

Janeiro, 2025



POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Dorothea Orem

A Teoria de Enfermagem do Déficit Autocuidado desenvolvida por Orem é uma teoria geral, que engloba três teorias:

- **Teoria do Autocuidado**, que explica como e porquê as pessoas cuidam de si;
- **Teoria do Déficit de Autocuidado**, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem;
- **Teoria dos sistemas de Enfermagem**, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça Enfermagem.

(Orem, 2001)

2/35



POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Enquadramento teórico

Capacitar (ou empoderamento) surgiu na literatura como conceito científico nas décadas de 1960 e 70 relacionado com direitos civis e processos de democratização na África do Sul, América do Sul e EUA.

A Capacitação está fixada na ação social e tem como objetivo aumentar a autonomia, o poder e a influência de grupos oprimidos.



Segundo estes autores, a capacitação é um conceito, um processo e um resultado.




Este conceito é descrito como sendo um processo social, de ajuda, dinâmico, interativo, transacional e de habilitação, facilitando a interação com os outros.

(Halvorsen et al., 2020)

3/35

Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém

125



Enquadramento teórico - Cuidador Informal

Pessoa que cuida de forma regular ou permanente de outra pessoa que esteja numa situação de dependência.

- Cuidador informal não principal;
- Cuidador informal principal.


Cuidador Principal:

- Acompanha e cuida da pessoa em situação de dependência de forma permanente;
- **VIVE COM A PESSOA EM COMUNHÃO DE HABITAÇÃO;**
- Não recebe remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta;
- Pode ter direito ao subsídio de apoio ao cuidador informal principal.

Cuidador Não Principal:

- Acompanha e cuida da pessoa dependente de forma regular, mas não permanente;
- **PODE OU NÃO VIVER COM A PESSOA EM COMUNHÃO DE HABITAÇÃO;**
- Pode ou não receber remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta;
- Não tem direito ao subsídio de apoio ao cuidador informal principal.


(Portugal.gov.pt, 2021, p. 2) 4/35



Metodologia

Planeamento em saúde	Diagnóstico de Situação
	Definição de prioridades
	Fixação de Objetivos
	Estratégia
	Intervenção
	Avaliação

(Imperatori&Giraldes,1993) 5/35



Caracterização da unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

- **Missão:**
 Prestar cuidados de enfermagem à população residente numa determinada área geográfica, visando contribuir para a melhoria do estado de saúde desta população.

Constituição:

- 3 enfermeiros;
- 1 enfermeira coordenadora;
- 1 secretário clínico.


BICSP 6/35



Caracterização sociodemográfica e socioeconómica

<p>Demografia e Sociedade</p> <ul style="list-style-type: none"> • População residente (nº): 3 625; • População ≥ 65 anos: 31,1%; • Índice de Dependência Total: 66,8%. <p style="text-align: right;">(INE, 2023)</p>	<p>Economia e Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganho médio mensal por trabalhador por conta de outrem: 874,0 Euros. <p>Destes a escolaridade é:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 36,1% tem o secundário; • 35% 3º ciclo; • 15,9 2º ciclo; • 15% 1º ciclo. <p style="text-align: right;">(INE, 2021)</p>
---	--

7/35



Escolha da temática

Comunidade envelhecida

Cuidadores sem apoios

Comunidade sem respostas

Índice de envelhecimento elevado

Índice de dependência elevado

8/35



Dados nível internacional

Nos últimos 20 anos, os profissionais estão mais atentos a esta temática e já se evidenciam as melhorias embora ainda não sejam suficientes.

A nível mundial, estima-se que 349 milhões de pessoas sejam dependentes de cuidados, sendo que 101 milhões (29%) são idosos.

- Intervenções com apoio da tecnologia, incluindo a utilização de serviços telefónicos e informáticos, para prestar apoio e educação adequados aos cuidadores.
- Cuidados temporários, definidos como uma pausa temporária nas atividades de prestação de cuidados ao cuidador informal, com o objetivo de reduzir o stress e melhorar o bem-estar do cuidador.

(WHO, 2017)

9/35



Dados nacionais

PRINCIPAIS DESAFIOS E DIFICULDADES ASSOCIADOS AO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL



64,6%
Emocional/
Psicológico



59,1%
Sociais
(apoiar do estado/
associações/
estímulo do cuidador)



51,8%
Financeiras



64,6%
Outros
Recursos Humanos



59,1%
Laborais




51,8%
Relativos à formação/
capacitação do
cuidador informal

SEGUNDO O ESTUDO DO MOVIMENTO CUIDAR DOS CUIDADORES INFORMAIS REALIZADO EM 2021 COM 1133 RESPÓSTAS

(Movimento cuidar dos cuidadores, 2021)

10/35




Dados nacionais

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO CUIDADOR SEGUNDO UM QUESTIONÁRIO EM 2023

- 84,7% é do sexo feminino
- 15% é do sexo masculino
- 4,8% tem entre 18 e 30 anos
- 15,3% tem entre 31 e 44 anos
- 26,2% tem entre 45 e 54 anos
- 33,6% tem entre 55 e 64 anos
- 20% tem 65 ou mais anos

• 41,2% tem necessidade de receber formação específica em algum aspeto do cuidar

(Movimento cuidar dos cuidadores, 2023) 11/35

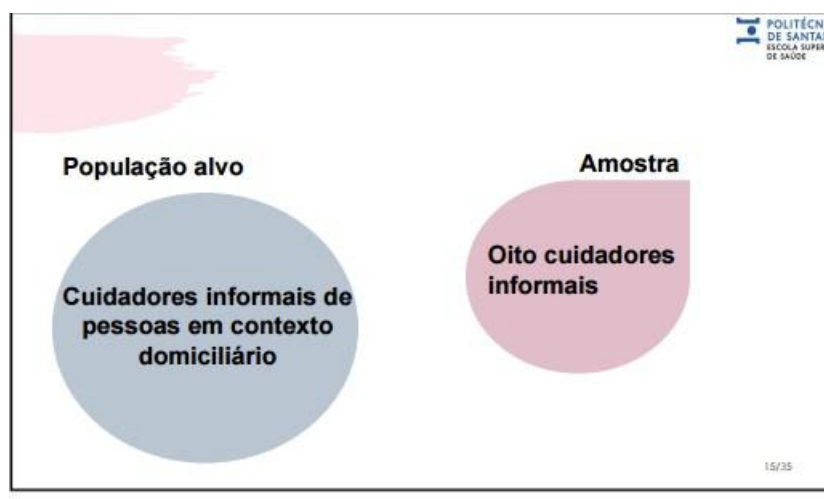
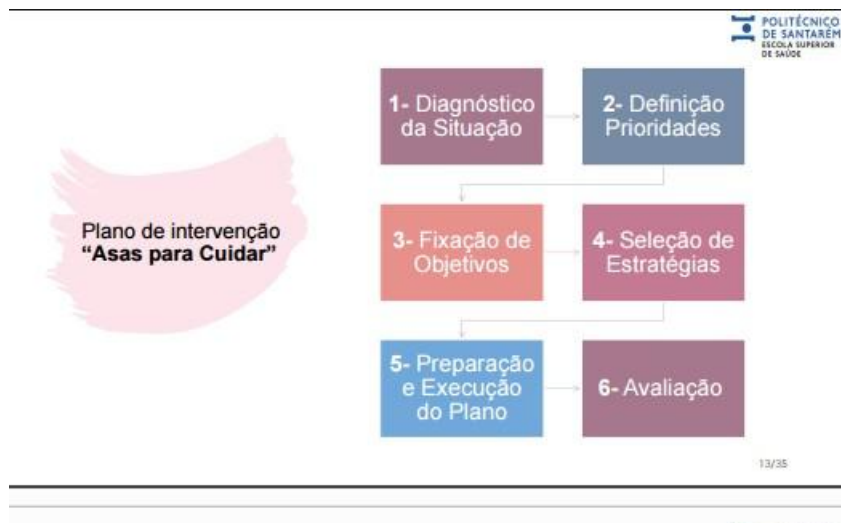


Período de referência dos dados (Z)	NUTS 2024 (hierarquia cumulativa - PT, NUTS 1, 2L, 3L, CC, FR) - variante 1 (Z)	Índice de envelhecimento (N ^o) por Local de residência (NUTS - 2024): Anual		Índice de dependência total (N ^o) por Local de residência (NUTS - 2024): Anual	
		N ^o	N ^o	N ^o	N ^o
2023	Portugal	188,1	58,5	205,6	66,8
2022	Portugal	184,4	58,3	198,6	67,8
2021	Portugal	181,3	57,9	198,8	68,4

PORDATA

Dados regionais

12/35



POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Colheita de dados

- Entrevistas a elementos chave
- Aplicação da escala de *Barthel* aos dependentes da amostra
- Aplicação de questionário: caracterização sociodemográfica, temática;
- Aplicação da escala de *Zarit* aos cuidadores.

16/35

POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Princípios éticos

Parecer comissão de ética;

Consentimento informado aos cuidadores:

- Garantia do anonimato;
- Contacto para esclarecimento de dúvidas;
- Respeitar a decisão de adesão/não adesão aos instrumentos de recolha de dados;
- Os dados recolhidos foram guardados até à defesa da tese para conferir mestrado, todos os dados vão ser destruídos após em destruidora de papel;
- Confidencialidade de dados pessoais.

17/35

POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Entrevistas informantes-chave


- Enfermeira cooperante
- Diretora técnica instituição parceira
- Auxiliar de ação direta que realiza apoio domiciliário na instituição parceira

18/35



Necessidades identificadas

- Falta de conhecimento dos cuidadores;
- Desgaste físico e psicológico dos cuidadores informais;
- Criação de uma intervenção de ajuda aos cuidadores.



19/35




Determinantes em saúde



(DGS, 2023)

20/35



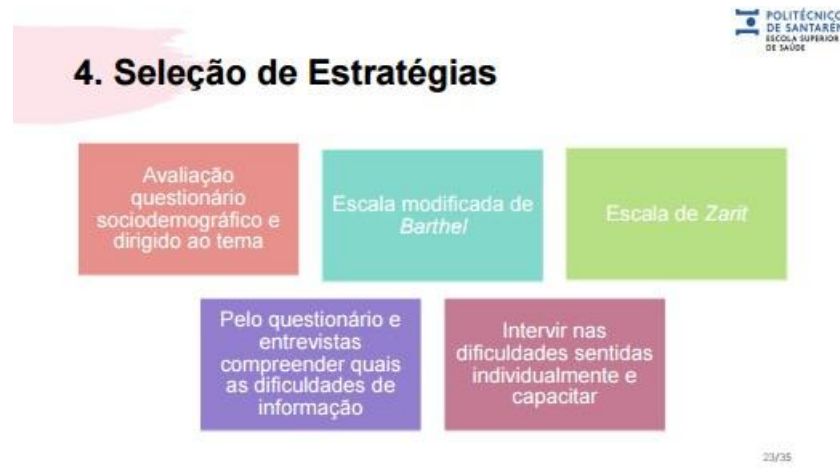
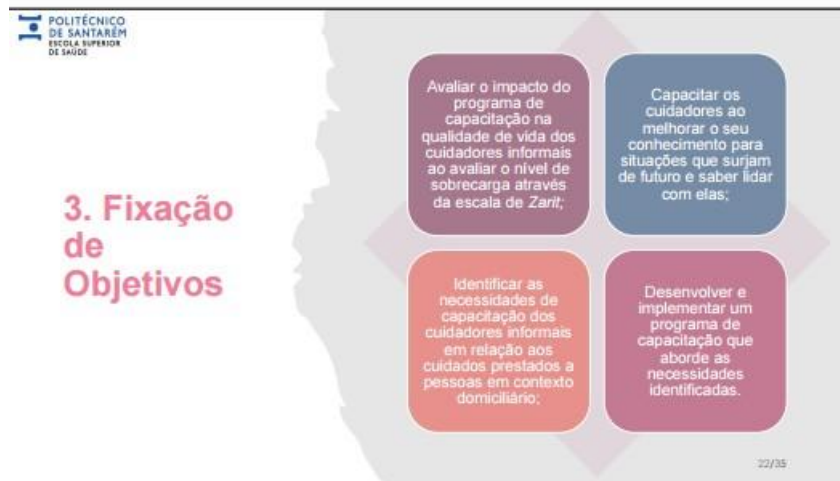
2. Definição de Prioridades

Lista de Problemas:

- Formação de cuidadores formais em contexto de apoio domiciliário;
- Capacitação e melhoria de qualidade de vida dos cuidadores informais;
- Melhoria nas condições de trabalho nos profissionais que prestam apoio domiciliário;
- Criação de grupos de apoio para os cuidadores informais.

- Priorização através da Grelha de análise de Imperatori&Giraldes, 1982.
- **Prioridade: Capacitação e melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais.**

21/35





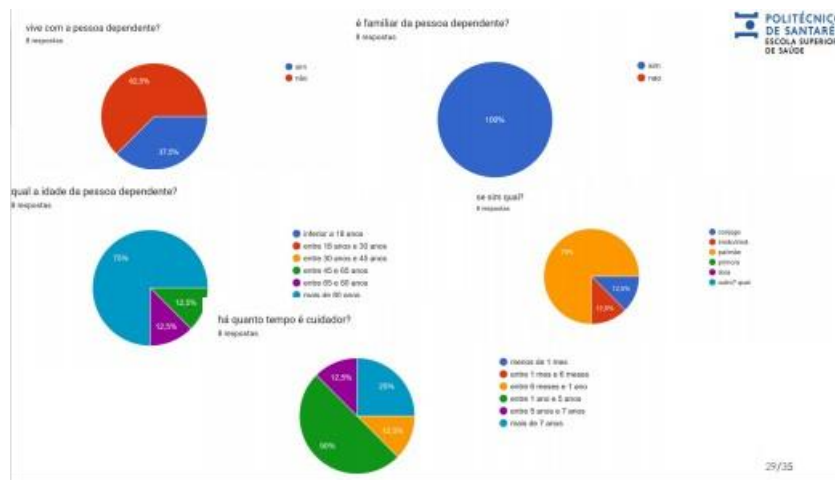
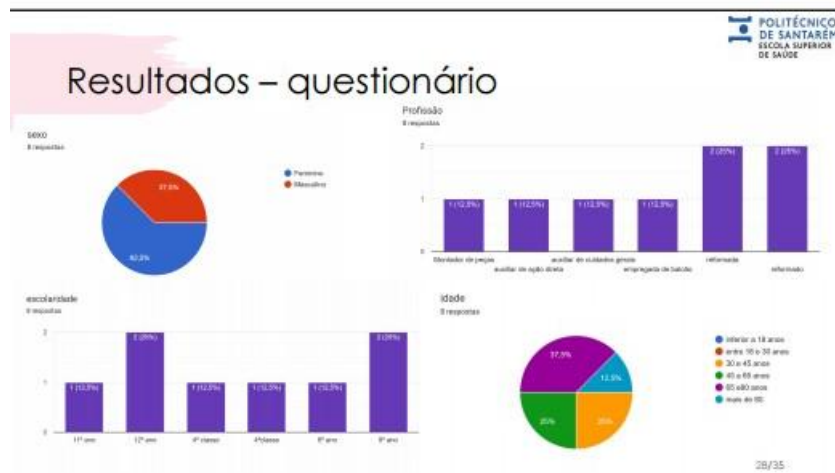
Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde

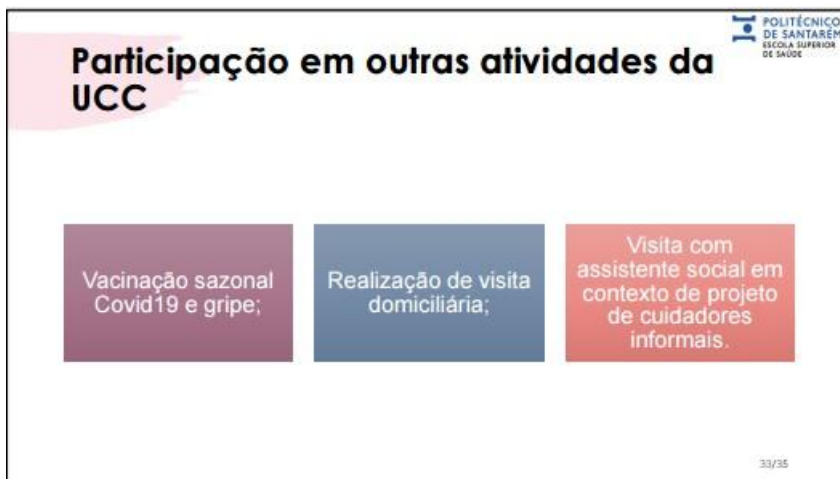
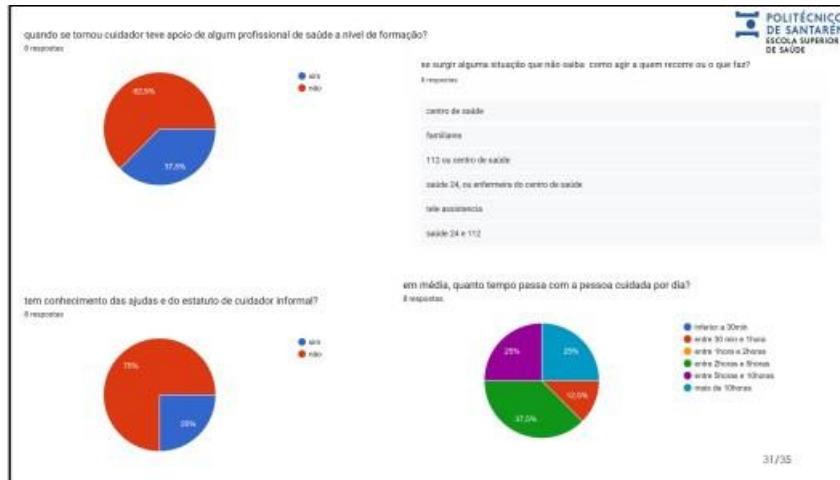
6. Avaliação


- Aplicação de questionário de satisfação de qualidade;
- Todos os cuidadores sentiram que com o trabalho realizado desenvolveram estratégias para lidar com as dificuldades que possam surgir de futuro e mudar alguns hábitos que anteriormente desconheciam não ser os adequados.

27/35

À esquerda do texto, há um ícone rosa que representa um grupo de três pessoas com um balão de fala acima delas. No canto superior direito, há o logótipo do Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde. No canto inferior direito, há o número '27/35'.







Reflexão

O cuidado ao cuidador é fundamental para garantir a sustentabilidade do cuidado em domicílio e fortalecer o sistema de saúde.

A capacitação dos cuidadores informais é um investimento social que gera benefícios para toda a comunidade. Através da capacitação, o enfermeiro contribui para a construção de redes de apoio e a criação de um ambiente mais favorável ao cuidado em domicílio.

A enfermagem comunitária, ao promover a autonomia e o empoderamento dos cuidadores, fortalece o vínculo entre profissional e comunidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública contribui significativamente para a promoção da saúde, a prevenção da doença e reabilitação. Contribui para o desenvolvimento de comunidades mais saudáveis e resilientes, através de intervenções que englobem parcerias essenciais para uma resposta integrada às necessidades específicas da pessoa, família e comunidade.

34/35



Bibliografia



35/35

**OBRIGADA PELA
ATENÇÃO**

36

ANEXO XV – Scoping Review

JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports

Review title: Capacitação de Cuidadores Informais de Pessoas Dependentes no Domicílio: Uma *Scoping Review* da Literatura

Realizado por: Ana Sofia Gonçalves Pacheco nº 230000079

Abstract

Esta *scoping review* tem como objetivo mapear e descrever a literatura existente sobre a capacitação de cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio. Foram analisados os tipos de intervenções de enfermagem, as conclusões retiradas relacionadas com a qualidade de vida dos cuidadores e as metodologias de estudo utilizadas. A *scoping* seguiu a metodologia para *scoping reviews* do Joanna Briggs Institute (JBI) e os resultados contribuíram para identificar as falhas no conhecimento e para transmitir a futuras investigações e práticas clínicas em enfermagem, contribuindo assim para o avanço da prática baseada na evidência em enfermagem.

O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes têm levado a um crescimento significativo do número de pessoas dependentes que requerem cuidados contínuos, muitas das vezes prestados no seu domicílio. Neste contexto, os cuidadores informais assumem um papel central e insubstituível na prestação destes cuidados. Porém, desempenhar este papel é muitas das vezes associado a uma elevada sobrecarga física, emocional, social e financeira, que pode ter um impacto significativo na sua qualidade de vida.

A enfermagem desempenha um papel fundamental no apoio a estes cuidadores, através de intervenções que têm como objetivo a capacitação, a passagem de informação, o suporte emocional e a promoção do autocuidado. No entanto, o conhecimento sobre o tipo e o impacto da capacitação na qualidade de vida dos cuidadores informais, no contexto do domicílio e da pessoa dependente tem de ser analisado.

Objective: O objetivo principal desta *scoping review* é identificar e sintetizar a evidência científica existente sobre as intervenções de capacitação dirigidas a cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio, de modo a caracterizar a sua natureza, os seus focos e examinar o impacto reportado na qualidade de vida e na sobrecarga dos cuidadores.

Methods: A presente *scoping review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para o desenvolvimento de *scoping reviews*.

Page 1

Como métodos de investigação recorremos a uma pesquisa da literatura através do método de *scoping review* e através das informações exploradas desenvolvemos um protocolo. Foi necessário identificar os descritores MESH, tendo usado como critérios os artigos em *Free full text*, dos últimos 5 anos, direcionados aos humanos de ambos os géneros, com idades adultas superior a 19 anos, escritos em português, inglês e espanhol.

Keywords: Enfermeiro; Cuidador informal; Domicílio; Capacitação.

Abstract word count: 237 palavras

Total manuscript word count: 2554 palavras

Introduction

Atualmente a sociedade enfrenta uma transformação demográfica como nunca se viu, caracterizada pelo envelhecimento progressivo da população. Este fenómeno, estimulado pela diminuição das taxas de natalidade e pelo aumento contínuo da esperança média de vida, é uma realidade global com implicações profundas nos sistemas de saúde, sociais e económicos (World Health Organization, 2021).

Em Portugal verifica-se esta tendência com um valor cada vez mais elevado, apresentando-se como um dos países com mais rápido envelhecimento na Europa, uma realidade confirmada pelos dados demográficos mais recentes (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Este cenário resulta num aumento grande da prevalência de doenças crónicas, morbilidade e situações de dependência funcional, que exigem cuidados de saúde continuados e de longa duração.

Em conjunto a esta mudança demográfica e epidemiológica, presencia-se uma mudança no padrão da prestação de cuidados. A preferência por manter a pessoa idosa ou em situação de dependência no seu ambiente familiar, em conjunto com uma ideia de não manter as pessoas em instituições e à necessidade de otimização de recursos hospitalares, centra agora os cuidados no domicílio.

Assim, surge uma figura central, ainda que muitas vezes invisível: o cuidador informal. Definido como um familiar, amigo ou vizinho que, sem remuneração, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados a uma pessoa com dependência (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro), o

cuidador informal tornou-se um pilar fundamental e insubstituível dos sistemas de saúde. Estas pessoas garantem a continuidade dos cuidados, promovem o bem-estar e a segurança da pessoa cuidada acumulando tarefas que, de outra forma, incidiriam sobre os serviços de saúde.

Contudo, este papel tem muitos desafios e consequências significativas. A tarefa de cuidar é exigente e multifacetada, envolvendo uma sobrecarga que se manifesta em múltiplas dimensões, como foi concetualizada por Zarit et al. em 1980. A nível físico os cuidadores encaram o desgaste de tarefas como mobilizações, higiene e vigilância constante. Relativamente ao psicológico e emocional, a responsabilidade, o confronto com o sofrimento e a progressão da doença do seu ente querido são fontes de stress, ansiedade, depressão e isolamento social. A dimensão financeira é igualmente afetada, com muitos cuidadores a terem de reduzir a sua atividade profissional ou mesmo a abandonar o emprego, enfrentando ainda custos com a aquisição de medicação e material clínico. Esta sobrecarga em várias áreas compromete severamente a qualidade de vida do cuidador (Sousa & Figueiredo, 2018), colocando a sua própria saúde em risco e podendo levar a um esgotamento que compromete a sua capacidade de continuar a prestar cuidados de qualidade.

A complexidade dos cuidados no domicílio aumentou significativamente. Os cuidadores informais são hoje chamados a executar procedimentos que antes eram exclusivos de profissionais de saúde, como a administração de terapêuticas complexas, a gestão de medicação, a prevenção de quedas, o tratamento de feridas, o manuseamento de equipamentos médicos e a monitorização de sinais vitais. A ausência de conhecimentos e competências técnicas para realizar estas tarefas com segurança gera insegurança e ansiedade no cuidador e, aumenta o risco de ocorrência de acidentes para a pessoa cuidada.

É neste cenário que a intervenção do enfermeiro, em particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assume uma importância extrema, conforme as competências definidas pela Ordem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Pela sua proximidade com as famílias, pela sua visão holística da pessoa no seu contexto e pelo seu foco na promoção da saúde e na prevenção da doença, o enfermeiro está numa posição privilegiada para identificar as necessidades destes cuidadores e para intervir de forma proativa.

A resposta a estas necessidades passa, essencialmente pela capacitação. A capacitação ultrapassa a simples transmissão de informação, é um processo educativo e de empoderamento que visa fornecer ao cuidador informal competências, conhecimentos e recursos necessários para prestar cuidados de forma segura, eficaz e confiante. Este processo envolve ensinar habilidades práticas,

fornecer estratégias para a gestão do stress e da sobrecarga, promover o autocuidado do próprio cuidador, facilitar o acesso a recursos comunitários e fortalecer a sua capacidade de tomar decisões informadas. Ao capacitar o cuidador, não só melhora a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa dependente, como também protege e promove a saúde e a qualidade de vida do cuidador, prevenindo o seu esgotamento e validando o seu papel essencial.

Apesar do reconhecimento crescente da importância da capacitação dos cuidadores informais, existe uma grande dispersão na literatura científica sobre os tipos de intervenções implementadas, as suas metodologias, os seus focos e, crucialmente, a evidência do seu impacto. As abordagens podem variar desde sessões educativas em grupo, a intervenções individuais no domicílio, passando por plataformas de saúde e suporte online. A eficácia destas intervenções e as suas componentes mais importantes necessitam de ser constantemente identificadas para informar a prática clínica e a elaboração de políticas de saúde mais eficazes.

Para responder a esta falha de conhecimento, torna-se imprescindível realizar uma revisão abrangente da literatura existente. A metodologia da Scoping Review é a mais adequada para este fim. De acordo com o enquadramento de Arksey e O'Malley (2005) e as diretrizes atualizadas do Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020), as *scoping reviews* são ideais para identificar a extensão, o alcance e a natureza da evidência de investigação sobre um certo tópico, para identificar os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa e para clarificar áreas que beneficiariam de uma revisão sistemática mais aprofundada.

Neste sentido, a presente *scoping review* tem como objetivo principal: identificar a literatura existente no âmbito científico sobre as intervenções de capacitação promovidas por enfermeiros ou equipas de saúde dirigidas a cuidadores informais no domicílio. Procurar-se-á responder à seguinte questão de investigação: "Quais as intervenções de capacitação para cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio descritas na literatura e qual o seu impacto na qualidade de vida destes cuidadores?". Através desta identificação, pretende-se resumir o que existe, reconhecer as principais barreiras e facilitadores à sua implementação e, principalmente, identificar as falhas na investigação que necessitam de ser exploradas no futuro. Este trabalho visa, contribuir com evidência que possa guiar os enfermeiros e outros profissionais de saúde na implementação de programas de apoio eficazes, que respondam às necessidades reais dos cuidadores informais e que promovam a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Review question

Quais as intervenções de capacitação para cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio e qual o seu impacto na qualidade de vida destes cuidadores?

Inclusion criteria

Os critérios de elegibilidade serão definidos segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), empregando a estratégia: População, Conceito e Contexto (PCC).

Participants

Esta *scoping* irá considerar estudos que incluam como participantes Cuidadores informais que prestam cuidados a pessoas com qualquer grau de dependência no ambiente domiciliário, o enfermeiro e a pessoa dependente de cuidados.

Concept

Esta *scoping* irá considerar estudos que explorem os conceitos: Enfermeiro; cuidador informal; domicílio; capacitação.

Context

O contexto de interesse é o domicílio e a unidade de cuidados na comunidade. Serão incluídos estudos realizados em qualquer país ou sistema de saúde que abordem este ambiente de cuidado.

Types of sources

Esta *scoping* considerará para inclusão estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. Além disso, as revisões sistemáticas e os artigos de texto e de opinião serão considerados para inclusão na *scoping*. Serão incluídos artigos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Incluindo os artigos publicados nos últimos cinco anos.

Methods

A *Scoping Review* apresentada foi efetuada de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* tendo como o objetivo fornecer um mapa de alcance disponível. As *Scoping Reviews* são úteis para examinar evidências emergentes quando ainda não estão claras outras questões mais específicas e importantes. (The Joanna Briggs Institute, 2015)

Search strategy

A estratégia de pesquisa tem como objetivo a identificação de artigos científicos que contribuam para a compreensão da questão de investigação. Foi realizada a pesquisa na plataforma e base de dados definidas, utilizando os descritores MeSH supramencionados, com recurso ao booleano "AND" ou "OR", de onde resultou a expressão de pesquisa: "Nurs* AND Informal caregiver OR Domiciliary care AND health education", Segundo Quadro infra.

Descritores MeSH
Nurs*
Informal caregiver
Domiciliary care
Health Education

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos primários publicados tendo por base os conceitos definidos: Enfermeiro, capacitação, cuidador informal e cuidados no domicílio, procedeu-se à definição dos termos descritores MeSH.

Após esta identificação dos descritores procedeu-se à elaboração da expressão de pesquisa, recorrendo ao uso dos booleanos "and" e "or".

"Nurs*" AND "Informal Caregiver" OR "Domiciliary Care" AND "Health Education"

Após a elaboração da expressão de pesquisa, utilizou-se a base de dados PubMed utilizando os seguintes limitadores: Artigos escritos em português, inglês e espanhol em *Free Full Text*, com data de publicação nos últimos cinco anos, englobando os humanos do género masculino e feminino com idades de adulto superior a 19 anos.

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos primários publicados e não publicados, revisões e textos e artigos de opinião. Foi efetuada uma pesquisa inicial limitada na PubMed para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos utilizados no índice para descrever os artigos foram úteis para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa através da plataforma da PubMed. A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos de índice identificados, será adaptada para cada fonte de informação incluída. As referências dos artigos selecionados para revisão em *Free Full Text* serão examinadas para identificar trabalhos adicionais.

Information sources

Para esta investigação foram utilizadas como fontes as bases de dados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) e a plataforma da PubMed. O projeto foi baseado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

Study selection

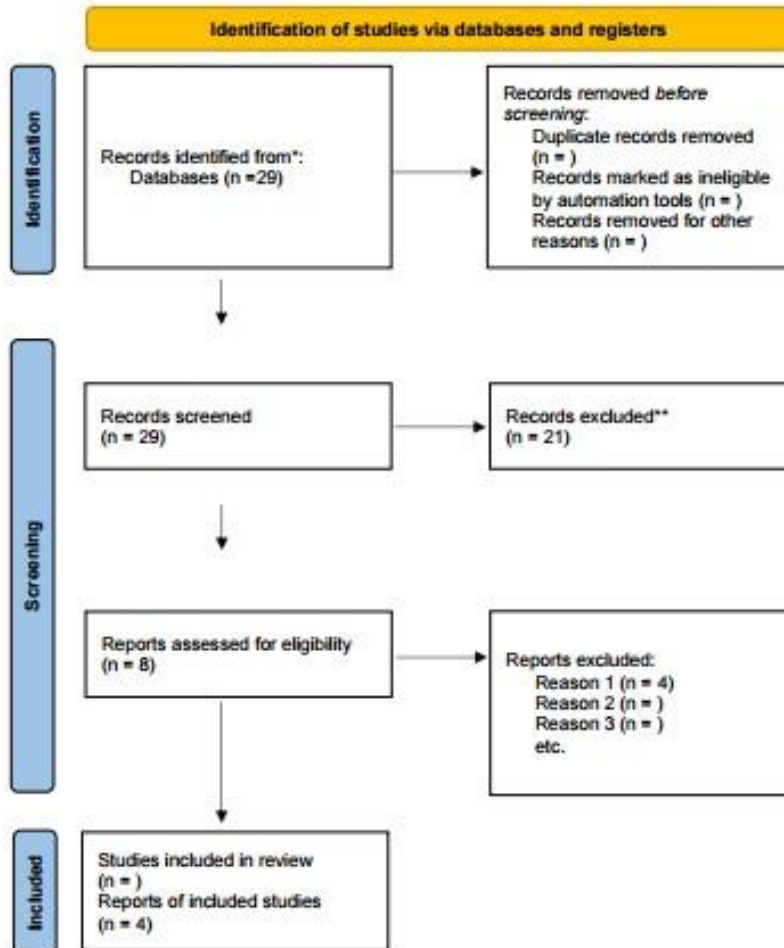
O diagrama de fluxo (PRISMA 2020) foi elaborado tendo por base as pesquisas efetuadas na base de dados selecionada. Assim, foi possível chegar ao número total de artigos resultantes da pesquisa na base de dados mobilizada.

Na primeira fase do PRISMA, designada *Identification*, identificámos o número de artigos encontrados na base de dados, totalizando 29 artigos. Posteriormente, foram rejeitados 0 artigos (duplicados; ilegíveis).

O *Screening* constitui a segunda fase do PRISMA, onde, após a análise do título do artigo e do *abstract*, devem ser rejeitados aqueles que não cumprem os critérios de inclusão previamente definidos, de acordo com o método PCC, nomeadamente os critérios de inclusão referentes aos participantes. Assim, dos 29 artigos da segunda fase, foram rejeitados sem razões 21 artigos, restando 8 artigos para leitura integral. Foram rejeitados 4 artigos por não apresentarem objetivos claros.

Surge, assim, a terceira fase do PRISMA "*Included*", onde se verifica um total de 4 artigos. Foram selecionados os 4 artigos que permitam a compreensão de forma mais completa da questão de revisão, para posterior análise e avaliação individual, a análise destes artigos pode ser encontrada no "*Appendix IV - Data extraction instrument*".

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

Tendo em conta o *Appendix IV*, documento específico no âmbito da extração de dados, no formato proposto pelo JBI, ocorre a utilização do mesmo como instrumento de sistematização da informação constante nos artigos em análise. Este apresenta-se organizado de acordo com a identificação da *ScR* em desenvolvimento pelo grupo, compreendendo 9 variáveis: autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado (se aplicável), contributos para a questão de revisão.

Data presentation

Perante a questão de revisão definida inicialmente, surge a presente análise compreensiva que engloba os 4 artigos científicos que permitiram uma melhor compreensão da questão. À luz dos conceitos que surgiram da questão, presentes no mapa conceptual, e, com recurso às teorias de Enfermagem, pode-se perceber a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública perante a efetividade das intervenções de enfermagem relativamente à capacitação, com cuidadores informais de pessoas dependentes.

References

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Fernandes, B., & Luisa, C. (2022). Cuidadores informais de pessoas idosas com demência: Percursos e desafios. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 2, 71–80. <https://doi.org/10.61415/riage.32>
- Guerreiro, C., Gemito, L., Caldeira, E., Coelho, A., & Moita, E. (2022). Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes. *RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(2), 225–239. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).560.225-239](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).560.225-239)
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). *NANDA International, Inc. nursing diagnoses: Definitions & classification 2021–2023* (12th ed.). Thieme.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 – Envelhecimento da população residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=556996962&DESTAQUESmodo=2

Lei n.º 100/2019. (2019, 6 de setembro). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República, 1.ª série, n.º 171, 2–10. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-123245968>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/reg-comp-especificas-eeecspsc-428-2018.pdf>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Saramago, S. S. S. (2023). Envelhecimento e assimetrias territoriais em Portugal. *Intervenção Social*, (61), 9–23. <http://repositorio.ulsiada.pt/handle/11067/7206>

Shi, J. M., Wang, K., & Yoo, D. W. (2025). Balancing caregiving and self-care: Exploring mental health needs of Alzheimer's and dementia caregivers [Preprint]. arXiv

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2018). O impacto do cuidar na saúde e qualidade de vida dos cuidadores informais. Almedina.

World Health Organization. (2021). World report on ageing and health. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Appendix I: Conceptual Map

Mapa Conceptual

Conceito Organizador	Capacitação (ou estratégias de capacitação, programas de educação)		
Outros Conceitos	Enfermeiro	Cuidador Informal	Domicilio

Appendix II: Search strategy

#Present a full search strategy for at least one electronic database including planned limits, such that it can be reviewed and repeated#

#Insert name of database (insert name of the platform/service provider), e.g. MEDLINE (Ovid)#

Search conducted on #month, year#

Search	Query – Cada Grupo, trabalha x descritores, permutando entre o x+1 e o x-1	Records retrieved
#1	Nurs* [MeSH]	6088
#2	Informal caregiver [MeSH]	22653
#3	Domiciliary care [MeSH]	9706
#4	Health education [MeSH]	71294
#1 AND #2	Nurs* [MeSH] AND Informal caregiver [MeSH]	267
#1 AND #3	Nurs* [MeSH] AND Domiciliary care [MeSH]	945
#1 OR #4	Nurs* [MeSH] OR Health education [MeSH]	11209
#2 AND #3	Informal caregiver [MeSH] AND Domiciliary care [MeSH]	172
#2 OR #4	Informal caregiver [MeSH] OR Health education [MeSH]	8776
#1 AND #2 AND #3	Nurs* [MeSH] AND Informal caregiver [MeSH] AND Domiciliary care [MeSH]	166
#2 AND #3 OR #4	Informal caregiver [MeSH] AND Domiciliary care [MeSH] OR Health education [MeSH]	5412
#1 AND #2 AND #3 OR #4	Nurs* [MeSH] AND Informal caregiver [MeSH] AND Domiciliary care [MeSH] OR Health education [MeSH]	5407
Limited to #date, language limits etc.#		Last 5 years; Portuguese, English and Spanish; Humans; Male and Female; Adult 19+ years;

JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports

Appendix IV: Data extraction instrument

<p>Appendix IV</p> <p>Título da Revisão: Capacitação de Cuidadores Informais de Pessoas Dependentes no Domicílio: Uma Scoping Review da Literatura</p> <p>Questão: Quais as intervenções de capacitação para cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio e qual o seu impacto na qualidade de vida destes cuidadores?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Esta revisão irá considerar estudos que incluam como participantes o enfermeiro, a pessoa cuidada e o cuidador.</p> <p>Conceito: Enfermeiro, Cuidador informal, Domicílio, Capacitação (ou estratégias de capacitação, programas de educação)</p> <p>Contexto: Domicílio, Unidade de Cuidados na Comunidade.</p>
<p>> <u>Autor/es:</u></p> <p>Shi, J. M., Wang, K., Yoo, D. W., et al.</p>
<p>> <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2025</p>
<p>> <u>País de origem:</u></p>
<p>> <u>Objetivos:</u></p> <p>O estudo examina as preocupações de bem-estar mental dos cuidadores, focando-se nas práticas que adotam para gerir o peso do cuidar e nas tecnologias que utilizam para suporte.</p>
<p>> <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>Este estudo adotou uma abordagem qualitativa para aprofundar a compreensão das necessidades de saúde mental dos cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer e Demências Relacionadas (DA/ADRD).</p> <p>A pesquisa contou com a participação de 25 cuidadores familiares. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, permitindo explorar em detalhe as suas preocupações com o bem-estar mental, as práticas de autogestão que adotam para lidar com o peso do cuidar e o papel da tecnologia como suporte. O estudo focou-se em como estas necessidades e práticas evoluem ao longo de três estágios distintos da jornada de cuidar.</p>
<p>> <u>Interpretação desenvolvida:</u></p>

A interpretação desenvolvida pelos autores realça a complexidade das necessidades de saúde mental dos cuidadores de pessoas com DA/ADRD e a necessidade de suporte adaptado.

Os resultados apontam para "desafios avassaladores" enfrentados pelos cuidadores, incluindo o "peso financeiro" que impacta a saúde mental. A interpretação dos autores foca-se na identificação das principais causas e efeitos desses desafios de saúde mental, e na forma como o bem-estar mental dos cuidadores "evolui em três estágios distintos da jornada de cuidar".

A principal implicação interpretada pelos autores é a necessidade urgente de soluções que apoiem o bem-estar mental dos cuidadores. Eles reforçam que as melhorias em tecnologias de saúde mental existentes devem focar-se em "soluções acessíveis, escaláveis e personalizadas que se adaptem às suas necessidades em mudança". No final, os resultados "oferecem uma base para o desenho de intervenções dinâmicas e sensíveis ao estágio do cuidar, que apoiem holisticamente o bem-estar mental dos cuidadores, beneficiando tanto os cuidadores quanto os recetores de cuidados". Isto reflete a compreensão profunda da jornada do cuidador é essencial para desenvolver apoios eficazes e adaptáveis.

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

O estudo demonstra as preocupações do bem-estar mental dos cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer e Demências Relacionadas (DA/ADRD). Este estudo é essencial para entender o "impacto na qualidade de vida" e identificar aspetos específicos que as intervenções de capacitação devem abordar, como o "peso financeiro" e os desafios de saúde mental.

Ao mapear como o bem-estar mental dos cuidadores evolui em "três estágios distintos da jornada de cuidar", o artigo fornece insights para o desenho de intervenções de capacitação que sejam "dinâmicas e sensíveis ao estágio". Isto sugere que a capacitação não é um evento único, mas um processo contínuo que deve adaptar-se às fases do percurso do cuidador no domicílio.

O estudo aborda as "tecnologias que utilizam para suporte" e a necessidade de "soluções acessíveis, escaláveis e personalizadas". Embora não descreva intervenções de capacitação sugere que a tecnologia pode ser uma ferramenta para o suporte e, por extensão, para a capacitação, o que amplia o leque de "intervenções de capacitação" a considerar na sua revisão.

A conclusão de que os achados "oferecem uma base para o desenho de intervenções dinâmicas e sensíveis ao estágio do cuidar, que apoiem holisticamente o bem-estar mental dos cuidadores" sublinha a importância de estratégias de capacitação que vão além do ensino de tarefas, abrangendo também o suporte emocional e psicológico, influenciando diretamente a qualidade de vida.

Appendix IV	
Título da Revisão: Capacitação de Cuidadores Informais de Pessoas Dependentes no Domicílio: Uma Scoping Review da Literatura	
Questão: Quais as intervenções de capacitação para cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio e qual o seu impacto na qualidade de vida destes cuidadores?	
CrITÉRIOS de Inclusão (PCC):	
População: Esta revisão irá considerar estudos que incluam como participantes o enfermeiro, a pessoa cuidada e o cuidador.	
Conceito: Enfermeiro, Cuidador informal, Domicílio, Capacitação (ou estratégias de capacitação, programas de educação)	
Contexto: Domicílio, Unidade de Cuidados na Comunidade.	
➤ <u>Autor/es:</u> Saramago, Sílvia Sara Sousa	
➤ <u>Ano da Publicação:</u> 2023	
➤ <u>País de origem:</u> Portugal	
➤ <u>Objetivos:</u> Abordar os principais aspetos da dimensão territorial do processo de envelhecimento em Portugal. Identificar os seus principais fatores e reconhecer a urgência de adaptar as lógicas de planeamento e gestão dos territórios aos perfis demográficos de uma população crescentemente envelhecida. Partir do pressuposto que diferentes territórios proporcionam distintas condições, oportunidades e/ou constrangimentos aos percursos e à qualidade de vida das pessoas mais velhas	
➤ <u>Metodologia/métodos:</u> Este artigo é uma revisão de literatura realizada no âmbito da elaboração de uma tese de doutoramento em Serviço Social. Este tipo de metodologia de investigação não envolve a recolha de dados primários através de inquéritos ou entrevistas diretas, mas sim a análise e síntese crítica de informação já existente. Para a construção deste trabalho, a autora recorreu a uma vasta gama de fontes de dados secundários. As informações foram extraídas de organismos oficiais e publicações relevantes na área, incluindo dados demográficos e estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE) e da Pordata, relatórios de organizações como as Nações Unidas e o Ministério da Saúde, assim como literatura científica e estudos sobre envelhecimento e território em Portugal.	

O método consistiu na análise e interpretação dessas informações para abordar a dimensão territorial do processo de envelhecimento em Portugal. O foco da análise centrou-se nas assimetrias geográficas presentes no território português, como as diferenças entre contextos rurais de baixa densidade populacional e urbanos de alta densidade.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Este estudo reforça a profunda interligação entre a morfologia dos territórios e o processo de envelhecimento das populações. Portugal enfrenta não só o acentuado crescimento do grupo etário com mais de 65 anos, mas também o desafio de ter uma proporção crescente de adultos a atingir idades cada vez mais avançadas. A autora destaca que diferentes territórios oferecem "distintas condições, oportunidades e/ou constrangimentos aos percursos e à qualidade de vida das pessoas mais velhas". É dada relevância às assimetrias entre os contextos rurais de baixa densidade populacional e os contextos urbanos de alta densidade, que demonstram experiências quotidianas e necessidades muito diferentes para os idosos. Envelhecer numa grande cidade do litoral é bastante diferente de envelhecer numa aldeia do interior do país.

A interpretação aponta para um acentuado desfasamento geográfico na cobertura das respostas sociais dirigidas aos maiores de 65 anos, como Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário e Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI). As áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, e o litoral algarvio, por exemplo, mostram taxas de cobertura abaixo da média nacional. Para além destas diferenças há ainda as distintas condições do dia a dia, como o rendimento disponível, as condições de habitação, a mobilidade e o acesso a bens e serviços básicos, nomeadamente os serviços públicos de saúde. Um indicador preocupante é que 66% dos alojamentos não estão preparados para acolher pessoas com mobilidade reduzida, e mais de 30% das habitações de idosos singulares têm dificuldades de aquecimento e problemas de humidade ou isolamento.

A interpretação final do estudo refere a urgência de adaptar as lógicas de planeamento e gestão dos territórios aos perfis demográficos de uma população crescentemente envelhecida. Isto implica a necessidade de redesenhar espaços habitacionais, assegurar políticas públicas transversais e concertadas que sejam "inclusivas das necessidades específicas das pessoas no decurso do seu processo de envelhecimento".

A integração e reconhecimento destas assimetrias geográficas são "fundamental e decisivo" nas fases de planeamento, implementação, gestão e avaliação de medidas públicas. Em suma, a autora defende que o envelhecimento populacional exige uma "abordagem verdadeiramente multidisciplinar", mobilizando diversos quadrantes (científicos, económicos, políticos e sociais) para responder aos "enormes desafios" que esta transformação demográfica impõe a Portugal.

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

O estudo aborda o envelhecimento populacional e as assimetrias territoriais em Portugal. Embora não se foque diretamente nos cuidadores, ele descreve as condições de vida e os desafios dos idosos que necessitam de cuidados no

domicílio (como condições de habitação inadequadas, mobilidade reduzida e acesso desigual a serviços básicos, incluindo saúde). Esta contextualização é fundamental para compreender o ambiente em que os cuidadores informais atuam e as dificuldades que impactam a sua prática e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Ao realçar as "lacunas na morfologia dos territórios" e as "assimetrias que distinguem os contextos rurais de baixa ou muita baixa densidade populacional e os contextos urbanos de alta densidade populacional", o artigo refere que as intervenções de capacitação para cuidadores informais no domicílio não podem ser padronizadas. Devem ser "adaptadas as lógicas de planeamento e gestão dos territórios aos perfis demográficos de uma população crescentemente envelhecida". Isso implica que a sua revisão deve considerar a diversidade das intervenções e como estas se ajustam a diferentes contextos geográficos.

O estudo demonstra que as condições territoriais (como o acesso a serviços, mobilidade e habitação) "exercem importantes influências nos modos como o seu envelhecimento acontece" e na "qualidade de vida das pessoas mais velhas". Assim, estas condições afetam a qualidade de vida do cuidador informal. Ao identificar estas variáveis contextuais, o artigo ajuda a sua revisão a explorar de forma mais profunda o "impacto na qualidade de vida" dos cuidadores, sugerindo que este impacto não se resume apenas à sobrecarga direta do cuidado, mas também às condições ambientais e sociais em que o cuidado é prestado.

O artigo conclui que é "urgente adaptar as lógicas de planeamento e gestão dos territórios" e que a dimensão territorial do envelhecimento exige uma "abordagem verdadeiramente multidisciplinar". Embora não se refira diretamente a programas de capacitação, esta chamada à ação por políticas públicas abrangentes sugere que as intervenções de capacitação devem ser parte de uma estratégia mais vasta de apoio ao envelhecimento no domicílio.

Appendix IV

Título da Revisão: Capacitação de Cuidadores Informais de Pessoas Dependentes no Domicílio: Uma Scoping Review da Literatura

Questão: Quais as intervenções de capacitação para cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio e qual o seu impacto na qualidade de vida destes cuidadores?

Crítérios de Inclusão (PCC):

População: Esta revisão irá considerar estudos que incluam como participantes o enfermeiro, a pessoa cuidada e o cuidador.

Conceito: Enfermeiro, Cuidador informal, Domicílio, Capacitação (ou estratégias de capacitação, programas de educação)

Contexto: Domicílio, Unidade de Cuidados na Comunidade.

➤ **Autor/es:**

Guerreiro, C., Gemito, L., Caldeira, E., Coelho, A., & Moita, E.

➤ **Ano da Publicação:**

2022

➤ **País de origem:**

Portugal

➤ **Objetivos:**

“Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais no desempenho das suas funções à pessoa idosa e caraterizar a sua qualidade de vida.” (p.225)

➤ **Metodologia/métodos:**

“Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Amostra por conveniência, constituída por 24 cuidadores de pessoas idosas dependentes nas Atividades de Vida Diárias (AVD). Inquérito por questionário (WHOQOL-Bref) e escalas selecionadas (Zarit e Barthel), aplicadas ao cuidador em anonimato. Tratamento estatístico através do Software Statistical Package for Social Sciences versão 24.0.” (p.225)

➤ **Interpretação desenvolvida:**

O estudo prova o perfil já determinado na literatura, que a maioria dos cuidadores informais são mulheres, casadas, com parentesco de filhas ou cônjuges da pessoa cuidada, e que geralmente coabitam com o idoso. Muitos destes cuidadores têm mais de 40 anos e habilitações literárias mais baixas. Maior parte das pessoas idosas cuidadas no estudo apresentam dependência moderada a severa, com idades entre 66 e 100 anos, e esta dependência é

frequentemente de longa duração (mais de 5 anos). O aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas torna o papel do cuidador informal cada vez mais imprescindível.

Ficou comprovado que a sobrecarga está presente na maioria dos cuidadores, variando de níveis moderados a severos. Os autores interpretam a sobrecarga como um "desgaste por cansaço" resultante da exposição a fatores de stress significativos num período, e está diretamente ligada à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da morbilidade tanto do cuidador como do idoso. No entanto, apesar da sobrecarga, os laços de amor e afeto prevalecem, com a maioria dos cuidadores a não considerar sequer entregar os seus familiares a outros cuidados.

A qualidade de vida global percecionada foi considerada mediana/satisfatória (52,08%), mas a análise dos domínios do WHOQOL-Bref revela que o domínio físico foi o que obteve a menor avaliação (58,32%), sugerindo consequências dos cuidados prestados na saúde física dos cuidadores. Os resultados mais baixos mostram-se na satisfação com o sono e repouso, atividades de lazer e sentimentos negativos (tristeza, ansiedade, depressão). O estudo verificou um comprometimento do autocuidado dos cuidadores informais, especialmente ao nível do sono, repouso e atividades recreativas/lazer. Esta interpretação é comprovada por outros estudos que ligam as necessidades de autocuidado a sono inadequado, alimentação ineficaz, interação social prejudicada e falta de instrução/experiência no cuidar.

Os resultados apontam para uma necessidade urgente de apoio a esta população. Os profissionais de saúde devem estar informados sobre as dificuldades dos cuidadores para melhorar a qualidade dos cuidados. A interpretação final é que são relevantes a implementação de intervenções na comunidade focadas na redução da sobrecarga, stress e ansiedade, através de programas de descanso, aconselhamento e educação para a literacia em saúde e autocuidado.

O estudo apresenta-se como uma "mais-valia para compreender as necessidades dos cuidadores informais e orientar atividades que vão ao encontro das suas especificidades". Reconhece-se a figura do cuidador informal como essencial e a necessidade de os considerar "parceiros de cuidados". Sugere-se a continuidade de estudos e produção de evidência científica nesta área.

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

O artigo prova que a maioria dos cuidadores são mulheres, casadas, com idades entre os 41 e 50 anos, e frequentemente filhas ou cônjuges dos idosos dependentes. Isso ajuda a contextualizar a "População" da questão de revisão. É confirmado por este artigo que os cuidadores informais estão sujeitos a sobrecarga moderada e severa, o que "pode influenciar a sua qualidade de vida". A "menor perceção da qualidade de vida", piorada nos aspetos físico e ambiental, responde diretamente à dimensão do "impacto na qualidade de vida" da questão.

JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports

Os resultados do estudo demonstram "a necessidade, urgente, de apoio a esta população com o objetivo da redução da sua sobrecarga, stress e ansiedade". Esta conclusão reforça a necessidade da existência e desenvolvimento de "intervenções de capacitação", alinhando-se com o "Conceito" da questão de revisão.

O artigo destaca ainda que "o autocuidado dos cuidadores informais, quer a nível do sono e repouso, quer a nível das atividades recreativas e de lazer" está comprometido, e as "facetas que apresentam resultados mais baixos são, a satisfação com o sono e repouso, as atividades de lazer e também os sentimentos negativos, como a tristeza, desespero, ansiedade ou depressão". Embora o artigo não descreva intervenções específicas aplicadas, refere as áreas problemáticas que tais intervenções devem visar.

O artigo conclui que "As intervenções a realizar junto dos prestadores de cuidados centram-se, geralmente, em programas de descanso, aconselhamento e educação, incidindo na literacia e autocuidado". Embora não detalhe as intervenções, sugere o objetivo e onde é necessário intervir.

<p>Appendix IV</p> <p>Título da Revisão: Capacitação de Cuidadores Informais de Pessoas Dependentes no Domicílio: Uma Scoping Review da Literatura</p> <p>Questão: Quais as intervenções de capacitação para cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio e qual o seu impacto na qualidade de vida destes cuidadores?</p> <p>Crítérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Esta revisão irá considerar estudos que incluam como participantes o enfermeiro, a pessoa cuidada e o cuidador.</p> <p>Conceito: Enfermeiro, Cuidador informal, Domicílio, Capacitação (ou estratégias de capacitação, programas de educação)</p> <p>Contexto: Domicílio, Unidade de Cuidados na Comunidade.</p>
<p>➤ <u>Autor/es:</u> Fernandes, B., & Luisa, C.</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u> 2022</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u> Portugal</p>
<p>➤ <u>Objetivos:</u> O principal objetivo da investigação é o estudo do impacto das demências nos cuidadores informais.</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u> O artigo tem uma abordagem qualitativa para explorar em profundidade os percursos e desafios dos cuidadores informais de pessoas idosas com demência. A metodologia baseou-se na recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas. A amostra do estudo foi constituída por 11 cuidadores informais de pessoas com demência. Os participantes eram residentes no concelho de Castro Marim, situado no Sotavento Algarvio, em Portugal. Esta localização é relevante, dado que o Algarve é uma das regiões de Portugal mais afetadas pelo rápido envelhecimento populacional.</p>
<p>➤ <u>Interpretação desenvolvida:</u> A interpretação desenvolvida pelos autores destaca a severidade dos desafios enfrentados pelos cuidadores informais de pessoas com demência e a urgência de intervenções de apoio.</p>

Os autores concluem que "o número de casos de demência está em constante aumento, o que implica necessidade de prestação de cuidados, maioritariamente informais, em contexto domiciliário". Esta realidade conduz a um impacto significativo para os cuidadores. A investigação demonstrou que estes cuidadores se encontram frequentemente "isolados, sem tempo para si e não contam com nenhuma resposta social/projeto que as minimize".

A interpretação central do estudo é que existe uma "necessidade de conhecer, compreender, informar e capacitar os cuidadores de pessoas com demência para a realidade do cuidar". Os autores enfatizam a urgência de "promover estratégias que apoiem os cuidadores na resposta às necessidades da pessoa com demência e na aquisição de ferramentas para o seu bem-estar pessoal e social". Este apelo à ação reflete a percepção de que as dificuldades destes cuidadores não são meramente circunstanciais, mas exigem um suporte proativo e estruturado por parte dos profissionais e dos sistemas de saúde.

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

Este artigo contribui significativamente para a questão de revisão. O estudo foca-se especificamente em "cuidadores informais de pessoas idosas com demência" e seus "percursos e desafios" em contexto domiciliário.

A principal conclusão do artigo é que estes cuidadores precisam de uma "intervenção urgente para fazer face às suas necessidades", dado que se encontram "isolados, sem tempo para si e não contam com nenhuma resposta social/projeto que as minimize". Isto demonstra a importância da "capacitação" ser um conceito central e uma necessidade urgente.

Embora o estudo não avalie diretamente o impacto de intervenções de capacitação, descreve detalhadamente os "desafios" enfrentados por estes cuidadores. Estes desafios, como o isolamento, a falta de tempo para si e a ausência de apoio, são fatores que afetam diretamente a qualidade de vida.

O artigo conclui que é "urgente promover estratégias que apoiem os cuidadores na resposta às necessidades da pessoa com demência e na aquisição de ferramentas para o seu bem-estar pessoal e social". Esta recomendação indica as "intervenções de capacitação" que a revisão procura identificar, mesmo que o próprio artigo não descreva uma intervenção específica.

Em suma, este artigo destaca a realidade e os desafios de um grupo específico de cuidadores, indo de encontro com a questão de revisão ao sublinhar a necessidade urgente de intervenções de capacitação que abordem as suas dificuldades e melhorem o seu bem-estar no contexto domiciliário