



**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

O cuidar, os cuidadores, um percurso para a  
excelência

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização  
em enfermagem comunitária

Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco

Abril 2013





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

## O cuidar, os cuidadores, um percurso para a excelência

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização  
em enfermagem comunitária

Por Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco  
Sob orientação do Professor Paulo Alves

Abril 2013



## Resumo

A enfermagem comunitária presta cuidados de enfermagem especializados a famílias, grupos, comunidades e populações, obtidos e desenvolvidos através de formação específica em enfermagem comunitária. O estudante deverá desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, mas também as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

O presente relatório descreve todo o percurso efetuado ao longo dos Estágio Enfermagem Comunitária e o desenvolvimento de competências na respetiva área de especialização.

Todos os estágios foram realizados na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH), que pertence ao Agrupamento dos Centros de Saúde de Matosinhos, e está integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Para a implementação da metodologia – Planeamento em Saúde, foi realizado um Diagnóstico de Saúde a prestadores de cuidados (PC) informais, pertencentes ao Centro de Saúde da Senhora da Hora e residentes na freguesia da Senhora da Hora. Para uma população alvo de 108 PC, obteve-se uma amostra de 30 PC. Realizou-se uma colheita de dados, através de um formulário para determinar as necessidades da população em estudo. Após priorização das necessidades identificadas, elaborou-se um projeto de intervenção, intitulado “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”, com o objetivo de diminuir a sobrecarga do PC. Foram realizadas ações de educação para a saúde a 8 prestadores de cuidados, com ganhos em saúde de 23,8% e de 10,9% através da aplicação da Escala de Zarit, dois meses após a última ação de educação para a saúde.

A realização do Manual de integração para estudantes de enfermagem na UCCSH, à luz do modelo de desenvolvimento profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, como parte integrante dos objetivos de estágio, permitiu desenvolver competências na área da gestão, qualidade e formação de pares. Pretende-se uma implementação futura em toda a instituição, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, através de uma boa integração e supervisão dos estudantes.

**Palavras-chave:** prestadores de cuidados, cuidar, sobrecarga, integração, modelo desenvolvimento profissional, ordem dos enfermeiros.



## Abstract

Community Nursing provides specialized nursing care to families, groups, communities and populations, obtained and developed through specific training in community nursing. The student is expected to develop skills common to a specialist nurse, but also the specific skills of nurse specialist in Community Nursing.

Describes the entire journey made over Community Nursing placement and the development of skills in the respective area of expertise.

All placements were carried out in the Community Care Unit of Senhora da Hora, which belonging to the Health Centres groups of Matosinhos, and is integrated into the Local Health Unit in Matosinhos.

For the implementation of the methodology - Health Planning, was conducted, a diagnosis of the health of the providers of informal care (PC), belonging to the Health Centre of Senhora da Hora and residents in the borough of Senhora da Hora. For a target population of PC 108, there was obtained a sample of PC 30. The collection of data was performed through a questionnaire to determine the needs of the population being studied. After prioritizing the needs identified, a project of intervention was elaborated, entitled "*Healthy Caregiver, caregiver happy*" with the objective of reducing the overload of the PC. Educational activities were held for to 8 of the health care providers, with health gains of 23.8% and of 10.9% by applying the Zarit Scale, these two months after the last health education intervention.

The realization of the integration Manual for Nursing students in the UCCSH, in light of the professional development model advocated by the Ordem dos Enfermeiros (Nursing Council), as part of the placements objectives, allowed the development of skills in management, quality and pair formation. Intends to become a future implementation in all institution to continuous improvement of quality of nursing care, through good integration and supervision of students.

**Keywords:** Providers of informal care, care, overload, integration, professional development model, nursing council



## Agradecimentos

A todos que me incentivaram a iniciar este percurso e me apoiaram durante a sua realização, o meu mais sincero agradecimento.

Ao professor Paulo Alves, pela disponibilidade, pela utilidade das críticas e sugestões efetuadas ao longo da orientação e apoio em todo o percurso. Muito obrigada.



## Siglas

ACES – Agrupamentos de centros de saúde  
AES – Ação de educação para a saúde  
AIVD – Atividades instrumentais de vida diária  
AVC – Acidente vascular cerebral  
AVD – Atividades de vida diária  
CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem  
CIVAS – Centro de infância, velhice e ação social da Senhora da Hora  
DL – Decreto-lei  
DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica  
DPT – Desenvolvimento de prática tutelada  
ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados  
EEC – Especialidade em enfermagem comunitária  
EPT – Exercício profissional tutelado  
ESEP - Escola superior de enfermagem Porto  
HPH – Hospital Pedro Hispano  
HTA – Hipertensão arterial  
INE – Instituto nacional de estatística  
MDP – Modelo de desenvolvimento profissional  
OE – Ordem dos enfermeiros  
PC – Prestador de cuidados  
PNS – Plano nacional de saúde  
QASCI – Questionário avaliação sobrecarga cuidador informal  
REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros  
SC – Supervisão clínica  
SINUS - Sistema informático de apoio aos centros de saúde  
SPSS - Statistical package for the social sciences  
UCC – Unidade de cuidados na comunidade  
UCCSH – Unidade de cuidados na comunidade da Senhora da Hora

UCESH – Unidade de cuidados de enfermagem da Senhora da Hora

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados

ULS – Unidade local de saúde

ULSM – Unidade local de saúde de Matosinhos

USF – Unidade de saúde familiar

## Índice de figuras

Figura 1 – ULSM.....	31
----------------------	----

## Índice de gráficos

Gráfico 1 – População e amostra.....	34
Gráfico 2 – Escala de Barthel.....	36
Gráfico 3 – Escala de Lawton & Brody.....	36
Gráfico 4 – Escala de Zarit.....	38
Gráfico 5 – Sobrecarga e ganhos em saúde.....	51
Gráfico 6 – Ganhos em saúde.....	53

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Priorização das necessidades.....	40
Tabela 2 – Avaliação das metas propostas.....	48
Tabela 3 – Indicadores de processo.....	48
Tabela 4 – Indicadores de resultado.....	50



## Índice

0 - Introdução.....	17
1 – Cuidar, o cuidador e a comunidade .....	21
2 – “ <i>Cuidador saudável, cuidador feliz</i> ”, do diagnóstico de saúde à intervenção na comunidade.....	27
2.1 - Caracterização da UCCSH.....	30
2.2 – Diagnóstico de situação em saúde a primeira etapa do planeamento em saúde .....	32
2.3 – Priorização das necessidades .....	40
2.4 – “Cuidador saudável, cuidador feliz”, intervenção na comunidade .....	41
2.5 – Avaliação da intervenção na comunidade .....	47
2.5.1 - Indicadores de processo.....	48
2.5.2 - Indicadores de resultado .....	49
2.5.3 - Avaliação diagnóstica e final de conhecimentos dos PC .....	52
2.5.4 - Avaliação da AES por parte dos formandos .....	53
3 – Módulo III – vertente opcional.....	55
3.1 – Manual de integração para estudantes, rumo à excelência dos cuidados .....	57
3.2 – Outras atividades desenvolvidas .....	62
4 – O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - competências adquiridas e desenvolvidas.....	67
5 – Conclusão .....	73
6 – Referências bibliográficas .....	77
Anexos .....	81
Anexo I – Cronograma módulo I, módulo II e módulo III	
Anexo II – Formulário	
Anexo III – Planeamento AES	

Anexo IV – Boletim informativo

Anexo V – Apresentação do diagnóstico de situação em saúde e projeto de intervenção à UCCSH

Anexo VI – Cartaz de divulgação das AES

Anexo VII – Convites AES

Anexo VIII – Primeira AES

Anexo IX – Segunda AES

Anexo X – Terceira AES

Anexo XI – Questionário de avaliação inicial de conhecimentos

Anexo XII - Questionário de avaliação final de conhecimentos

Anexo XIII – Certificado do cuidador

Anexo XIV – Planejamento e Formação em serviço UCCSH – Manual de integração para estudantes

Anexo XV – Panfleto de integração para estudantes

Anexo XVI – Manual de integração para estudantes na UCCSH

## 0 - Introdução

Envelhecer faz parte do ciclo vital do ser humano. À medida que a pessoa percorre as várias etapas de vida, o seu organismo vai perdendo capacidades físicas e mentais, quer de adaptação ao meio que a rodeia, quer de resolução das condições patológicas, tornando-se estas cada vez mais graves e muitas vezes de difícil resolução resultando na dependência da pessoa nas suas atividades de vida diária. Ser idoso, é uma condição natural do ser humano com necessidades específicas nesta fase da vida. Pode não ser sinónimo de doença e/ou dependência. Os países desenvolvidos apresentam índices de envelhecimento graduais, com aumentos mais acentuados nos últimos anos ( Comissão Europeia, 2012).

É neste contexto que surgem os prestadores de cuidados informais, para colmatar os défices de autocuidado e atividades de vida diária dos seus familiares ou amigos. Assumir o papel de prestador de cuidados implica uma exposição a fatores de risco positivos e/ou negativos associados ao desempenho do respetivo papel (Figueiredo D. , 2007).

Apesar da importância do prestador de cuidados para a manutenção da saúde e do bem-estar do familiar com dependência, não usufrui em muitos casos de apoios da família, comunidade e organizações, o que torna o seu papel de difícil desempenho e muitas vezes pouco valorizado. Cuidar dos cuidadores é o primeiro passo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados ao utente dependente, promoção da saúde, prevenção da doença e do bem-estar do cuidador informal e utente com dependência.

Muitas são as necessidades sentidas e expressas pelos cuidadores informais, tal como apoio emocional e aconselhamento, falta de tempo livre, informação e formação, apoio financeiro, ajudas técnicas e necessidades fisiológicas (Sequeira, 2010).

O planeamento em saúde é uma metodologia de trabalho fundamental para os enfermeiros especialistas em saúde comunitária. Este método permite identificar as necessidades reais da população, através do diagnóstico de saúde. Posteriormente é realizado um projeto de intervenção, também ele planeado, e executado na referida população de forma a promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde, tendo como meta a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

O diagnóstico de saúde, realizado no módulo I (*Cuidadores informais*) permitiu identificar várias necessidades na população alvo em estudo, das quais foi selecionada a sobrecarga do prestador de cuidados para a realização de um projeto de intervenção, no módulo II, com o intuito de diminuir a sobrecarga do prestador de cuidados e assim obter ganhos em saúde com o título de “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”.

Com a temática escolhida e desenvolvida no módulo III, pretendia fomentar um aumento da qualidade dos cuidados prestados à comunidade. A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade deve ser promovida no estudante, através de uma integração e supervisão clínica no serviço, de acordo com o modelo de desenvolvimento profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, mas também incentivada e fomentada ao longo do desempenho profissional de todos os enfermeiros, com o objetivo comum de atingir a excelência dos cuidados.

O manual de integração para estudantes na Unidade de cuidados na comunidade da Senhora da Hora (UCCSH), ao ser realizado quer para estudantes da licenciatura, quer para estudantes da especialidade, pretendia que o estudante ao percorrer o longo percurso de desenvolvimento de competências, atinja a excelência dos cuidados prestados.

Com o presente relatório pretendo obter o grau de Mestre em enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Foi realizado na UCCSH, pertencente ao Centro de Saúde da Senhora da Hora, que por sua vez pertence ao agrupamento de centros de saúde (ACES) de Matosinhos. Nele são descritas todas as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio, desde 23 de abril de 2012 a 2 de fevereiro de 2013, para aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e sua análise crítico-reflexiva.

Através da elaboração deste relatório de estágio pretendo:

- Realizar a contextualização dos estágios;
- Aprofundar conhecimentos sobre as temáticas em estudo;
- Descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante os estágios;
- Descrever todas as etapas do Planeamento em Saúde e sua execução;
- Efetuar uma avaliação do impacto das intervenções realizadas;
- Desenvolver competências crítico-reflexivas;
- Servir de instrumento de avaliação.

Para otimizar a apresentação e leitura dos conteúdos abordados, este trabalho está dividido em quatro partes distintas. A primeira parte diz respeito à contextualização teórica do cuidar,

ser cuidador e comunidade. A segunda ao “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”, subdividida em Diagnóstico de saúde, projeto e intervenção na comunidade e sua avaliação. A terceira referente ao módulo III, onde foi realizado um Manual de integração para estudantes na UCCSH e outras atividades relevantes para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. No último capítulo realizo uma reflexão crítica do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista: comuns a todas as especialidades, em enfermagem comunitária e em enfermagem de saúde familiar, desenvolvidas e adquiridas ao longo de todo o percurso efetuado.



## 1 – Cuidar, o cuidador e a comunidade

O envelhecimento demográfico, as alterações da estrutura familiar e comportamentos sociais, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, originam novas necessidades em saúde, “focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e nos cuidados de readaptação e de suporte” (Ordem Enfermeiros, 2011, p. 3).

A comunidade está cada vez mais consciente da sua responsabilização perante a saúde assumindo um papel mais ativo nos cuidados de saúde, tornando-se parceiro dos cuidados formais. Esta versão de cuidados torna-se um desafio para os profissionais de saúde, na forma como intervêm na comunidade. Desta forma o desenvolvimento de competências profissionais de enfermagem deve privilegiar a qualidade dos cuidados prestados (Ordem Enfermeiros, 2011).

É na comunidade, que surgem os prestadores de cuidados, como elemento ativo da família e parceiro privilegiado dos cuidadores formais, ao cuidar de um familiar ou amigo, dependente no domicílio.

Cuidar é algo intrínseco à condição do ser humano. O cuidar pode ser identificado desde tempos primórdios, com o cuidar dos filhos, maridos, idosos e restante família, que se encontrava debilitada, especialmente por parte do elemento feminino do agregado familiar ou comunidades de acordo com a cultura e hábitos da comunidade.

Com o decorrer dos séculos, e as suas conseqüentes alterações culturais, económicas e sociais, o ato de cuidar originou uma arte/ciência chamada de enfermagem. Praticada inicialmente pelas mulheres de virtude e mais tarde pelas enfermeiras (Collière, 1999).

Collière em 1999, diferencia o cuidar em cuidados quotidianos e habituais, e cuidados de reparação. Estes últimos têm como objetivo eliminar a doença e as causas que a originam. Nesta perspetiva para prestar cuidados de qualidade é necessário desenvolver conhecimentos e competências adequados às necessidades da pessoa que precisa de ser cuidada.

Os cuidadores podem ser formais, nos quais se incluem os enfermeiros, fisioterapeutas e muitos outros profissionais que trabalham numa equipa multidisciplinar com um objetivo comum - o aumento da qualidade de vida do utente, família e comunidade; e os informais, tal como os familiares, amigos e vizinhos da pessoa que necessita de cuidados.

Cuidar significa “responsabilidade/tomar conta de alguém, satisfazer necessidades, sentir preocupação, interesse e afeto por quem se cuida” (Figueiredo D. , 2007, p. 101).

Mas para os cuidados serem realizados de forma eficaz é necessário conhecer as necessidades e limitações da pessoa ou comunidade, a quem vai ser prestado os cuidados e existir uma relação de empatia entre cuidador e pessoa ou comunidade a ser cuidada.

Neste contexto o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária está habilitado para identificar essas necessidades, através de todo o processo do planeamento em saúde, e assim colmatar os problemas das pessoas, famílias e comunidade, de forma a estas atingirem a máxima qualidade de vida e saúde.

Muitos são os estudos de investigação realizados nesta temática, tanto a nível internacional como nacional dos quais destaco os realizados por Daniela Figueiredo (2007), Henriqueta Figueiredo (2009) e Carlos Sequeira (2010), que referem as funções do prestador de cuidados.

Assumir o papel de prestador de cuidados implica uma exposição a fatores de risco positivos e/ou negativos associados ao desempenho do respetivo papel.

Bastantes cuidadores referem que cuidar de uma pessoa é algo de satisfatório, permitindo a manutenção da dignidade humana do seu familiar ou amigo. Também referem que ver a pessoa bem tratada e feliz, é um aspeto positivo de ser cuidador, assim como, ter a consciência de que se faz o melhor pela pessoa que se está a tratar; ao mante-la no seu domicílio junto dos seus familiares, no seu meio ambiente e no seu “canto” como algo único e que só a ele pertence e faz parte da sua identidade enquanto pessoa. O dependente ao permanecer no domicílio permite ao prestador de cuidados ter a oportunidade de atender às suas necessidades e transmitir-lhe amor e afeto. Para além de todos estes fatores, ainda referem que é uma oportunidade de crescimento, enriquecimento pessoal e de desenvolvimento de novos conhecimentos e oportunidades (Figueiredo D. , 2007 et Lage, 2007).

Mas cuidar muitas vezes acarreta sentimentos de frustração e culpa. Está muito associado a depressões, crises de ansiedade e deterioração do estado de saúde em geral especialmente do sistema imunitário e cardiovascular (Figueiredo D. , 2007). Os conflitos familiares são comuns quando um elemento fica mais dependente e é preciso redefinir os papéis e funções de responsabilidade de cada elemento da família. Quando já existia história de relacionamentos problemáticos entre o atual prestador de cuidados e a pessoa dependente poderá desencadear-se uma relação ainda mais problemática entre ambos. Cuidar é também uma sobrecarga financeira e de trabalho para a família cuidadora, que muitas vezes tem

necessidade de alterar as suas rotinas familiares e assim diminuir o tempo disponível para cada elemento poder tratar de si e manter um pouco de tempo livre, essencial para um estilo de vida saudável e por conseguinte manter o seu nível de saúde em padrões aceitáveis (Figueiredo D. , 2007).

Um membro da família que passa para o papel de prestador de cuidados poderá desenvolver problemas de *stress* levando-o à exaustão, refletindo-se em alterações do seu bem-estar, na rede social a que pertence, bem como na sua dinâmica familiar, como referido anteriormente. Ser cuidador não implica apresentar altos níveis de *stress* ou sofrimento. Ao prestar cuidados a uma pessoa dependente, o cuidador vivência situações de impacto quer positivas quer negativas. A forma como responde a estas experiências poderá ou não desenvolver *stress*. Os prestadores de cuidados apresentam um grande leque de necessidades que poderão ser difíceis de identificar, devido à variabilidade individual do prestador de cuidados e/ou utente dependente, a fase de prestação de cuidados e o contexto em que ocorre esta transição de papéis. A literatura evidência que as necessidades mais frequentes são descritas como “ajudas técnicas e práticas, apoio financeiro, apoio psicossocial, tempo livre, informação e formação” (Figueiredo D. , 2007, p. 139).

A experiência do súbito papel de prestador de cuidados deve ser acompanhada e apoiada, não só pelos seus familiares mais próximos, mas também pelos profissionais de saúde e se possível pelo próprio utente dependente, quando este ainda é capaz de demonstrar gratidão e afeto por quem o rodeia.

O prestador de cuidados nunca deveria fazer este percurso de forma solitária, mas sim com apoio de outros familiares e profissionais de saúde. Estes proporcionariam um acompanhamento das suas capacidades, recursos, conhecimentos, necessidades e disponibilidade para o desempenho do papel ao longo do tempo.

Muitas são as definições para cuidadores informais, mas todas salientam o facto de uma pessoa se responsabilizar por cuidar de outra quando esta é incapaz por incapacidade física ou mental, e ser um ato voluntário e não profissional (Figueiredo D. , 2007, Sequeira, 2010 et Comissão Europeia, 2013).

São vários os estudos sobre os prestadores de cuidados, que fazem a diferenciação entre os vários tipos de cuidadores. Stone, Caffèrta et Sangl (1987), citados por Figueiredo D. (2007, p.102) “definem cuidador, distinguindo o principal e o secundário, de acordo com o grau de envolvimento nos cuidados prestados”. Outros autores como Neri et Carvalho (2002), citados por Serqueira (2010, p.157) distinguem os cuidadores, “de acordo com o contexto do cuidar”, em cuidador primário, secundário e terciário.

O cuidador primário ou principal é aquele em que é depositada a total ou maior parte da responsabilidade dos cuidados prestados e realiza a maior parte dos cuidados. Já o cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação dos cuidados de forma regular ou ocasional, presta cuidados em número mais reduzido, e poderá substituir o cuidador principal nas suas ausências. O cuidador terceário é a pessoa que ajuda esporadicamente ou quando solicitado em situações pontuais.

Para cuidar o prestador de cuidados deverá adquirir/desenvolver competências relacionadas com o saber, saber-fazer e saber-ser (desenvolvimento pessoal) (Sequeira, 2010).

Os cuidadores informais podem ser considerados os aliados do sistema de saúde pois em paralelo com os profissionais de saúde, prestam cuidados aos seus familiares no domicílio proporcionando-lhes o conforto do lar, interação e afetividade com a família.

Prestar cuidados na nossa sociedade é encarado como algo natural e básico da vida familiar, mas que muitas vezes acarreta sentimentos de *stress* ou sobrecarga no cuidador informal.

*Stress* significa pressão ou tensão. É definido como um “estado interno do organismo como resposta a algo perturbador; como uma condição ambiental externa que altera o funcionamento do indivíduo e como uma interação de desequilíbrio entre o indivíduo e o ambiente” (Figueiredo D. , 2007, p. 153).

O desempenho do papel de prestador de cuidados remete-nos para as transições e mudanças vivenciadas pelos prestadores de cuidados ao longo do tempo. Estas transformações estão descritas em três fases de adaptação ao papel de prestador de cuidados desde a aquisição do papel, a assunção do papel e a libertação do papel. Cada fase de adaptação tem fontes de *stress* distintas, que poderão originar sobrecarga ou não de acordo com a reação das pessoas aos acontecimentos (Sequeira, 2010).

*Stress* pode ser definido de acordo com o Internacional Council of Nurses (ICN):

*“Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”* (Internacional Council of Nurses, 2011, p. 77).

O termo sobrecarga deriva da palavra anglo-saxónica “*burden*”, que descreve os efeitos negativos do papel do prestador de cuidados.

A sobrecarga poderá estar associada a problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos, por parte do prestador de cuidados e respetiva família. Todos estes problemas estão relacionados entre si, como uma cadeia de elos, por rotinas domésticas, tipo de relações

familiares e sociais, alterações na produtividade no local de trabalho e diminuição das atividades de lazer. Todos estes fatores poderão originar um aumento da morbidade do prestador de cuidados e diminuição da qualidade de vida. ( Paúl, 1991; Brito, 2000 et Lage, 2007).

Na literatura são referenciados dois tipos de sobrecarga: a objetiva e a subjetiva. A objetiva está associada a situações de doença e incapacidade, à exigência dos cuidados prestados, de acordo com o tipo e grau de dependência e comportamento do familiar, bem como as alterações na vida do prestador de cuidados. Pode ser descrita como os aspetos negativos da prestação de cuidados. Por sua vez a sobrecarga subjetiva resulta das atitudes e respostas emocionais do prestador de cuidados em relação ao desempenho do papel de prestador de cuidados. Está relacionada com a percepção que o cuidador tem do seu bem-estar físico e mental, e dos problemas associados à prestação de cuidados (Figueiredo D. , 2007 et Sequeira, 2010).

Muitos foram os investigadores que se debruçaram sobre este tema e desenvolveram teorias e modelos para a sua explicação. Selye (1956), foi pioneiro no estudo do stress ao desenvolver o modelo “*estímulo-resposta*”, o qual se debruçava sobre a resposta biológica do organismo aos estímulos. À resposta chamou síndrome de adaptação geral, constituído por três estágios (fase inicial de alarme, fase de resistência orgânica e fase de esgotamento) (Selye, 1984). Lazarus e Folkman (1984), elaboraram o modelo transacional do *stress e coping*. Neste modelo o *stress*, resulta da relação da pessoa com o ambiente. Da capacidade da pessoa reagir aos estímulos do ambiente, poderá ou não desenvolver *stress*. Este poderá desencadear vários sintomas (depressão, alterações da saúde física,...) de acordo com a pessoa, a situação e a severidade (Lazarus & Folkman, 1984). Já Pearlin e seus colaboradores (1990) desenvolveram o modelo de desenvolvimento do *stress* intitulado de *stress process model*. Neste modelo o *stress* do cuidador é um processo de vários fatores inter-relacionados, incluindo as características socioeconómicas, recursos dos cuidadores e os stressores primários e secundários a que está exposto. O  *coping* e a intervenção social podem ajudar nas intervenções do processo de diminuição do *stress* (Pearlin, Mullan, Semple, Skaff, & Marilyn, 1990). Todos estes investigadores tentaram explicar a dinâmica e complexidade do papel de prestação de cuidados.

Através do modelo de Lazuros e Folkman surge o termo  *coping* definido pela classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) como uma “Atitude: Gerir o *stress* e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (Internacional Council of Nurses, 2011, p. 46).

São esforços cognitivos, comportamentais e sentimentos para lidar com situações de ameaças, malefícios ou desafios, quando não existe rotina nas atividades a desempenhar, que permitem ao prestador de cuidados manter um estado psicológico aceitável quando sujeito a ameaças.

Diversas estratégias de *coping* poderão ser utilizadas de acordo com as necessidades de cada prestador de cuidados e família. Vários são os tipos de respostas de *coping* identificados na literatura consultada (Figueiredo D. , 2007; Sequeira, 2010 et Family caregiver alliance - National center on caregiving, 2012):

- Procura de máxima informação em relação à doença;
- Procura de máxima informação de possível ajuda;
- Desenvolver habilidades técnicas para a prestação de cuidados;
- Obter formação necessária para a prestação do papel de prestador de cuidados;
- Estabelecimento de prioridades para enfrentar possíveis dificuldades;
- Controlar as emoções;
- Encerrar a vida por etapas;
- Relembrar os bons momentos partilhados com o familiar dependente;
- Procurar pontos positivos no papel de prestador de cuidados;
- Aconselhamento sobre gestão do comportamento e do *stress*;
- Técnica de resolução de problemas;
- Técnicas de relaxamento;
- Comunicação verbal e não-verbal;
- Adotar rotinas;
- Realização de atividades de lazer;
- Estabelecer metas realistas.

## 2 – “Cuidador saudável, cuidador feliz”, do diagnóstico de saúde à intervenção na comunidade

A unidade curricular Estágio estava dividida em três módulos, realizados na UCCSH entre 23 de abril de 2012 a 2 de fevereiro de 2013.

O módulo I tinha como principal finalidade a realização de um diagnóstico de situação em saúde. De acordo com os projetos já existentes na UCCSH, foi realizado um diagnóstico de saúde aos prestadores de cuidados informais, pertencentes ao Centro de Saúde da Senhora da Hora e residentes na freguesia da Senhora da Hora, de acordo com o cronograma em anexo (anexo I).

Após a identificação das necessidades, realizou-se a priorização das mesmas.

No módulo II pretendia-se realizar um projeto de intervenção comunitária. Para dar resposta a este objetivo, definiu-se, planeou-se, executou-se e avaliou-se o projeto de intervenção intitulado “*Cuidador saudável, cuidador feliz*” (anexo I). Tinha como principal objetivo promover a aquisição de conhecimentos sobre a sobrecarga para um melhor desempenho do papel de prestador de cuidados informais e desta forma diminuir a sobrecarga do prestador de cuidados.

Foi realizado de forma a promover a satisfação do papel do prestador de cuidados informais ao nível físico, psicológico e socioeconómico, com o objetivo de obter ganhos em saúde e a satisfação dos cuidadores, através de um clima de confiança mútuo entre cuidadores formais e informais, e um empoderamento dos informais. Ao abordar este projeto numa vertente otimista e positivista, optei por uma promoção salutogénica, tornando os cuidadores “mais fortes, mais capazes, mais competentes, mais resistentes, com maior bem-estar, mais saudáveis e felizes” (Figueiredo D. , 2007, p. 219).

Os módulos I e II foram desenvolvidos e fundamentados em consonância com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, direcionado para a etapa da vida – Envelhecimento ativo. De acordo com este plano, ainda suportado pelo anterior, em relação aos programas de atuação, os módulos foram centralizados no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, já que a população alvo foi o cuidador informal do Centro de Saúde da Senhora da Hora, residentes na Senhora da Hora e pertencentes à Unidade de saúde familiar (USF) Caravela,

USF Lagoa, Unidade de cuidados de enfermagem da Senhora da Hora (UCESH) e Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), inserido numa família com um ou mais elementos dependentes.

O módulo III com uma vertente opcional decorreu no mesmo local, mas com desenvolvimento de competências ao nível da educação dos pares, orientação e aconselhamento em relação à integração e supervisão de estudantes numa unidade de cuidados, através da realização de um manual de integração.

Os vários módulos de estágio proporcionaram o desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem comunitária. Foram definidos pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) os seguintes objetivos gerais e específicos:

**Objetivos gerais:**

- ✓ Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de Especialização em Enfermagem Comunitária;
- ✓ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária;
- ✓ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ✓ Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- ✓ Adquirir competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

**Objetivos específicos**

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

4. Manter, de forma contínua e autônoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;

23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EEC;
28. Promover a formação em serviço na área de EEC;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

Para além destes objetivos definidos pela UCP, pretendi desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem Enfermeiros, 2011) e o Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro e no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro.

## 2.1 - Caracterização da UCCSH

As Unidades de cuidados na comunidade (UCC) têm por missão contribuir para a garantia de prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão dos agrupamentos de centros de saúde (ACES).

*A UCC presta “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (DL nº 28/2008, de 22 de fevereiro).*

A UCC da Senhora da Hora foi inaugurada a 18 de dezembro de 2009. É uma unidade funcional do Centro de Saúde da Senhora da Hora, pertencente ao ACES de Matosinhos, que por sua vez está integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). A ULSM é uma unidade integrada, de prestação de serviços de saúde, de promoção da saúde e prevenção da doença, reabilitação e suporte à doença, diagnóstico e tratamento.

O Hospital Pedro Hispano (HPH), ACES de Matosinhos e Unidade de Convalescença,



## 2.2 – Diagnóstico de situação em saúde a primeira etapa do planeamento em saúde

Planeamento é um processo contínuo e interativo com várias etapas. É uma metodologia de trabalho utilizada especialmente pelos enfermeiros de saúde comunitária. Este método permite identificar as necessidades reais da população, através do diagnóstico de saúde, para posteriormente realizar um projeto de intervenção também ele planeado, executado e avaliado na referida população de forma a promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde, tendo como meta a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

O planeamento em saúde procura “um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1990, p. 37).

Prevê-se que em 2025, mais de 20% dos Europeus terão mais de 65 anos de idade, com um aumento especialmente rápido do número dos de mais de 80 anos de idade ( Comissão Europeia, 2012).

Os últimos dados existentes para Portugal (Censos 2011) referem que 19,15% da população tem idade igual ou superior a 65 anos. Calcula-se que em 2050 esta faixa etária represente 35,72% da população total (Instituto de gestão do fundo social europeu, 2012).

Na comparação das pirâmides etárias do concelho de Matosinhos ao longo dos anos observa-se uma diminuição na base da pirâmide e um aumento no topo, que demonstra o peso cada vez menor das camadas mais jovens e aumento da população a partir dos 45 anos (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2011).

“A família é, ou devia ser, a unidade primária de cuidados de saúde. A estrutura, função e processo da unidade familiar individual influenciam e são influenciadas pelo estado de saúde dos indivíduos na família, e pela saúde da unidade familiar” (Hanson, 2005, p. 86).

Os enfermeiros têm hoje o desafio de prestar cuidados à família e comunidade e não só ao indivíduo doente ou dependente. Para isso desenvolveram uma base de conhecimentos orientados para a família e comunidade de forma a ultrapassar as lacunas existentes.

A família ou as pessoas mais significativas para o idoso ou dependente, são muitas vezes surpreendidas com a responsabilidade de cuidar do seu ente idoso ou dependente, tornando-se em prestadores de cuidados informais. Este papel é muitas vezes assumido como uma obrigação ou uma retribuição sentimental a quem se dedica um afeto sentimental (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2004).

A escolha da área temática a desenvolver ao longo dos dois primeiros estágios, surgiu da necessidade sentida pelos profissionais no apoio aos cuidadores informais em todas as suas

vertentes, pelo aumento gradual desta faixa etária da população e seu impacto na vida da comunidade. Desta forma, o foco de atenção foi direcionado para os problemas/dificuldades emergentes desta população.

Realizou-se um diagnóstico de saúde aos cuidadores informais de utentes dependentes, inseridos na lista de utentes por programas de saúde – dependentes da ULSM e residentes na cidade da Senhora da Hora, pertencentes à USF Caravela, USF Lagoa, UCESH e UCSP. Na elaboração do diagnóstico de saúde, pretendia-se alcançar os seguintes objetivos:

- Caracterizar a população em estudo numa vertente demográfica e socioeconómica;
- Identificar as necessidades de saúde da população prestadora de cuidados informais abrangidos pela USF Caravela, USF Lagoa, UCESH e UCSP;
- Realizar a priorização das necessidades de saúde identificadas na população prestadora de cuidados informais abrangidos pela USF Caravela, USF Lagoa, UCESH e UCSP.

A lista citada anteriormente datava de novembro de 2011. Através dela, pretendia-se obter os cuidadores informais, dos respetivos utentes dependentes. O período compreendido entre novembro de 2011 e 23 de abril de 2012 foi excluído pela limitação temporal de estágio (nove semanas) e demora na obtenção de nova listagem.

Através do programa SINUS (sistema informático de apoio aos centros de saúde) e da lista de utentes por programas de saúde – dependentes da ULSM, foram identificados 146 utentes dependentes, com morada e número de telefone para posterior contacto. Após o rastreio informático, iniciou-se um contacto telefónico, para a realização de novo rastreio. Neste contacto telefónico, foi identificada a instituição e o motivo de tal contacto.

Sentiu-se na grande maioria dos contactos uma grande abertura para uma posterior abordagem, mas alguns casos de recusa (5), mesmo após um esclarecimento mais pormenorizado, alguns óbitos (8), casos de utentes que já se tinham tornado autónomos (11) e mudança de direção (2). Alguns utentes moradores em lares (9), com apoio profissional no domicílio (1) e utentes com apoio da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) e com abordagem problemática (2) pelo que foram excluídos.

Desta forma obteve-se uma população alvo de 108 prestadores de cuidados.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Ser prestador de cuidados informais no domicílio de uma ou mais pessoas com dependência;

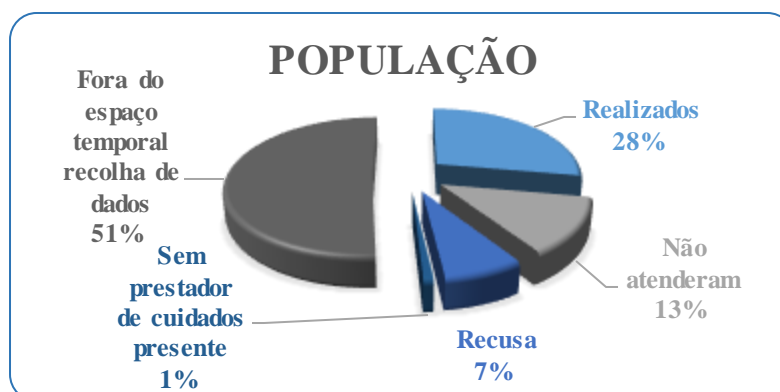
- Inscritos no ACES de Matosinhos e residentes na cidade da Senhora da Hora, pertencentes à USF Caravela, USF Lagoa, UCESH e UCSP;
- Aceitarem participar no diagnóstico de saúde.

Foi utilizado como instrumento de colheita de dados, um formulário pela provável dificuldade em muitos cuidadores interpretarem as questões corretamente e obter o maior número possível de respostas. O formulário “é um roteiro de perguntas enunciado pelo entrevistador e preenchidas por ele, mas com as respostas do pesquisado” (Lakatos & Marconi, 2001, p. 212). A UCCSH no âmbito do seu projeto de enfermagem aos prestadores de cuidados, desenvolveu um formulário, que foi cedido para a realização do diagnóstico de saúde. Após análise do seu conteúdo e de acordo com pesquisa em bases de dados de trabalhos realizados nesta temática, pesquisa bibliográfica, escalas validadas para a população portuguesa e os conteúdos programáticos lecionados durante o mestrado, realizou-se algumas alterações, nomeadamente a introdução das escalas de Zarit (avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados) e de Lawton & Brody (avaliação do grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária de forma global e parcelar), e alguns ajustamentos na caracterização do prestador de cuidados, família e utente com dependência (Anexo II).

Para dar cumprimento a todas as questões éticas, todos os formulários tinham uma folha de rosto com a identificação das instituições envolvidas, onde eram explicados os objetivos e finalidades do estudo, o direito a recusarem participar e sobre o anonimato das respostas. Todos os formulários foram codificados com um número de ordem.

A colheita de dados foi realizada no período compreendido entre 14 de maio e 1 junho de 2012, por motivos de gestão de tempo. Durante este período realizou-se 53 contactos, através de visitas domiciliárias, que corresponde a 49% da população, dos quais obteve-se 30 formulários para o estudo (amostra).

Gráfico 1 – População e amostra



Utilizou-se uma amostra de conveniência, por ser o tipo de amostra mais indicada para a população em estudo. A cada utente foi atribuído um número de ordem. De seguida elaborou-se uma tabela com o nome das ruas, numeradas e o número do utente morador na respetiva rua. Obteve-se deste modo as ruas com maior número de utentes, o que tornava mais acessível a programação das visitas domiciliárias. A etapa seguinte foi realizar um mapa da cidade da Senhora da Hora e colocar o número da rua, de forma a visualizar rapidamente a localização da rua e realizar visitas domiciliárias por zona geográfica.

O tratamento dos dados foi realizado no Statistical package for the social sciences (SPSS), versão 20 e apoio do Excel. Para a grande maioria das variáveis utilizou-se estatística descritiva com frequências absolutas e relativas. Para as variáveis idade do dependente e prestador de cuidados, início da dependência e número de medicamentos administrados por dia, utilizou-se medidas de tendência central (mediana, média e moda) e de dispersão (desvio padrão).

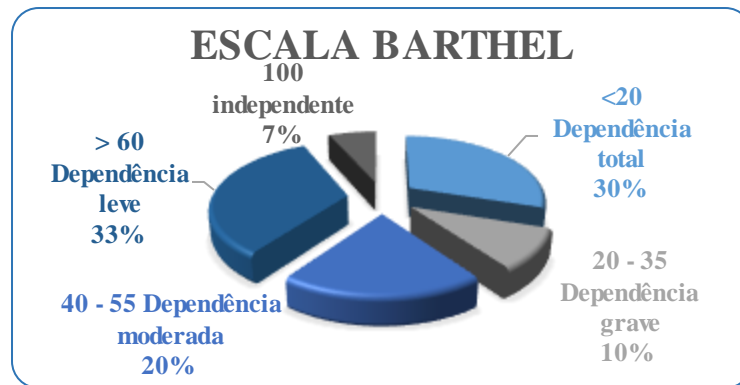
Foram efetuadas correlações entre várias variáveis e analisadas as correlações estatisticamente significativas para o diagnóstico de saúde, com  $p < 0,05$ .

Após análise, comparação com outros estudos análogos e reflexão dos dados obtidos resultantes do diagnóstico de saúde, constatou-se que estes não são muitos dispares dos já identificados em estudos anteriores.

Ao analisar os dados dos 30 formulários, verificou-se que 40% das famílias são constituídas por 2 membros, um o prestador de cuidados e outro o utente dependente.

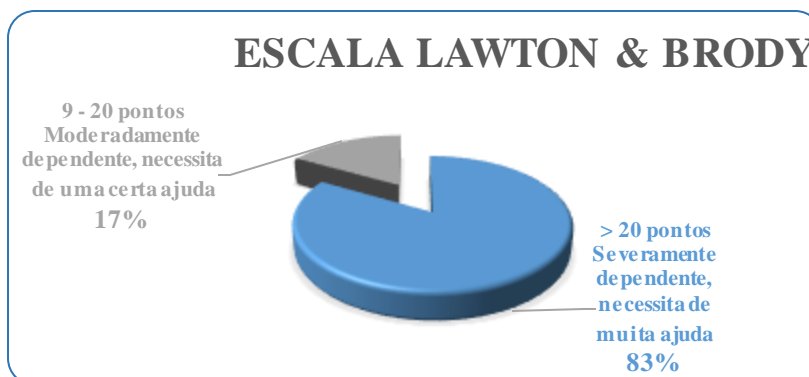
A idade avançada dos utentes dependentes é um facto constatado na amostra, com uma mediana de idade de 84 anos e um desvio padrão de 10,35 anos, para um máximo de 97 anos e um mínimo de 51 anos. A idade avançada repercute-se num elevado nível de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária (AVD) de 93%, com vários graus de dependência, avaliadas pela escala de Barthel. Poderá ser um ponto de partida para o trabalho a desenvolver pelos enfermeiros em termos de prevenção terciária, ao atuar na reabilitação do utente e estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados e utentes dependentes em termos das AVD. Estas estratégias deverão ser trabalhadas entre o enfermeiro e a família do utente dependente de acordo com as necessidades expressas pela família. O enfermeiro é o fio condutor no percurso que a família e prestador de cuidados terão de percorrer para se adaptarem ou melhorarem a sua prestação de cuidados.

Gráfico 2 – Escala de Barthel



Já as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), avaliadas pela escala de Lawton & Brody apresentavam um grau de dependência de 100%. O maior grau de dependência, intitulado de severamente dependente, necessita de muita ajuda estava representado com 83% e o moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda com 17% dos utentes dependentes.

Gráfico 3 – Escala de Lawton & Brody



O principal ponto de origem da dependência, da amostra, situava-se no grupo doença com 47%, logo de seguida com o valor de 23% os grupos acidentes e processo de envelhecimento. Estes dois grupos em conjunto obtém um somatório de 46% o que vai ao encontro das descrições encontradas em várias fontes bibliográficas (Figueiredo D. , 2007 et Sequeira, 2010). O PNS 2004-2011 salienta a relação dos acidentes nas pessoas idosas com a morbilidade, incapacidade, dependência e muitas vezes morte do idoso.

Os prestadores de cuidados, tem uma mediana de 53,5 anos com um desvio padrão de 15,24 anos para um máximo de 84 anos e mínimo de 24 anos e são maioritariamente do sexo feminino (90%). Relativamente ao grau de parentesco 27% são cônjuges e 37% são filhos.

Salienta-se o papel dos netos com 17%, tornando-se um suporte cada vez mais útil no seio familiar e a interagir na dinâmica familiar como elemento cada vez mais presente.

É no seio da família que surgem os prestadores de cuidados, sendo na sua grande maioria as mulheres (esposas, noras e filhas) a desempenhar este papel, a assistir os maridos, os pais e muitas vezes os filhos. Estes prestadores de cuidados do sexo feminino têm a maior parte das vezes que assumir também o papel de gestores do domicílio/lar, desempenhar uma profissão e a gestão do seu próprio processo de envelhecimento (Figueiredo D. , 2007 et Sequeira, 2010).

O prestador de cuidados como qualquer Ser Humano e na amostra com um índice de idade avançada, apresenta limitações e doenças que o poderão incapacitar ou limitar nas suas atividades diárias. Obteve-se 20 prestadores de cuidados (66,7%) com doença/incapacidade, das quais destacaram-se as doenças osteoarticulares com 26,7% e doenças do foro cardíaco com 10%, muitas vezes também associado à idade avançada.

O desenvolvimento do papel de prestador de cuidados, deverá ser seguido, de forma continua pelos profissionais de saúde para proporcionar uma promoção, prevenção e proteção da qualidade de vida dos próprios cuidadores. Desta forma deverão avaliar as suas necessidades e proporcionar o suporte adequado em tempo útil, pois da saúde dos cuidadores informais dependem os familiares dependentes e a sua permanência no domicílio.

Apesar da importância do prestador de cuidados para a manutenção da saúde e do bem-estar do utente com dependência, este não usufrui em muitos casos de apoios da comunidade e organizações, o que torna o seu papel de difícil desempenho e muitas vezes pouco valorizado.

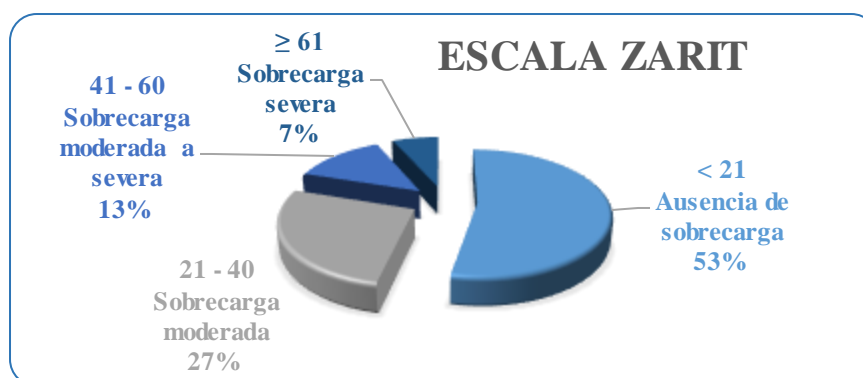
Cuidar dos cuidadores é o primeiro passo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados ao utente dependente, promoção da saúde e prevenção da doença e do bem-estar do cuidador informal e utente com dependência.

Dos prestadores de cuidados em estudo, 60% já prestavam cuidados há mais de 3 anos e 34% prestavam cuidados entre 1 e 2 anos, o que poderá acarretar impactos positivos e/ou negativos no prestador de cuidados. Tais resultados são corroborados por estudos anteriores (Figueiredo D. , 2007 et Paúl & F., 2005), que demonstraram que a prestação de cuidados tem uma data específica de início mas não de término, pois este geralmente prolonga-se por vários anos consecutivos.

Através da análise dos resultados obtidos pela escala de Braden constatou-se que 53% dos utentes dependentes apresentavam baixo risco para úlceras de pressão e 40% alto risco para úlceras de pressão. Só 7% dos utentes apresentavam score sem risco.

Muitos são os estudos que demonstram a existência de sobrecarga do prestador de cuidados (Lage 2007, Figueiredo 2009 et Sequeira 2010). Através da escala de Zarit avaliou-se a sobrecarga associada ao cuidador. É de salientar que 53% dos prestadores de cuidados informais apresentavam ausência de sobrecarga, apenas 7% encontravam-se em sobrecarga severa. Dos restantes, 27% apresentavam sobrecarga moderada e 13% sobrecarga moderada a severa.

Gráfico 4 – Escala de Zarit.



Através do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) (em 7 dimensões) constatou-se:

- 44,4% dos prestadores de cuidados apresentavam sobrecarga emocional igual ou superior a 50%;
- 10% dos prestadores de cuidados referiam implicações na vida pessoal na ordem dos 30%;
- No intervalo de 50-70% de sobrecarga financeira, 36,7% da amostra demonstrava sofrer deste tipo de sobrecarga;
- 60% da amostra não manifestava reações a exigências;
- 20% da amostra manifestava sobrecarga nos mecanismos de eficácia e de controlo com uma intensidade de 58%;
- Para 16,7% dos prestadores de cuidados o suporte familiar constituía uma sobrecarga máxima;
- 26,7% manifestava insatisfação com o papel e com o familiar.

Após análise das sete dimensões, verificou-se que 59% da amostra encontrava-se em sobrecarga reduzida, moderada ou severa o que demonstra que será uma das grandes necessidades do prestador de cuidados a ser intervencionada de forma prioritária.

Ao analisar as relações estabelecidas entre as várias dimensões do QASCI, através da correlação de Pearson, constatou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre elas. A dimensão *Implicações na vida pessoal* é a única que apresenta associação com todas as outras dimensões, significando que a vida pessoal do prestador de cuidados em estudo é influenciada por todas as restantes dimensões do QASCI.

De salientar que a dimensão *Sobrecarga financeira* só tem significância estatística quando relacionada com a dimensão *Implicações da vida pessoal e Suporte familiar*, demonstrando que pouco influência a sobrecarga do prestador de cuidados quando comparada com as restantes dimensões.

As restantes dimensões apresentam correlações estatisticamente significativas uniformes entre elas.

Ao correlacionar a escala de Zarit e o QASCI, através do mesmo método, depara-se com uma associação estatisticamente significativa entre ambas as escalas, exceto na dimensão *Sobrecarga financeira* do QASCI. As dimensões com significância mais significativa são *Sobrecarga emocional, Implicações na vida pessoal e Mecanismos de eficácia e controlo*.

As relações estabelecidas entre a escala de Barthel e as várias dimensões do QASCI, só têm associação estatisticamente significativa na dimensão *Reações a exigências*. O que poderá demonstrar que quanto mais dependente nas AVD's o familiar dependente estiver, maior serão as implicações referentes aos itens da dimensão em questão.

Uma outra constatação estatisticamente significativa diz respeito à variável relação existente entre o prestador de cuidados e o seu familiar quando comparado com as dimensões *Reações a exigências, Mecanismos de eficácia e controlo* do QASCI e a escala de Zarit.

Por fim ao correlacionar o número de membros da família com o QASCI, observa-se uma relação estatisticamente significativa entre o número de membros e a dimensão *Implicações na vida pessoal*, o que demonstra que se uma família tiver um número maior de elementos, as tarefas de cuidar poderão ser divididas entre os vários elementos e diluir assim as implicações na vida pessoal de cada elemento e prestador de cuidados.

A variável prestação de cuidados foi avaliada através de uma grelha de observação de competências do prestador de cuidados na prestação dos cuidados. Esta grelha permite avaliar conhecimentos e habilidades do prestador de cuidados em contexto domiciliário ao nível dos autocuidados, gestão do regime terapêutico e prevenção de acidentes.

Verificou-se a existência de défice de conhecimentos/habilidades no autocuidado posicionar-se, transferir-se e prevenção de acidentes.

### 2.3 – Priorização das necessidades

Priorizar é “um processo de tomada de decisão” (Tavares, 1990, p. 83), de forma a ordenar as necessidades ou problemas da população de acordo com a sua pertinência ou urgência de resolução.

A existência de só seis necessidades implicou a escolha do método de comparação por pares, por ser o método mais adequado à priorização das respetivas necessidades, às quais foram atribuídos códigos:

- N1 - Sobrecarga do prestador de cuidados informais;
- N2 - Défice de conhecimentos/habilidades de prevenção de úlceras de pressão;
- N3 - Défice de conhecimento/habilidades de prevenção de acidentes;
- N4 – Diminuição dos graus de dependência do utente dependente;
- N5 - Apoio psicossocial/tempo livre;
- N6 - Promoção e prevenção de doenças no prestador de cuidados.

Os critérios escolhidos para a comparação de pares foram em primeiro lugar a sobrecarga do prestador de cuidados, seguido do défice de conhecimentos/habilidades, e aqui foi dada maior importância à prevenção de acidentes por ter apresentado maior percentagem no diagnóstico de saúde, de seguida o apoio psicossocial/tempo livre, diminuição do grau de dependência do utente e por último a promoção e prevenção de doenças no prestador de cuidados.

Tabela 1 – Priorização das necessidades

Necessidades	Comparação por pares	Valor final	Priorização
N1	N1 N1 N1 N1 N1 N2 N3 N4 N5 N6	N1= 5	1
N2	N2 N2 N2 N2 N2 N1 N3 N4 N5 N6	N2= 3	3
N3	N3 N3 N3 N3 N4 N1 N2 N4 N5 N6	N3=4	2
N4	N4 N4 N4 N4 N4 N1 N2 N3 N5 N6	N4=1	5
N5	N5 N5 N5 N5 N5 N1 N2 N3 N4 N6	N5=2	4
N6	N6 N6 N6 N6 N6 N1 N2 N3 N4 N5	N6=0	6

Após a priorização das necessidades, constatou-se que a necessidade *Sobrecarga do prestador de cuidados informais*, obteve consenso em relação às restantes, seguida da necessidade *Défice de conhecimento/habilidades de prevenção de acidentes*. Em terceiro e quarto lugar colocaram-se respetivamente as necessidades *Défice de conhecimento/habilidades de prevenção de úlceras de pressão* e *Apoio psicossocial/tempo livre*. No final, mas não menos importantes para obter ganhos em saúde ficaram as necessidades *Diminuição dos graus de dependência do utente dependente* e *Promoção e prevenção de doenças no prestador de cuidados*. Através de intervenções dirigidas às primeiras necessidades classificadas nesta priorização, é possível intervir nestas últimas de forma indireta.

#### 2.4 – “Cuidador saudável, cuidador feliz”, intervenção na comunidade

O diagnóstico de saúde permitiu identificar várias necessidades na população alvo, das quais foi selecionada a sobrecarga do prestador de cuidados, a primeira necessidade após a priorização, para a realização de um projeto de intervenção comunitária, intitulado de “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”. Com o intuito de promover a aquisição de conhecimentos sobre a sobrecarga e estratégias de *coping* para um melhor desempenho do papel de prestador de cuidados e minimizar as necessidades dos cuidadores informais, e assim obter ganhos em saúde.

Os prestadores de cuidados e família, deveriam ser o mais precocemente possível alvo de intervenções de enfermagem, aquando da instalação de qualquer tipo de grau de dependência nas atividades de vida por parte de um elemento desse agregado familiar, de forma a evitar a instalação de sinais e sintomas de sobrecarga no prestador de cuidados e restante família.

Deverá fomentar-se uma relação de empatia, aceitação e colaboração mútua entre o prestador de cuidados, pessoa dependente e profissional de saúde, de forma a todos convergirem para objetivos comuns.

Vários são os fatores de alerta que os profissionais de saúde poderão identificar num agregado familiar suscetível de desenvolver sobrecarga tais como: a não existência de prestadores secundários disponíveis, história de relações familiares conflituosas, prestador de cuidados também com saúde debilitada e com necessidade de intervenção, idade avançada do prestador de cuidados, antecedentes de depressão e isolamento perante a restante comunidade.

Os prestadores de cuidados deverão ser sujeitos a intervenções de promoção e prevenção da sobrecarga e não só curativas, quando esta se instala. Os enfermeiros para além de orientar, formar, fomentar o empoderamento e desenvolver a colaboração dos prestadores de cuidados no ato de cuidar da pessoa dependente, deverão encarar os prestadores de cuidados como aliados no papel de cuidar.

As intervenções a realizar não devem focar só o desempenho e manutenção do papel de prestador de cuidados, focados na pessoa dependente, tais como formação em várias técnicas a utilizar para prestar cuidados mais eficazes e gestão de regime terapêutico, mas também no prestador de cuidados, como utente do enfermeiro, com necessidades específicas e assim objeto de intervenção.

A enfermagem tem várias ferramentas úteis para desenvolver a promoção e prevenção da sobrecarga. A educação para a saúde, a avaliação diagnóstica das situações e apoio domiciliário de forma contínua não só ao dependente, mas também ao prestador de cuidados. Ainda não é uma prática comum junto da comunidade, mas apresenta já algum desenvolvimento especialmente após a implementação das últimas políticas de saúde em Portugal.

Desta forma se o enfermeiro implementar o método de planeamento em saúde com estratégias de intervenção direcionadas para as necessidades identificadas e de acordo com as características da comunidade/família a intervir, conseguirá ultrapassar essas lacunas existentes no sistema de saúde.

As intervenções terapêuticas deverão assentar em três premissas fundamentais: apoio psicológico, formação/educação e sistemas de apoio comunitário.

As visitas domiciliárias poderão ser planeadas de acordo com várias estratégias a utilizar, mas as que tem evidenciado mais resultados com ganhos em saúde, passam pelo empoderamento das famílias de forma a realizar as escolhas de saúde mais apropriadas para a sua família. O domicílio é o local privilegiado para a educação, uma vez que é neste espaço que as pessoas vivem e convivem entre elas, e surgem as dificuldades e necessidades para uma educação para a saúde mais realista e propicia a ganhos em saúde.

A organização mundial de saúde preconiza (World health organization, 2008):

- *Desenvolver potencialidades salutógenicas do agregado familiar tomando decisões saudáveis;*
- *Aumentar a consciencialização dos cidadãos para os seus direitos, necessidades e potenciais necessidades;*

- *Reforçar laços para garantir o apoio social na comunidade e com o sistema de saúde.*

A educação em saúde é uma das principais estratégias de promoção da saúde (Souza, Wegner, & Gorini, 2007). Poderá trabalhar-se em grupo ou individualmente. Ao realizar um trabalho em grupo, o enfermeiro poderá enfatizar a troca de experiências e vivências de cada participante e desta forma fomentar uma consciência coletiva, que posteriormente é transportada para o nível individual, incentivando o empoderamento do prestador de cuidados (PC) e das famílias.

Pretendia definir as estratégias mais adequadas à necessidade a intervir de forma inovadora e de acesso eficaz aos prestadores de cuidados, já que estes têm limitações diversas, tais como: tempo escasso, poucas oportunidades de ausentar-se do domicílio e de junto do seu familiar dependente e muitas vezes também eles com limitações de mobilidade física.

O projeto inicialmente proposto, para dar respostas adequadas às necessidades identificadas, tinha três linhas orientadoras: acompanhamento precoce, ainda durante a hospitalização do utente dependente no HPH e posteriormente domiciliário dos prestadores de cuidados; ações de educação para a saúde e a realização de um manual em forma de boletim informativo para fornecer ao prestador de cuidados.

Várias foram as dificuldades de implementação das estratégias preconizadas no projeto inicial, mais concretamente na abordagem dos PC a nível hospitalar. Os obstáculos foram principalmente de ordem administrativos e qualitativos, que implicaram uma reformulação do projeto inicial, já a meio do módulo II, eliminando o acompanhamento precoce durante o internamento em cuidados diferenciados e no domicílio.

As ações de educação para a saúde, tinham como finalidade, contribuir para a redução ou eliminação de uma forma económica, concreta e direta, da necessidade identificada no diagnóstico de saúde.

A amostra do diagnóstico de saúde compreendia 30 prestadores de cuidados informais de utentes dependentes residentes na freguesia da Senhora da Hora. Após contacto telefónico aos prestadores de cuidados, obteve-se uma amostra de 28 prestadores de cuidados, pois 1 dependente tinha sido institucionalizado num lar e outro mudado de residência.

A intervenção na comunidade, compreendia a realização de três ações de educação para a saúde (AES), orientadas para a melhoria do bem-estar e *coping* do prestador de cuidados informal, a realizar em três semanas consecutivas sempre à segunda-feira às 15h com a duração de 30 minutos, na sala de reuniões do Centro de Saúde da Senhora da Hora (anexo III), já que apresenta boas condições e os prestadores de cuidados da amostra residirem a

pouca distância do Centro de Saúde. Em simultâneo pretendia realizar um manual com estratégias de *coping*, em formato de boletim informativo a fornecer em cada sessão. (anexo IV).

As AES e o manual foram planeados, com base no empoderamento do prestador de cuidados, de forma a proporcionar-lhes informação necessária para ultrapassar possíveis dificuldades e fontes de *stress*.

Este projeto destinava-se a prestadores de cuidados informais do Centro de Saúde da Senhora da Hora, residentes na mesma freguesia e aos prestadores de cuidados já estudados aquando da realização do diagnóstico de saúde.

O projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*” tinha como objetivo geral: Promover a aquisição de conhecimentos sobre a sobrecarga para um melhor desempenho do papel de prestador de cuidados informais.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- Identificar por parte dos prestadores de cuidados informais os sinais e sintomas da sobrecarga;
- Identificar por parte dos prestadores de cuidados informais os riscos de serem prestadores de cuidados;
- Identificar por parte dos prestadores de cuidados informais as estratégias adaptativas para ultrapassar possíveis situações difíceis;
- Aumentar a capacidade de comunicação do prestador de cuidados informais;
- Identificar por parte dos prestadores de cuidados informais os aspetos positivos e negativos do papel do prestador de cuidados;
- Identificar intervenções de autocuidado do prestador de cuidados informais.

Ao ser este módulo de estágio, referente a um período específico do planeamento em saúde, tornou-se imperioso, delinear objetivos operacionais, de forma a esclarecer as atividades e estratégias a desenvolver. Assim foram definidos os seguintes objetivos operacionais:

- Que pelo menos 80% dos cuidadores informais do Centro de Saúde da Senhora da Hora que assistiram às AES/grupo de apoio adquiram conhecimentos para o desempenho do papel de prestador de cuidados, até final de novembro de 2012;
- Que pelo menos 80% dos cuidadores informais do Centro de Saúde da Senhora da Hora que assistiram às AES/grupo de apoio adquiram conhecimentos sobre estratégias de *coping*, até final de novembro de 2012;

- Que pelo menos 10% de todos os cuidadores informais do Centro de Saúde da Senhora da Hora obtenham material informativo escrito de apoio ao papel de prestador de cuidados (manual), até final de novembro de 2012;
- Que pelo menos 10% de todos os cuidadores informais do Centro de Saúde da Senhora da Hora participem em atividades de convívio ou lazer, até final de novembro de 2012;
- Que pelo menos 10% de todos os cuidadores informais do Centro de Saúde da Senhora da Hora participem nas AES/grupo de apoio, até final de novembro de 2012.

Como referido anteriormente foram planeadas e executadas três ações de educação para a saúde e em paralelo realizado o manual do prestador de cuidados em forma de boletim a fornecer em cada ação correspondente com os seguintes temas tratados, para dar resposta à necessidade a ser intervencionada: o que significa cuidar; papel e função do prestador de cuidados; importância da doença na dinâmica familiar; necessidades do cuidador; tipos de sobrecarga; cuidados preventivos de saúde do prestador de cuidados; exercícios físicos e de relaxamento para o prestador de cuidados; autocuidado do cuidador; direitos do cuidador; organizar as atividades.

Foram selecionadas várias estratégias de forma a realizar as intervenções de acordo com as características da população, limitações temporais, a sua exequibilidade, os custos e recursos disponíveis:

- Divulgar o Diagnóstico de saúde “*Cuidador informal*” realizado no módulo I e apresentação do projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*” à UCCSH (anexo V). Pretendia também divulgar aos parceiros da comunidade e restantes unidades do Centro de saúde da Senhora da Hora, mas as tutoras referiram não ser relevante;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para promover e garantir a participação dos cuidadores informais;
- Elaborar um manual com estratégias de *coping*, na forma de boletim informativo a fornecer em cada ação aos prestadores de cuidados;
- Divulgar as AES/grupo de apoio através de cartazes (anexo VI) a colocar em locais estratégicos no Centro de Saúde e parceiros comunitários, tais como Junta de freguesia, Igreja paroquial e Centro de infância, velhice e ação social da Senhora da Hora (CIVAS);

- Contactar via telefone os prestadores de cuidados informais da amostra estudada para os convidar a participar nas AES e novo contacto todas as segundas-feiras de manhã com o intuito de relembrar a atividade a realizar à tarde;
- Colocar na caixa de correio do domicílio os convites (anexo VII) aos prestadores de cuidados da amostra, com data, hora e local das AES;
- Realizar as AES/grupo de apoio para aquisição de conhecimentos para o desempenho do papel do prestador de cuidados de forma eficaz (anexo VIII – 1ª AES; anexo IX – 2ª AES e anexo X – 3ª AES);
- Realizar momentos de convívio durante e após AES/grupo de apoio para partilha de sentimentos, conhecimentos e interação social entre os cuidadores;
- Promover estratégias de *coping* durante as AES/grupo de apoio;
- Preencher um questionário de diagnóstico inicial para avaliação de conhecimentos (anexo XI);
- Preencher um questionário de avaliação final relativo aos conhecimentos adquiridos nas AES (anexo XII);
- Realizar e entregar um certificado do cuidador (anexo XIII).

O projeto tinha como finalidade promover a aquisição de novos conhecimentos sobre a sobrecarga para um melhor desempenho do papel do prestador de cuidados. Para isso recorri-me das estratégias inúmeras anteriormente com o intuito de obter o maior número possível de prestadores de cuidados da amostra do diagnóstico de saúde e restante população e por conseguinte melhorar algumas das necessidades identificadas anteriormente na população estudada, já que muitas se interligavam entre si. O grande obstáculo a ultrapassar, já identificado durante o diagnóstico de saúde prendia-se com a motivação dos prestadores de cuidados em participar nas AES e ausentarem-se do seu domicílio, separando-se do seu familiar por momentos. Ao realizar um contacto telefónico aos prestadores de cuidados da amostra a informar da existência das AES e convidar formalmente para a participação nas mesmas e posteriormente colocar na caixa do correio os convites, pensava que talvez quebrassem o “muro” que muitas vezes existe entre os cuidadores informais e formais. A estratégia não foi muito eficaz, devido a muitos prestadores de cuidados já apresentarem uma idade avançada e por conseguinte terem dificuldade na mobilidade e alguns utentes dependentes não poderem ficar sós no domicílio e não haver apoio de cuidador secundário, pelo que o contacto “*in loco*” teria resultados mais positivos para estes casos específicos.

Para a restante população foi realizado um cartaz a informar a realização das AES com indicação do local, datas e hora. Foram contactadas várias entidades da comunidade tais como Junta de freguesia, Paróquia e CIVAS, para colocação dos referidos cartazes em locais estratégicos de grande circulação de pessoas para a divulgação do invento. Esta estratégia não se mostrou proveitosa em resultados, já que não obtive nenhum prestador de cuidados resultante da sua implementação.

Por outro lado a população ainda não está sensibilizada e informada para a importância da prevenção dos problemas que poderão surgir no futuro, e aqui muito se poderá fazer enquanto enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, ao ter um papel mais ativo junto da população dita saudável e não unicamente na que já apresenta problemas e necessita do nosso apoio na prestação de cuidados curativos e de reabilitação. Por outro lado todos os prestadores de cuidados aquando da realização do diagnóstico de saúde ficaram bastante intrigados do porquê do interesse na pessoa que cuida e não na pessoa doente e dependente. Por tradição na nossa sociedade o prestador de cuidados exerce o seu papel como uma continuidade do seu papel de esposa, filha, mãe ou simplesmente por obrigação.

## 2.5 – Avaliação da intervenção na comunidade

A avaliação é a última fase do planeamento em saúde, mas não a menos importante. Ao longo do planeamento, em cada fase foram-se realizando avaliações pontuais, de forma a transitar para a seguinte com sustentabilidade. Nesta última fase realiza-se uma avaliação total, com recurso a indicadores, previamente definidos, que indicam a existência de ganhos em saúde ou não.

Indicador é “uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Giraldes, 1982, p. 43). Distingue-se ainda dois tipos de indicadores: de resultado e de processo. Os indicadores de resultado pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema, ao passo que os indicadores de processo pretendem medir a atividade desenvolvida pelos profissionais ou serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.

A definição de indicadores de processo e resultado, antes da implementação do projeto, torna-se de extrema importância, para a quantificação das atividades desenvolvidas e os resultados obtidos.

Todo o projeto deverá ser avaliado de forma sistemática com a finalidade de melhorar as atividades adjacentes e planejar de forma mais eficaz.

Durante as três AES obtive um total de 8 prestadores de cuidados de um total de 28 da amostra. Dos 8 PC, 5 assistiram à totalidade das AES, dois desistiram e um só assistiu à última AES.

De referir ainda que um PC nunca ficava até ao final da sessão pelo que foi impossível avaliar os seus conhecimentos finais.

A avaliação foi realizada através da seguinte tabela:

Tabela 2 – Avaliação das metas propostas

Classificação	Consecução da meta proposta
Atingido	>90%
Quase atingido	80% - 90%
Não atingido	<80%

Os objetivos operacionais previamente definidos foram atingidos na sua totalidade de acordo com a tabela anterior, exceto os referentes aos PC que assistiram às AES e adquiriram conhecimentos e estratégias de *coping*, que obtiveram resultados de quase atingidos.

### 2.5.1 - Indicadores de processo

No projeto de intervenção foram definidos os seguintes indicadores de processo, para uma avaliação final, com possíveis ganhos em saúde:

Tabela 3 – Indicadores de processo

Indicador 1	Percentagem de prestadores de cuidados que participaram nas AES/grupo de apoio $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas AES}}{\text{n}^\circ \text{ PC convocados}} \times 100$
Meta 1	Que pelo menos 10% dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde participem nas AES/grupo de apoio, até final de novembro de 2012.
Avaliação 1	$x = \frac{8}{28} \times 100 = 28,6\%$ dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde participaram nas AES/grupo de apoio. Atingido.

Indicador 2	<p>Percentagem de prestadores de cuidados que participaram em atividades de convívio e lazer social</p> $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas actividades de convívio e lazer social}}{\text{n}^\circ \text{ PC convocados}} \times 100$
Meta 2	Que pelo menos 10% dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde participem em atividades de convívio ou lazer, até final de novembro de 2012;
Avaliação 2	$x = \frac{8}{28} \times 100 = 28,6\%$ dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde participaram em atividades de convívio ou lazer. Atingido.
Indicador 3	<p>Percentagem de prestadores de cuidados informais com acesso a manual</p> $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC com acesso ao manual}}{\text{n}^\circ \text{ de PC convocados}} \times 100$
Meta 3	Que pelo menos 10% dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde obtenham material informativo escrito de apoio ao papel de prestador de cuidados (manual, em forma de boletim), até final de novembro de 2012;
Avaliação 3	$x = \frac{8}{28} \times 100 = 28,6\%$ dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde obtiveram material informativo escrito de apoio ao papel de prestador de cuidados (manual, em forma de boletim). Atingido.
Indicador 4	<p>Percentagem de prestadores de cuidados que participaram na consulta de follow-up</p> $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na consulta de follow-up}}{\text{n}^\circ \text{ PC convocados}} \times 100$
Meta 4	Que pelo menos 80% dos prestadores de cuidados informais sujeitos a AES, tenham uma consulta de follow-up, após dois meses da última AES.
Avaliação 4	$x = \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$ dos prestadores de cuidados informais sujeitos a AES e convocados para consulta de follow-up, participaram na respetiva consulta após dois meses da última intervenção. Atingido.

### 2.5.2 - Indicadores de resultado

De igual modo, foram definidos indicadores de resultado, para uma avaliação final do projeto de intervenção:

Tabela 4 – Indicadores de resultado

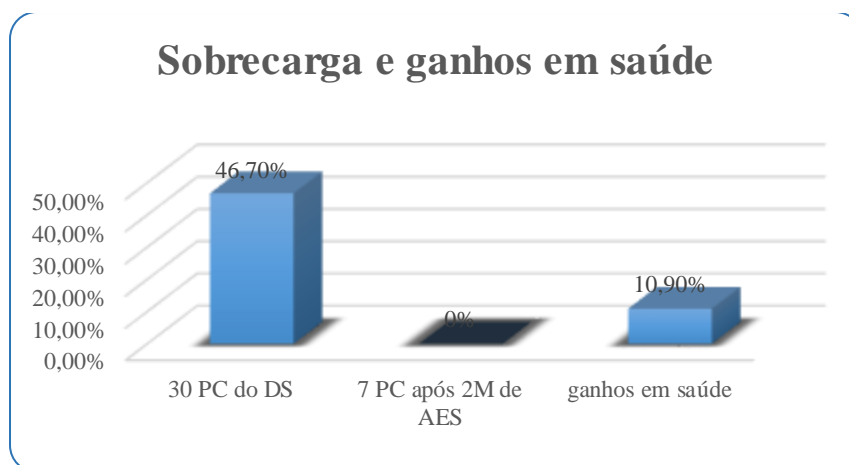
Indicador 5	<p>Percentagem de prestadores de cuidados informais que assistiram às AES/grupo de apoio e adquiriram conhecimentos para o desempenho do papel de prestador de cuidados.</p> $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que assistiram à AES com conhecimentos demonstrados no final da acção}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na AES}} \times 100$
Meta 5	Que pelo menos 80% dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde que assistiram às AES/grupo de apoio adquiram conhecimentos para o desempenho do papel de prestador de cuidados, até final de novembro de 2012;
Avaliação 5	$x = \frac{5}{8} \times 100 = 62,5\%$ dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde que assistiram às AES adquiriram conhecimentos para o desempenho do papel de prestador de cuidados no final das sessões. Quase atingido.
Indicador 6	<p>Percentagem de prestadores de cuidados informais que assistiram às AES/grupo de apoio e adquiriram conhecimentos sobre estratégias de <i>coping</i>.</p> $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que assistiram à AES e adquiriram estratégias de coping}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na AES}} \times 100$
Meta 6	Que pelo menos 80% dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde que assistiram às AES/grupo de apoio adquiram conhecimentos sobre estratégias de <i>coping</i> , até final de novembro de 2012;
Avaliação 6	$x = \frac{5}{8} \times 100 = 62,5\%$ dos cuidadores informais da amostra do diagnóstico de saúde que assistiram às AES adquiriram conhecimentos sobre estratégias de <i>coping</i> no final das sessões. Quase atingido.
Indicador 7	<p>Percentagem de prestadores de cuidados, que apresentaram redução de sobrecarga no desempenho do papel de prestador de cuidados, em consulta de follow-up após dois meses da última AES.</p> $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC com redução da sobrecarga no desempenho do papel do PC}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas AES}} \times 100$
Meta 7	Que pelo menos 50% dos prestadores de cuidados informais sujeitos a AES, apresentem redução de sobrecarga no desempenho do papel de prestador de cuidados, após dois meses da última AES.
Avaliação 7	$x = \frac{7}{8} \times 100 = 87,5\%$ dos prestadores de cuidados informais sujeitos a AES apresentam redução de sobrecarga após aplicação da escala de Zarit. Atingido.

Indicador 8	<p>Percentagem de prestadores de cuidados informais que não apresentaram desenvolvimento de sobrecarga no desempenho do papel de prestador de cuidados, em consulta de follow-up após dois meses da última AES</p> $x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC com ausência de sobrecarga no desempenho do papel do PC}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas AES}} \times 100$
Meta 8	Que pelo menos 80% dos prestadores de cuidados informais sujeitos a AES, não desenvolvam sobrecarga no desempenho do papel de prestador de cuidados, após dois meses da última AES.
Avaliação 8	$x = \frac{7}{8} \times 100 = 87,5\%$ dos prestadores de cuidados informais sujeitos a AES não apresentam níveis de sobrecarga após aplicação da escala de Zarit. Atingido.

Através da análise das tabelas anteriores, verifica-se que os objetivos foram atingidos na sua totalidade, exceto os referentes aos PC que assistiram às AES e adquiriram conhecimentos e estratégias de *coping*, que ficaram quase atingidos de acordo com a avaliação das metas propostas em tabela apresentada.

Deste modo todas as estratégias definidas previamente foram implementadas e com resultados positivos.

Gráfico 5 – Sobrecarga e ganhos em saúde



No diagnóstico de saúde realizado anteriormente com uma amostra de 30 PC, 46,7% apresentava níveis de sobrecarga compreendidos entre moderada a severa. No projeto de intervenção realizado a 8 PC, foi possível avaliar em consulta de follow-up 7 PC. Todos apresentavam passados dois meses, de última intervenção, ausência de sobrecarga, avaliada através da escala de Zarit, o que perfaz um ganho em saúde de 10,9%. Conclui-se que as

intervenções de enfermagem realizadas permitiram uma redução ou ausência de desenvolvimento de sobrecarga no desempenho do papel de prestador de cuidados.

Não foi possível avaliar mais corretamente este indicador, pelo simples facto de não ter aplicado a escala de Zarit aos 8 PC no início das AES. Pelo que fica a sugestão para estudos a realizar posteriormente.

Após uma análise detalhada da escala de Zarit todos os prestadores de cuidados obtiveram uma pontuação igual ou inferior a 13 valores. Da totalidade dos PC, 28,6% obtiveram uma pontuação de 13 valores e os restantes, 71,4% uma pontuação menor ou igual a 10 valores.

Os itens com mais respostas propícias a desenvolver sobrecarga são o 7 (*Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?*) e o item 8 (*Sente que o seu familiar está dependente de si?*), com respostas desde o quase nunca até quase sempre, tendo obtido 4 respostas de quase sempre no item 8, e 3 respostas de quase sempre no item 7. Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos no diagnóstico de saúde, onde se verificava que o item 7 e 8 eram os mais frequentemente referidos como promotores de desenvolver sobrecarga.

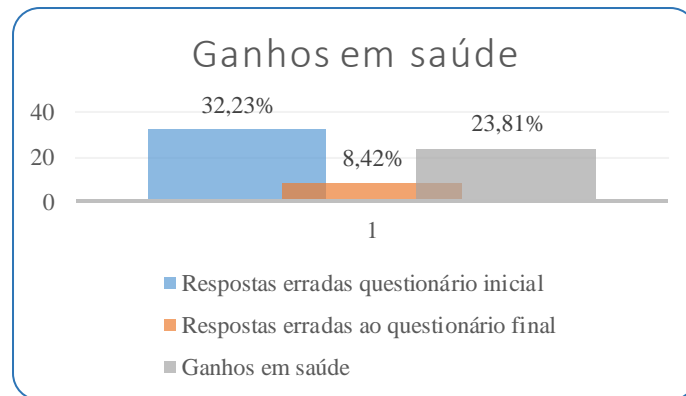
### 2.5.3 - Avaliação diagnóstica e final de conhecimentos dos PC

A avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos PC antes e após as AES permitiu avaliar os ganhos em saúde obtidos através da implementação do projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”.

A avaliação foi realizada através de um questionário com 19 perguntas de verdadeiro e falso, aplicado no início da 1ª sessão e um PC realizou-o no início da 3ª sessão, pois não tinha tido oportunidade de participar nas anteriores. O mesmo questionário foi aplicado no final da 3ª sessão. O questionário final de obtenção de conhecimentos tinha sido planeado inicialmente, para aplicação no final de cada sessão de forma desdobrável do inicial, isto é, só incluía as perguntas referentes aos temas desenvolvidos na sessão respetiva. Tal método não se mostrou aplicável logo na 1ª sessão por gestão de tempo e disponibilidade dos prestadores de cuidados, pelo que foi programado para o final da 3ª sessão.

Após análise estatística dos dados recolhidos no questionário inicial e final obteve-se ganhos em saúde, como é demonstrado no gráfico nº6. No questionário inicial obteve-se 32,23% de respostas erradas, enquanto no final a percentagem foi de 8,42% de respostas erradas, o que perfaz um ganho em saúde de 23,81% em relação aos conhecimentos e estratégias de *coping* adquiridos pelos prestadores de cuidados presentes nas AES.

Gráfico 6 – Ganhos em saúde



Ao comparar os resultados constatou-se que todas as perguntas obtiveram ganhos em saúde exceto a pergunta “*Cuidar do seu familiar significa: fazer-lhe tudo, mesmo o que ele é capaz de fazer sozinho*”, com uma perda de 5%.

#### 2.5.4 - Avaliação da AES por parte dos formandos

A avaliação das AES foi realizada através de um pequeno questionário onde se pretendia avaliar a pertinência dos temas tratados, se os conteúdos eram adequados, se os formadores demonstravam conhecimentos sobre o tema e estavam disponíveis para esclarecimento de dúvidas e for fim se os meios utilizados tinham sido os suficientes. Todas as perguntas obtiveram um total de 100%, que demonstra uma avaliação excelente das AES por parte dos formandos, que neste caso eram os prestadores de cuidados.

Através dos resultados obtidos, ficou evidenciado a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, no desenvolvimento de estratégias e intervenções direcionadas para grupos alvo da população, de forma a melhorar a saúde dessa comunidade e obter ganhos em saúde.



### 3 – Módulo III – vertente opcional

Nos últimos anos em Portugal o ensino e a profissão de enfermagem foram sujeitos a grandes alterações.

Na década de 90 do século passado após debate intenso ao longo dos anos precedentes sobre o exercício profissional, regulamentação e seu controlo foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), regulando o exercício profissional dos enfermeiros, esclarecendo conceitos, intervenções e áreas de atuação, e os direitos e deveres dos enfermeiros.

Passados dois anos nasce a Ordem dos Enfermeiros (OE), e a publicação do seu Estatuto (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril), onde é reconhecida a autorregulação dos enfermeiros como forma de garantir os melhores cuidados prestados aos cidadãos. Em paralelo é também publicado o Código Deontológico.

Desta forma a Ordem dos enfermeiros promove a autonomia responsável de todos os profissionais de enfermagem. Esta é alcançada através da promoção da “defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro” e o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, de acordo com o artigo 3º do Estatuto da Ordem.

Surgem vários documentos desenvolvidos por esta instituição, de forma a suportar o desenvolvimento da profissão: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003), mais tarde o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e o modelo de desenvolvimento profissional, com todos os documentos de suporte para a sua regulamentação, implementação e desenvolvimento.

Ao nível do ensino, a enfermagem foi integrada no sistema educativo nacional nos anos 80, do século passado, através do Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de dezembro, surgindo o curso superior de enfermagem e os cursos de estudos superiores especializados em enfermagem. Já no final dos anos 90, foi criado o curso de licenciatura em enfermagem e os cursos de pós- licenciatura de especialização (Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de setembro).

Começam a surgir os primeiros enfermeiros com título académico de mestre no início dos anos 90 do século passado e no ano de 2002 é doutorado o primeiro enfermeiro português numa universidade portuguesa (Amendoeira, 2004).

Com a implementação do processo de Bolonha surgem os três ciclos de estudo, ao nível do ensino superior.

Todos estes fatores descritos anteriormente favoreceram um rápido desenvolvimento da profissão com um aumento da qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais à população.

Em Portugal com o surgimento do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDF), que integra o Sistema de Certificado de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades, no artigo 7º, da Lei nº111/2009, de 16 de setembro, tornou-se necessário definir um modelo de supervisão clínica a seguir.

Vários obstáculos se colocam na prática da supervisão clínica: ausência de consenso na definição de conceitos, deficiente prática de supervisão por parte dos profissionais, diversidade dos contextos e existência de vários modelos desenvolvidos por outras disciplinas. A definição de um modelo de supervisão pela OE permitiu aos enfermeiros ultrapassar esta lacuna, e possibilitar a sua implementação no exercício profissional.

O módulo III foi desenvolvido na UCCSH, de forma a adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista ao nível da educação dos pares, orientação e aconselhamento em relação à integração e supervisão de estudantes numa unidade de cuidados, através da realização do “Manual de integração para estudantes na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora” e sua apresentação numa ação de formação (anexo I).

O manual tem como finalidade integrar os estudantes dos vários ciclos do ensino superior na UCCSH, mas também orientar o percurso dos supervisores clínicos. Em paralelo, pretendia o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, através do desenvolvimento de competências com a meta final da excelência dos cuidados, por parte de todos os intervenientes.

O módulo III foi realizado de acordo com o MDP da OE, os Padrões de Qualidade da Prática de Enfermagem, Leis e Decretos-de-Leis referentes à enfermagem e com o suporte teórico de várias disciplinas complementares à enfermagem na área da formação e supervisão.

### 3.1 – Manual de integração para estudantes, rumo à excelência dos cuidados

Nas últimas décadas surgiram alterações culturais, económicas e epidemiológicas significativas na sociedade portuguesa, que culminaram com novas necessidades de cuidados e um reajuste dos profissionais na prestação de cuidados de acordo com as necessidades emergentes (Ordem Enfermeiros, 2011). O sistema de qualidade permite desenvolver o percurso para a excelência dos cuidados, através de uma avaliação contínua e sistematizada dos intervenientes.

A enfermagem enquanto profissão atua em várias áreas distintas: prestação de cuidados, gestão, ensino, formação e assessoria (Decreto - Lei nº 104/98, de 21 de abril, 1998). A OE através do seu estatuto permitiu o desenvolvimento da profissão com a criação de instrumentos de promoção da qualidade dos cuidados, dos quais se destaca o MDP.

O MDP prevê uma formação contínua ao longo da vida, valorizando e reconhecendo a aprendizagem experiencial do enfermeiro em contexto de trabalho e considera diferentes percursos formativos. Ao longo deste processo surge o papel de enfermeiro supervisor, supervisionado para o período de exercício profissional tutelado (EPT) e enfermeiro supervisionado para o período de desenvolvimento de prática tutelada (DPT), num modelo de supervisão com eixos centrais de implementação, de ação, reflexão sobre a prática e colaboração, sempre em parceria entre os dois intervenientes.

Para um melhor desempenho desta prática de desenvolvimento profissional, é importante que a integração do supervisionado e o seu percurso no ensino clínico sejam definidos previamente, emergindo o manual de integração do estudante.

Para dar resposta aos objetivos definidos pela Universidade Católica Portuguesa – Porto, propus-me realizar um manual de integração para estudantes na UCCSH (anexo XVI), de forma a facilitar a sua integração e melhorar o ensino clínico. Com a realização deste manual pretendia contribuir para um aumento dos padrões de qualidade da prática de enfermagem, do serviço em questão e da própria instituição e desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais. Todos estes domínios estão previstos no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com a OE e publicado em Diário da República através do Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro.

O manual de integração de estudantes tinha como objetivo geral promover a integração de estudantes na UCCSH e como objetivos específicos:

- Proporcionar informação que permita uma melhor adaptação e integração na UCC da Senhora da Hora;
- Proporcionar condições para aquisição de maiores conhecimentos e experiências durante a realização do estágio;
- Permitir o desenvolvimento de habilidades teórico-práticas, de forma a atingir os objetivos de estágio;
- Definir o modelo de supervisão a utilizar;
- Definir percurso da orientação tutorial.

O manual de integração surgiu das dificuldades e necessidades sentidas e observadas ao longo dos módulos anteriores. A não existência de um manual de integração quer na UCCSH, quer na ULSM, originou que após momentos de reflexão e análise sobre a pertinência da sua realização e sua importância quer para futuros estudantes, quer para o serviço em si, lança-se a proposta da sua realização, à universidade e ao serviço em questão, de forma a melhorar a integração dos estudantes de enfermagem.

O manual de integração é um instrumento de apoio e orientação, quer para os estudantes, quer para os profissionais com o papel de orientar os estudantes em ensino clínico.

A orientação, acompanhamento e avaliação de estudantes requer por parte dos profissionais disponibilidade, motivação e um grande sentido de responsabilidade pela formação dos novos profissionais e no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos enfermeiros detentores da licenciatura, pois frequentemente são imitados pelos estudantes em todas as suas intervenções.

Para os estudantes o ensino clínico pode tornar-se um período de grande desenvolvimento de habilidades e conhecimentos de acordo com as competências quer de enfermeiro de cuidados gerais, quer de enfermeiro com especialidade numa determinada área, mas também ser um período de medo, receios e incertezas.

A existência de um manual de integração tem como missão facilitar a integração do estudante ao campo de estágio e planear o ensino clínico para atingir um final positivo e com aquisição de competências em vários domínios de conhecimento.

A enfermagem portuguesa encontra-se ligada à Lei de Base da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Definiu uma nova política de recursos humanos para a saúde, com características mais generosas que se refletiram no exercício profissional dos enfermeiros. Previa também a garantia da formação dos profissionais e segurança dos cuidados prestados, fatores que viriam mais tarde a ser objeto de consideração na elaboração do

Estatuto da Ordem dos enfermeiros.

A profissão de enfermagem tem como foco a pessoa e/ou um grupo de pessoas (família, grupos ou comunidade), e resulta de uma relação interpessoal entre os vários intervenientes. Todos são detentores de valores, crenças e desejos, resultado das suas vivências, educação e desenvolvimento ao longo do seu ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros na publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor...” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8).

Recentemente com a publicação da nova Carreira Especial de Enfermagem através do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, no seu Artigo 4.º que remete-nos para a qualificação da enfermagem ao referir que esta “tem por base a obtenção das capacidades e conhecimentos adquiridos ao longo da formação”. Esta formação de acordo com o Artigo 20.º deverá ser continua, promover uma atualização técnica e científica e fomentar o desenvolvimento de projetos de investigação.

O Artigo 9.º remete-nos para o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro. No ponto 1, alínea i) define que o enfermeiro tem de “colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional” e na alínea p) que os enfermeiros especialistas têm que “orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional”.

Estas funções do enfermeiro serão imprescindíveis para a boa implementação e execução do Modelo de Desenvolvimento Profissional dos enfermeiros.

Para a realização do manual de integração, iniciei por recolher toda a bibliografia existente sobre o REPE, a OE, nomeadamente o estatuto da ordem e seu código deontológico, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, as competências do enfermeiro de cuidados gerais, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e o modelo de desenvolvimento profissional (com certificação de competências, sistema de individualização das especialidades em enfermagem e modelo de supervisão clínica preconizado pela OE) todos publicados em Diário da República, assim como de vários cadernos temáticos publicados pela Ordem dos Enfermeiros. Também me socorri de várias bibliografias existentes sobre supervisão clínica e os seus modelos de supervisão, de forma a elaborar uma proposta de guia de modelo de supervisão.

Depois de uma leitura pormenorizada e análise de conteúdo, realizei uma seleção de acordo com a temática em estudo e todos os Decretos-lei e Leis de enfermagem que focassem a formação, o desenvolvimento profissional e a relação existente entre as instituições de ensino e as instituições da prática, de forma a contextualizar um modelo de integração para estudantes, de acordo com o estatuto da OE e o MDP.

Esta fase de elaboração do manual tornou-se ao mesmo tempo um período de grandes dificuldades, um desafio, um aprofundar de conhecimentos e obtenção de novos conhecimentos.

A existência de vários modelos de supervisão clínica, desenvolvidos quer por enfermeiros, quer por outros profissionais noutras áreas do conhecimento, implicou a sua análise e comparação com o modelo construtivista-reflexivo preconizado pela ordem. Foram selecionados três modelos de supervisão tendo em conta a ação, a reflexão sobre a prática e a colaboração existente entre o supervisor e supervisionado. Para além destes fatores, pretendia abarcar modelos utilizados e desenvolvidos por enfermeiros portugueses, mas também com uma perspetiva internacional. Assim foram selecionados: o modelo de Stuart - 2003 (Inglaterra), o modelo de Wilson Abreu - 2007 e o modelo de Sérgio Soares – 2008.

O modelo de Stuart preconiza uma preparação do estudante e tutor, e um desenvolvimento contínuo de competências profissionais, através da aprendizagem baseada na experiência existente em ensino clínico e como o estudante pode ser acompanhado na interação das várias experiências de aprendizagem ao longo do ensino clínico, a fim de aprender com a prática e descobrir o significado da experiência. O modelo de aprendizagem com a experiência é constituído por quatro fases. Cada fase foca vários fatores e estratégias que poderão influenciar a aprendizagem através da experiência (Stuart C. , 2003).

Para Wilson Abreu o processo de supervisão clínica é dividido em três fases. A fase inicial de integração, a fase de experimentação ou de realização e a fase autónoma e de processamento (Abreu, 2007).

O modelo proposto por Sérgio Soares contempla três momentos fundamentais no processo supervensivo: a planificação do ensino clínico; a implementação a qual está dividida em três fases e reunião final e por fim a avaliação (Soares, 2008).

A OE defini a supervisão clínica como um “processo de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2).

Através deste modelo é salientada a importância do papel do supervisor como acompanhante da prática clínica do estudante, o seu papel de guia de orientação, ajudando a analisar e a repensar, dando feedback contínuo e periódico do desenvolvimento e percurso do estudante, mas também do seu “papel de aprendente”. O supervisor deverá reconhecer e agir em função do papel e ação do supervisionado, adequar a atitude e estilo de supervisão quer a cada supervisionado quer a diferentes situações ao longo do ensino clínico, de forma a torna-lo o mais autónomo possível (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O supervisionado tem a função de definir e traçar os seus objetivos, tornando-se num agente dinâmico do seu processo de aprendizagem e mudança positiva.

O momento de aprendizagem e formação em questão remete-nos para a formação de pessoas adultas, com vivências e conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação e desenvolvimento, que não deverão ser desperdiçados, mas sim integrados no desenvolvimento de competências e conhecimentos.

O supervisor juntamente com o supervisionado, deverão definir as estratégias de aprendizagem, o ritmo e o modelo de supervisão a utilizar e suas adaptações a cada momento e desafios lançados ao longo de todo o percurso.

Após toda uma análise e reflexão de conteúdo elaborei um modelo guia de supervisão clínica para estudantes do curso de licenciatura e estudantes do curso de especialização numa determinada área de enfermagem (capítulo 9 do manual de integração – anexo XVI).

Em simultâneo realizei um panfleto de integração para os estudantes (anexo XV), com o intuito de obterem a informação base e sucinta do manual de integração, de forma rápida e com o objetivo de fomentar a leitura do manual.

A realização do manual de acordo com o MDP foi também um desafio. A inexistência de algo semelhante tornou este trabalho inovador. Pelo seu caráter inovador o suporte e apoio que poderia existir, quando já existe algo semelhante realizado, não havia, e os riscos de seguir um caminho mais sinuoso e sem saída eram grandes, pelo que os momentos de reflexão e pausas ao longo da sua realização foram de grande importância para seguir sempre o mesmo fio condutor.

Todo este árduo trabalho permitiu-me mobilizar para a prática conhecimentos teóricos adquiridos, aprofundar conhecimentos, obter outros novos e desenvolver competências que ainda não tinha tido oportunidade de desenvolver ao longo deste percurso académico.

Foi realizada uma formação em serviço (anexo XIV), para apresentação do manual de integração para estudantes na UCCSH, aos profissionais da referida unidade, e convidado um perito na área. Assistiu também o professor orientador de estágio, elemento fundamental

para o debate final e troca de ideias entre os vários profissionais presentes. Esta formação foi o culminar de todo o módulo III com a apresentação e posterior debate com todas as dúvidas emergentes após a apresentação da formação.

Ficou a sensação de dever cumprido, da melhor forma possível, ter lançado uma temática nova e desconhecida para alguns profissionais, para discussão e reflexão posterior e ser o início de um novo percurso, a realizar na integração e supervisão de estudantes na UCCSH, rumo à excelência dos cuidados de enfermagem prestados à comunidade.

Permitiu-me desenvolver competências ao nível da educação dos pares, orientação e aconselhamento em relação à integração e supervisão de estudantes numa unidade de cuidados, através da realização do Manual de integração de estudantes na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora e sua apresentação numa ação de formação.

Todos os obstáculos e dificuldades sentidas durante os dois primeiros módulos foram os impulsionadores e responsáveis pela escolha desta temática e conseqüentemente a realização do manual. No final da elaboração do manual, panfleto e apresentação do manual à equipa da UCCSH sob a forma de formação em serviço, e após análise na e sobre a ação, atingi todos os objetivos propostos.

O manual encontra-se em fase de implementação na UCCSH. Após algumas alterações do conteúdo referente à caracterização da unidade e objetivos, propus a sua implementação na ULSM, à direção de enfermagem.

### 3.2 – Outras atividades desenvolvidas

Durante os vários módulos de estágio, principalmente no último, tive oportunidade de realizar outras atividades para além das descritas anteriormente das quais destaco:

**ECCI** - participei nas visitas domiciliárias realizadas pela ECCI, durante uma manhã, o que permitiu observar o planeamento, execução e dinâmica das visitas assim como a relação terapêutica e muitas vezes quase familiar existente entre os vários intervenientes. Foi uma experiência enriquecedora, que permitiu observar o desempenho do enfermeiro na comunidade e a sua relação com as famílias no domicílio.

**Reuniões Matinais do ACES de Matosinhos** - no mês de outubro de 2012, assisti a esta formação onde apresentaram vários temas relacionados com o prestador de cuidados e o Guia prestador de cuidados para publicação posterior.

Permitiu observar a dinâmica existente entre as várias unidades do ACES e seus profissionais.

**Projetos da UCCSH** - a UCCSH ao prestar cuidados numa comunidade, desenvolveu vários projetos de intervenção de forma a dar resposta às suas necessidades.

Ao realizar o diagnóstico de saúde e intervenção na comunidade junto dos prestadores de cuidados, tive oportunidade de me inteirar sobre o projeto de enfermagem para o prestador de cuidados já existente na UCCSH.

Durante o módulo III, assisti a ações de educação para a saúde, direcionadas para os prestadores de cuidados. O planeamento e apresentação já existente na UCCSH era bastante diferente, em relação ao meu projeto, pois abrangia várias temáticas relacionadas com o prestador de cuidados enquanto o meu era unicamente direcionado para a sobrecarga do prestador de cuidados. Constatei que utilizaram o projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*” para melhorar o existente na UCCSH. Sinto que contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e gestão dos cuidados, ao usar processos de mudança para influenciar a introdução de inovações.

O projeto de enfermagem para a parentalidade – Bem-me-quer, é um dos projetos em que se pode observar a articulação existente entre as várias unidades funcionais do Centro de Saúde, através da referenciação das grávidas pelas USF para a UCCSH e a relação também existente com o departamento da grávida e criança existente no HPH. Todo este projeto é desenvolvido e implementado, através da prevenção e promoção da saúde quer da grávida, quer da família e criança, numa fase crítica do percurso do ciclo vital de todas as famílias, já que implica momentos de transição e adaptação a novas realidades.

Este projeto é implementado através de várias sessões teóricas e práticas, em que se fomenta a participação ativa de todos os intervenientes, para que as dúvidas e receios possam ser ultrapassados. Durante estas sessões, pode-se observar as relações interpessoais que se vão criando entre os profissionais de saúde e os utentes, e entre os vários utentes entre si, tão fundamentais para o sucesso de qualquer projeto na comunidade em que é de primordial importância a participação ativa da população.

O programa de saúde escolar engloba vários projetos na comunidade escolar. Ao atuar numa população alvo com idades compreendidas entre alguns meses de idade e os 18 anos, idade que coincide com o final do ensino secundário, as formas de intervenção serão bastante diferentes assim como os projetos terão de ser adaptados a cada faixa etária de acordo com as necessidades específicas de cada idade. Todos estes fatores tornam-se desafios para o enfermeiro que exerce funções nesta área, pois tem que dominar vários conceitos e temáticas

e ter a capacidade de interagir com uma população de tenra idade e ao mesmo tempo com adolescente e jovens com características bastante diferentes.

Para além, de necessitar de ter capacidade de captar a atenção das crianças e jovens, tem que manter uma atitude profissional, indispensável para o sucesso das suas intervenções.

Um dos projetos que me surpreendeu pela positiva foi o projeto de enfermagem de intervenção em saúde mental. Ao atuar principalmente no domicílio do utente com alterações em saúde mental, o enfermeiro percebe as “in loco” as necessidades do utente e família, realizando um plano de ação e intervenção de enfermagem de saúde mental de acordo com as necessidades identificadas.

A relação terapêutica eficaz, neste projeto é fundamental para que o enfermeiro obtenha sucesso nas suas intervenções e consequentemente ganhos em saúde quer para o utente quer para a família.

Os cuidados paliativos no domicílio, como o nome indica atua no utente com necessidades em cuidados paliativos aquando da sua permanência no domicílio e na família. Este projeto desenvolve-se em articulação com a unidade de cuidados paliativos existente a nível hospitalar, onde os utentes com necessidades de cuidados de enfermagem a nível paliativos são referenciados para as unidades da ECCI existentes no ACES. O enfermeiro a exercer funções neste projeto faz o acompanhamento do utente e família, no domicílio, mas ao realizar atividade na unidade de cuidados paliativos no hospital tem também a oportunidade de acompanhar o utente durante a sua estadia nos cuidados diferenciados o que se torna uma mais-valia, quer para o utente, família e profissional de saúde, pois faz a articulação entre os dois sistemas de prestação de cuidados.

Os projetos existentes ao nível do utente com diabetes são desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar e em articulação com os cuidados de saúde primários e diferenciados. Nestes projetos o foco é o utente com diabetes e sua família, de forma a realizar intervenções mais consistentes e com a participação de todos os intervenientes no processo. O objetivo final é a adesão ao regime terapêutico por parte do utente com a colaboração de toda a família e a promoção e prevenção da doença para potenciais membros da família.

O projeto reabilitar é viver, atua principalmente na reabilitação de utentes com défices na mobilidade, com problemas respiratórios – doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e problemas neurológicos – acidente vascular cerebral (AVC).

Os projetos de fisioterapia estão interligados quer com os projetos da parentalidade, quer com os projetos de reabilitação, atuando de forma conjunta com o mesmo objetivo final.

**A USF Lagoa** - é uma unidade funcional do Centro de Saúde da Senhora da Hora, a funcionar no piso 0, desde julho de 2010. Fornece à população da sua área de abrangência, consultas no âmbito de programas de vigilância e promoção da saúde em várias faixas etárias, consultas de vigilância específica e consulta de acompanhamento de doenças crónicas. Para além destas consultas, tem ainda disponível o atendimento em situações agudas, cuidados domiciliários, tratamentos e vacinação.

Durante a semana de estágio que permaneci na USF Lagoa, tive oportunidade de observar e assistir a várias consultas de promoção da saúde (criança e adolescente, adulto e idoso), consultas de vigilância específica (planeamento familiar e saúde materna), consulta de doenças crónicas (hipertensão arterial (HTA) e diabetes) e vacinação.

Toda esta diversidade de consultas permitiu-me observar o conteúdo teórico existente para o planeamento de cada tipo de consulta e a dinâmica existente entre elas, especialmente nas famílias, em que vários elementos eram sujeitos a consultas de caráter diferente, mas com uma articulação entre elas (saúde da criança, planeamento familiar e saúde do adulto). Nestas situações nota-se a importância do papel do enfermeiro de família, como o profissional de referência para a família e que conhece cada elemento e seus problemas e fases do ciclo familiar.

A existência de atendimento em situações agudas é de grande importância. Ao resolver o problema emergente do utente oferece um serviço de urgência eficaz, mas também é uma oportunidade para o profissional vigiar, por exemplo, o plano nacional de vacinação e promover a vacinação do utente, tornando-se assim uma oportunidade para prestar cuidados de saúde no âmbito da prevenção e promoção e não só curativo, como principal motivo de ida do utente ao serviço de saúde.

Foi uma semana em que tive oportunidade de observar outra faceta do que é ser enfermeiro, especialmente nos cuidados primários, não vocacionado tanto para a comunidade como na UCC, mas para a família.

**Acolhimento de estudantes da licenciatura** - a UCCSH ao ser uma unidade de referência de ensino clínico da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) torna-se um polo de grande afluência de estudantes de enfermagem da licenciatura. É também local de estágio de estudantes de especialização de várias instituições de ensino e apoio a projetos de doutoramento.

Tinha proposto no projeto de estágio a realização de uma sessão de acolhimento aos estudantes de licenciatura, com os objetivos de inteirar-me da sessão já existente na UCCSH,

interagir com estudantes de outro nível de ensino e desenvolver competências ao nível da comunicação e formação.

Para a realização da referida sessão, foi-me facultado a apresentação existente na UCCSH. Após leitura e análise, e de acordo com o já realizado no manual de integração que estava a desenvolver sugeri algumas alterações. No início de janeiro em articulação com a enfermeira tutora realizei a sessão de acolhimento dos estudantes.

## 4 – O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - competências adquiridas e desenvolvidas

Enfermagem é uma profissão que por excelência é responsável por cuidar da pessoa e família, ao longo de todas as etapas do ciclo vital e comunidade, de forma a ajudar a manter ou conquistar os mais elevados níveis de saúde.

Ser enfermeiro especialista significa ser detentor de “conhecimentos aprofundados num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 2). Todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

Uma definição de família mais lata é essencial na enfermagem comunitária, já que, os enfermeiros na comunidade trabalham com famílias de vários tipos de estrutura e culturalmente diferentes.

É essencial que os enfermeiros da comunidade compreendam a família e os seus papéis de modo a poderem proporcionar aos utentes, conhecimentos aprofundados e específicos em relação aos procedimentos da família, entre os seus elementos e dentro da comunidade e da sociedade em que estão inseridos. Os papéis dentro de uma família tanto influenciam como são influenciados pelo seu estado de saúde.

A comunidade é um “ Grupo: Seres humanos enquanto unidade social ou todo coletivo, ligadas pela partilha de localização geográfica, situações ou interesses” (Internacional Council of Nurses, 2011, p. 115).

A saúde comunitária é assim, uma prática contínua e global, direcionada para a pessoa e família ao longo do seu ciclo de vida. Dirige-se a todos os grupos etários, desenvolve-se em vários locais da comunidade de acordo com as necessidades reais de saúde da comunidade e inclui os vários níveis de prevenção, centrando o seu exercício na promoção da saúde e prevenção da doença, dando destaque à educação para a saúde e à sua manutenção, o diagnóstico de saúde das populações, a recuperação e manutenção da saúde, o

restabelecimento e reintegração do indivíduo, a coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados ao indivíduo, família e comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999).

Ser enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, significa ter como alvo de intervenção a comunidade. “Dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social” (Ordem Enfermeiros, 2011, p. 4). A mesma entidade refere que o enfermeiro atua através de “programas de intervenção com vista à capacitação e empoderamento (capacitação) das comunidades de acordo com os projetos de saúde coletiva”.

A World Health Organization, referenciada pela OE define promoção da saúde como “ a criação de melhores condições para que exista uma relação entre os esforços dos indivíduos e os resultados de saúde que se obtêm”. Na promoção da saúde, o empoderamento é um “processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (Ordem Enfermeiros, 2011, p. 13).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve desenvolver a sua atividade de acordo com as competências específicas da sua área de especialização publicadas no Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro.

A OE através dos padrões de qualidade define os enunciados descritivos que têm como objetivo explicar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão. São eles:

1. **Satisfação do cliente;**
2. **A promoção da saúde;**
3. **A prevenção de complicações;**
4. **O bem-estar e o autocuidado;**
5. **A readaptação funcional;**
6. **A organização dos cuidados de enfermagem.**

Para além destes enunciados a OE no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública adiciona o **Planeamento em saúde e vigilância epidemiológica**, como enunciado primordial à prática dos cuidados especializados em questão e desenvolvido ao longo dos dois primeiros módulos de estágio, ao realizar um diagnóstico de saúde a uma população (prestadores de cuidados informais) e identificar as suas necessidades de saúde.

Como podemos constatar no ponto dois faz referência à promoção da saúde, como um dos padrões essenciais à prática de cuidados de saúde com qualidade.

A OE no Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar define:

*“Os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais estão responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que implicam transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais, ...”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 6).

As transformações ocorridas na sociedade portuguesa a par das alterações na estrutura familiar, nas últimas décadas, originaram novas necessidades de saúde familiar. A família é considerada um espaço privilegiado de suporte à vida de cada elemento, por conseguinte deverá ser alvo de cuidados por parte do enfermeiro de família. Para além de atuar nos diferentes níveis de prevenção, tem que atuar na promoção da saúde familiar e ter o papel de gestor e organizador dos recursos da família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Todas estas competências preconizadas pela OE estão contempladas nos objetivos definidos pela UCP e que nortearam o planeamento e realização de cada módulo de estágio e desse modo desenvolver as competências necessárias para a obtenção do título de enfermeira especializada em enfermagem comunitária e posteriormente com o grau académico de mestre.

A responsabilidade profissional, ética e legal sempre pautearam a minha postura ao longo deste percurso académico, profissional e pessoal. Durante o diagnóstico de saúde e intervenção na comunidade, foram salvaguardados todos os princípios éticos e legais para a colheita de dados, junto da população. Na implementação da intervenção na comunidade com o projeto *“Cuidador saudável, cuidador feliz”* as estratégias e intervenções ao longo das AES, foram adaptadas de acordo com as necessidades demonstradas pelos PC, e assim desenvolvidas em parceria, tendo por base um juízo baseado no conhecimento e experiência. As famílias foram empoderadas da sua responsabilização perante a saúde.

Muito contribuíram as pesquisas efetuadas, sobre o estado da arte e a experiência adquirida ao longo do percurso profissional, académico e pessoal, para as tomadas de decisões, que foram necessárias realizar ao longo dos estágios, de forma assertiva. A equipa da UCCSH foi um recurso importante, quer pelo conhecimento da comunidade quer pelos conhecimentos especializados na área da comunidade, proporcionando uma ajuda na tomada de decisões em equipa, aquando de um amplo leque de opções evidenciadas pela várias pesquisas efetuadas.

A realização do manual de integração proporcionou um aprofundar de conhecimentos legais e conceituais, ao enquadrar a sua realização com as Leis, Decretos-de-Leis, Código Deontológico, MDF e cadernos temáticos da OE, que regem a profissão de enfermagem.

A metodologia de planeamento em saúde foi usada para a identificação do estado de saúde da comunidade. Foi elaborado um diagnóstico de saúde na comunidade de prestadores de cuidados informais e identificadas as necessidades emergentes, com a sua priorização posterior. Desta forma preveni e identifiquei situações de risco, a serem corrigidas num futuro próximo, com uma perspectiva de cuidados preventivos para alguns elementos da família e curativa para outros. Após esta priorização foram definidas as estratégias de intervenção, de forma detalhada, a utilizar na comunidade de acordo com a pesquisa efetuada, e realizado o projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”, com a definição de objetivos, metas e indicadores para uma melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

A comunicação dos resultados do diagnóstico de saúde e o projeto de intervenção a realizar, à equipa da UCCSH, permitiu articular os conhecimentos adquiridos com a prática com a finalidade de aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem e obter ganhos em saúde, através da implementação do projeto na comunidade e mais tarde com a implementação do manual de integração.

Com a realização do projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”, proporcionei aos PC o direito à informação existente sobre a sobrecarga e estratégias de *coping*, de forma a ultrapassarem momentos difíceis desta fase da sua vida pessoal e familiar, através da realização do manual do prestador de cuidados em forma de boletim informativo.

Através da realização das AES centradas na sobrecarga e estratégias de *coping*, também promovo princípios de ergonomia e tecnologia para evitar acidentes no domicílio quer ao dependente quer ao PC. Estas ações foram também um momento de oportunidade importante de promover a adesão à saúde, através de estilos de vida saudáveis, prática de exercício físico, realização de *check-up* e alimentação saudável, medidas fundamentais para permanecer um cuidador saudável.

A elaboração do manual de integração de estudantes surge através da identificação de oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados, tornando-se num instrumento de orientação de boa prática. Estando a profissão num processo contínuo de mudança, a introdução de um manual de integração poderá ser um instrumento facilitador de atingir níveis de qualidade de excelência dos profissionais e desta forma torná-los mais motivados para um bom exercício profissional. O manual foi apresentado e debatido numa ação de

formação, realizada para a equipa da UCCSH. Ao convidar um perito no modelo de desenvolvimento profissional e todas as questões que daí advém, tornou-se a ação de formação mais enriquecedora para todos os participantes.

Ao prestar cuidados de enfermagem, a nível profissional, nos cuidados diferenciados, os conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas na área da enfermagem comunitária, tornaram-se fundamentais para uma melhoria dos cuidados prestados, quer ao utente, quer à família da pessoa internada. Houve um despertar contínuo para problemas considerados *minore* para os profissionais, mas tão revelantes para as famílias. Desta forma iniciei a mobilização dos conhecimentos adquiridos, para esta comunidade com necessidades tão específicas. Tenho aos poucos, incrementado um espírito de mudança na equipa, mas com muita resistência à mudança e a novas evidências dos cuidados focados na família e não só no utente tratado isoladamente e muitas vezes, só no órgão a que foi intervencionado e não na pessoa como um todo e com uma família, também com necessidades, mudar as atitudes e intervenções dos enfermeiros perante a família.

Os momentos de reflexão crítica, efetuados durante os vários estágios e a realização deste relatório, na e sobre a ação, foram fundamentais para mudar atitudes, estratégias, intervenções e ultrapassar os obstáculos que foram surgindo, contribuindo para um crescimento e desenvolvimento de competências. Os obstáculos e dificuldade foram os momentos “menos bons”, mas tornaram-se vetores de desenvolvimento e palco de novos desafios colocados a mim própria, com metas a ultrapassar de forma a atingir objetivos mais ambiciosos.

Pretendo com os conhecimentos adquiridos contribuir para uma melhor prestação de cuidados rumo à excelência, tornando-me uma enfermeira mais realizada e feliz, em analogia ao projeto do PC.



## 5 – Conclusão

Nas últimas décadas em Portugal, muitas foram as mudanças em termos demográficos, sociológicos e políticas de saúde. A par do envelhecimento gradual da população, esta tornou-se mais exigente, ciente dos seus direitos e deveres. O enfermeiro como elemento integrante da sociedade teve que se adaptar às novas conjeturas, tornando-se um parceiro e promovendo cuidados integrados na comunidade, fomentando a capacitação e o empoderamento das comunidades na conquista de projetos de saúde.

Com o envelhecimento da população, surge no seio das famílias, o prestador de cuidados informais. É um elemento chave na família aquando da existência de um membro dependente, mas com riscos de desenvolver sobrecarga, problemas de saúde, depressões e alterações na dinâmica familiar. Deverá ser considerado um parceiro nos cuidados de saúde, em paralelo com os profissionais de saúde, mas sempre com supervisão e ao mesmo tempo foco de atenção dos enfermeiros, pois do seu bem-estar e saúde plena, depende a saúde e permanência no domicílio do familiar dependente.

No Centro de Saúde da Senhora da Hora os PC apresentam níveis de sobrecarga elevada, com impactos negativos e positivos, identificados no diagnóstico de saúde. Foi desenvolvido o projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”, com o intuito de diminuir a sobrecarga dos prestadores de cuidados, com ganhos em saúde de 23,8% para a aquisição de conhecimentos e de 10,9% de diminuição da sobrecarga, com aplicação da escala de Zarit dois meses após a última AES. Todo este percurso do planeamento em saúde fomentou o desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

Durante o curso de mestrado pretendi desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista: prestação de cuidados em todos os contextos, educação, orientação, liderança e investigação, proporcionando uma melhoria da prática de enfermagem e por conseguinte contribuir para o seu desenvolvimento. A par destas competências desenvolvi as correspondentes à especialização em enfermagem comunitária com a implementação do método de planeamento em saúde, com uma abordagem sistémica e sistemática, da comunidade, sempre com o objetivo de não intervir só no prestador de cuidados, mas indiretamente em toda a família.

Ao realizar o presente relatório, tentei descrever de uma forma clara, precisa e pormenorizada todas as etapas do planeamento em saúde, com pequenas reflexões ao longo da sua elaboração. Ambas as temáticas desenvolvidas, são pertinentes e atuais no plano de saúde atual, e com um futuro bastante promissor para a sua implementação.

No decorrer deste percurso efetuado ao longo dos três módulos de estágio várias barreiras e obstáculos tive que ultrapassar. A maturidade e experiência profissional e pessoal, adquiridas ao longo dos anos foram o alicerce para ultrapassar os momentos mais difíceis. Agradeço a todos os profissionais que durante o meu percurso profissional e académico, incentivaram e fomentaram um desempenho de qualidade e uma procura constante de mais e melhor profissionalismo, sem nunca desistir mesmo quando se “remava contra a maré”.

Durante os três módulos o tempo passou muito depressa, tornando os estágios curtos para tudo o que se pretendia realizar e aprender. Houve momentos em que me senti desorientada e sem apoio, no local de estágio. A orientação tutorial, não acompanhava as necessidades do momento e poucas foram as pausas realizadas para delinear estratégias de ensino e acompanhamento no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, resultando em obstáculos quantitativos aquando da realização do projeto de intervenção.

Mas este percurso também se revestiu de momentos agradáveis, tais como o convívio com os prestadores de cuidados, palavras e atos de agradecimento aquando da última visita domiciliária em janeiro de 2013 e da formação realizada para os profissionais da UCCSH, com todo o debate de dúvidas e ideias sobre o MDF e supervisão.

A enfermagem é uma profissão em constante mudança, que deve acompanhar as comunidades onde está inserida, desenvolvendo estratégias de intervenção de acordo com os novos conhecimentos científicos, as necessidades e características da comunidade. A família é um grupo inserido numa comunidade. Quando tem no seu agregado um elemento dependente que precisa de um PC, estes deverão ser intervencionados também no domicílio o mais precocemente possível, como evidenciado em vários estudos de investigação consultados durante todo o percurso académico, e que me foi impossível realizar como tinha preconizado no primeiro projeto de intervenção, por obstáculos administrativos e quantitativos, mas que sugiro para intervenções futuras.

Com a identificação das necessidades no diagnóstico de saúde, muitos projetos de intervenção poderão ser realizados no futuro. A integração e supervisão de estudantes em campos de estágio de prática clínica, está numa fase de mudança plena quer para os profissionais quer para os estudantes, pelo que o manual realizado poderá ser o primeiro de

muitos trabalhos realizados para a melhoria desta área de formação. O manual de integração só poderá ser avaliado a médio e longo prazo, após a sua implementação, através do feedback dos estudantes e tutores e resultados na qualidade nos cuidados prestados à comunidade.

Após a conclusão de uma etapa é necessário realizar uma avaliação. O presente relatório é um documento de reflexão, análise crítica, mas também uma autoavaliação do percurso, desempenho, aquisição de competências e capacidade de ultrapassar dificuldades e obstáculos. É o reflexo de todas as competências adquiridas e preconizadas pela UCP e OE, para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em enfermagem comunitária.

Todo este percurso foi mais um momento de crescimento pessoal, profissional e académico, com uma avaliação bastante positiva ao atingir os objetivos propostos pela universidade e definidos por mim no início de cada módulo.



## 6 – Referências bibliográficas

- Comissão Europeia. (2012). *Envelhecimento*. Obtido em 9 de Maio de 2012, de [http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_pt.htm).
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formação.
- Amendoeira, J. (Julho de 2004). Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada 1950-2003. Um contributo sócio histórico. Lisboa.
- Brito, L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Universidade do Porto. Porto: Universidade do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10216/9933>
- Collière, M. -F. (1999). *Promover a vida Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Comissão Europeia. (Março de 2013). *Saúde - UE*. Obtido de <http://ec.europa.eu>: <http://ec.europa.eu>
- Decreto - Lei nº 104/98, de 21 de Abril. (1998).
- Decreto - Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro. (2009).
- Decreto - Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. (1996).
- Decreto - Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro. (2009).
- Decreto - Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. (2008).
- Decreto - Lei nº 353/99, de 3 de Setembro. (1999).
- Decreto - Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro. (1988).
- Decreto - Lei nº 74/2006 de 24 de Março. (2006).
- Despacho nº 10143/2009. (2009).
- Direção geral da Saúde. (2 de Julho de 2004). *Programa Nacional para a saúde de pessoas idosas*. Obtido de [WWW.min-saude.pt](http://WWW.min-saude.pt): [WWW.min-saude.pt](http://WWW.min-saude.pt)
- Europeia, C. (2012). *Envelhecimento*. (Comissão europeia) Obtido em 9 de Maio de 2012, de [http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_pt.htm): [http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_pt.htm)
- Family caregiver alliance - National center on caregiving. (2012). *WWW.Caregiver.org*. Obtido em 2012, de FCA - Family caregiver alliance: [www.caregiver.org](http://www.caregiver.org)

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Fortin, M.-F. (2000). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Giraldes, E. I. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa: Obras a vulsas.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família*. Lisboa: Lusociência.
- Instituto de gestão do fundo social europeu. (Janeiro de 2012). *Ano europeu do envelhecimento activo e da solidariedade entre gerações 2012*. Obtido de WWW.igfse.pt
- Internacional Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem-versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de estatística. (2012). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 10 de Abril de 2012, de www.ine.pt: WWW.ine.pt
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Porto: Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em Outubro de 2012
- Lakatos, E., & Marconi, M. (2001). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lei de Bases da Saúde - Lei nº 48/90, de 24 de Agosto. (s.d.).
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, J. L., & Garrett, C. (Março de 2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência, nº11*, p. 17.
- Novo, S. (Julho de 2011). Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE. Bragança.
- Nóvoa, A. (1988). *A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projeto Prosalus. O método (auto)bibliográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Sistema de individualização das especialidades*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno temático: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2010). *Princípios enformadores de regulamentação do modelo de desenvolvimento profissional*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de idoneidade formativa dos contextos da prática clínica*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro. *Diário da Republica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº128/2011, de 18 de Fevereiro. *Diário da Republica*.
- Ordem Enfermeiros. (Outubro de 2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: OE.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. ICBAS. Porto: ICBAS. Obtido de <http://hdl.handle.net/10216/64540>
- Paúl, C., & F., A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., Skaff, & Marilyn. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Oxford Journals - The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pereira, M. d. (2011). *Cuidadores informais de Doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatológica*. Porto: Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar. Obtido de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>
- Saúde, M. d. (15 de Abril de 2011). *Estratégias para a saúde, II)Perfil da saúde em Portugal*. Obtido em 2012 de Maio de 2012, de <http://pns.dgs.pt>.

- Selye, H. (1984). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Soares, S. (2008). *O processo supervisivo. Projeto da tese de douturamento*. Obtido de [supervisaoclinicaenfermagem.wdfiles.com](http://supervisaoclinicaenfermagem.wdfiles.com).
- Souza, L. M., Wegner, W., & Gorini, M. I. (Março-Abril de 2007). Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev. Latina-am Enfermagem*. Obtido em 2012, de [WWW.eerp.br/rlae](http://WWW.eerp.br/rlae): [WWW.eerp.br/rlae](http://WWW.eerp.br/rlae)
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária Promoção da saúde de Grupos, Famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Stanope, M., & Jeanette, L. (2008). *Enfermagem de Saúde pública cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures: Lusodidacta.
- Stuart, C. (2003). *Assessment, supervision amd support in clinical practice: A guide for nurses, midwives and other health professionals*. London: Churchill Livingstone.
- Stuart, C. C. (2010). *Department of midwifery & children's Nursing University of Sheffield*. Obtido de [www.midwives.org.hk](http://www.midwives.org.hk).
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos. (Setembro de 2011). *Diagnóstico da situação de saúde da população do concelho de Matosinhos*. (U. d. pública, Ed.) Obtido em 5 de Abril de 2012, de [WWW.ulsm.min-saude.pt](http://WWW.ulsm.min-saude.pt): [WWW.ulsm.min-saude.pt](http://WWW.ulsm.min-saude.pt)
- World health organization. (2008). *who*. Obtido em 9 de outubro de 2012, de [WWW.who.int/whr/2008/08-chap3-pr.pdf](http://WWW.who.int/whr/2008/08-chap3-pr.pdf): [WWW.who.int/whr/2008/08-chap3-pr.pdf](http://WWW.who.int/whr/2008/08-chap3-pr.pdf)

## Anexos



**Anexo I**

Cronograma módulo I, módulo II, módulo III



### Cronograma módulo I

	Abril	Maio					Junho		
	23-27	30-4	7-11	14-18	21-25	28-1	4-8	11-15	18-22
Definição área programática									
Especificação de objetivos									
Seleção das variáveis									
Determinação da população									
Seleção das fontes informação									
Seleção/Elaboração instrumento Recolha dados									
Pré teste									
Colheita dados									
Análise e tratamento dados									
Apresentação dados									
Revisão recursos									
Execução/avaliação									
Orientação tutorial		2		18		30		13	20

### Cronograma módulo II

	Outubro					Novembro		
	1-5	8-12	15-19	22-26	29-2	5-9	12-16	19-23
Realização power point para apresentação DS								
Realização projeto intervenção e alterações								
Apresentação DS e projeto de intervenção								
Fixação de objetivos								
Seleção de estratégias								
Preparação operacional/ Programação								
Preparação execução								
Execução								
Avaliação								
Orientação tutorial	28/9	8	19		2		16	

### Cronograma módulo III

	Nov.	Dezembro			Janeiro				
	26-30	3-7	10-14	17-20	2-4	7-11	14-18	21-25	28-1
Realização de projeto de estágio									
Realização pesquisa bibliográfica									
Apresentação de resultados da pesquisa									
Acolhimento de estudantes									
Elaboração de manual integração									
Preparação ação de formação em serviço									
Apresentação ação de formação em serviço									
Estágio projetos da UCC									
Estágio na USF Lagoa									
Realização portfólio de estágio									
Avaliação									
Orientação tutorial	30		12		2	11			

**Anexo II**  
Formulário





CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

Este formulário destina-se a obter dados necessários à realização de um diagnóstico de situação de saúde no âmbito dos cuidadores informais

Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco e Maria José Filipe de Ascensão, alunas do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa-Porto, vêm solicitar a sua participação no Diagnóstico de Situação no âmbito dos Cuidadores Informais em contexto domiciliário, na cidade da Senhora da Hora, sob a orientação do Professor Paulo Alves.

A sua participação consiste em preencher um formulário centrado no tema em questão e autorizar a utilização do conteúdo do mesmo na realização do estudo.

Da nossa parte comprometemo-nos:

- A participação é voluntária;
- As informações são confidenciais e anónimas segundo o código ético e deontológico;
- Os dados serão codificados através de códigos;
- Os resultados do estudo serão postos à disposição a pedido dos interessados.

Caso concorde entrar no estudo, pedimos-lhe que responda a todos os itens do formulário

***Muito obrigada pela sua colaboração***

Fernanda Pacheco e Maria José Ascensão

Nº \_\_\_\_\_

## Formulário

### Dados da família

#### 1 - Tipo de família

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nuclear       | <input type="checkbox"/> Alargada | <input type="checkbox"/> Reconstituída |
| <input type="checkbox"/> Mono parental | <input type="checkbox"/> Unitária | <input type="checkbox"/> Outras        |

#### 2 – Número de membros da família \_\_\_\_\_

#### 3 – Apoios utilizados no último ano:

- |   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apoio formal   | } | <input type="checkbox"/> Serviço social    | } | <input type="checkbox"/> Centro de dia      |
|   |   | <input type="checkbox"/> Serviços de saúde |   | <input type="checkbox"/> Lar                |
| <input type="checkbox"/> Apoio informal | } |  |   | <input type="checkbox"/> Apoio domiciliário |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Outros _____       |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Centro saúde       |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Hospital           |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> RNCCI              |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> UCC                |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Fisioterapia       |
|   |   |  |   | <input type="checkbox"/> Outro _____        |
|   |   | <input type="checkbox"/> Familiares        |   |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Vizinhos          |   |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Amigos            |   |   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Outros _____      |   |   |

#### 4 – Fonte de rendimento principal:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ordenado          | <input type="checkbox"/> Pensão invalidez     | <input type="checkbox"/> Complemento por dependência |
| <input type="checkbox"/> Rendimento mínimo | <input type="checkbox"/> Pensão sobrevivência | <input type="checkbox"/> Outro _____                 |
| <input type="checkbox"/> Pensão velhice    | <input type="checkbox"/> Sem pensão           |  |

## Dados do utente com dependência

5 – Idade \_\_\_\_\_

6 – Género

- Feminino  
 Masculino

7- Estado civil

- Solteiro(a)  Viúvo(a)  
 Casado(a)/União de facto  Divorciado(a)/Separado(a)

8 – Atividade profissional anterior \_\_\_\_\_

9 – Origem da dependência

- Processo de envelhecimento  Doença. Qual ou quais? \_\_\_\_\_  
 Acidente  Outra \_\_\_\_\_

10 – Início da dependência: Ano \_\_\_\_\_ / Mês \_\_\_\_\_ / Dia \_\_\_\_\_

11 – Complicações \_\_\_\_\_

12 – Número de internamentos nos últimos 12 meses \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

13 – Número de episódios de recurso ao S.U. nos últimos 12 meses \_\_\_\_\_

Motivos \_\_\_\_\_

14 – Consumo de medicamentos

- Sim  Não

14.1 – Número de medicamentos diários \_\_\_\_\_



18 – Situação profissional

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ativo tempo inteiro        | <input type="checkbox"/> Desempregado(a)           |
| <input type="checkbox"/> Ativo tempo parcial        | <input type="checkbox"/> Doméstica/nunca trabalhou |
| <input type="checkbox"/> Reformado(a) por idade     | <input type="checkbox"/> Estudante                 |
| <input type="checkbox"/> Reformado(a) por invalidez | <input type="checkbox"/> Baixa clínica             |

19 – Profissão atual \_\_\_\_\_

20 – Escolaridade

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma                           | <input type="checkbox"/> Ensino básico – 3º ciclo (9 anos) |
| <input type="checkbox"/> Lê e escreve                      | <input type="checkbox"/> Ensino secundário                 |
| <input type="checkbox"/> Ensino básico – 1º ciclo (4 anos) | <input type="checkbox"/> Ensino superior                   |
| <input type="checkbox"/> Ensino básico – 2º ciclo (6 anos) |  |

21 – Relação com a pessoa a quem presta cuidados

- |                                   |                                     |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Filho(a) | <input type="checkbox"/> Neto(a)    | <input type="checkbox"/> Outro      |
| <input type="checkbox"/> Irmã(o)  | <input type="checkbox"/> Amigo(a)   | <input type="checkbox"/> Nora/genro |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge  | <input type="checkbox"/> Vizinho(a) |                                     |

22 – Doença/ incapacidade

- Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- Não

**Situação como prestador de cuidados**

23 – É a única pessoa a prestar cuidados?

- Sim
- Não. Quem colabora \_\_\_\_\_
- Em quê \_\_\_\_\_

24 – Há quanto tempo é prestador de cuidados?

- |                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <6 Meses   | <input type="checkbox"/> 1-2 Anos |
| <input type="checkbox"/> 6-12 Meses | <input type="checkbox"/> > 3 Anos |

25 – Vive na mesma habitação?

- Sim  Não  Esporadicamente

26 – Tem a seu cargo outras pessoas?

- Sim. Quem? \_\_\_\_\_  
 Não

27 – Quanto tempo despende por dia para prestar cuidados?

- Contacto pontual  
 <6 Horas  
 12 -18 Horas  
 18 – 24 Horas  
 6 – 12 Horas

28 – Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?

- Sim. Quem? \_\_\_\_\_  
 Não

29 – Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?

- Sim. De quem? \_\_\_\_\_  
 Não

30 – O seu familiar pode ficar só?

- Sim. Quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Não

31 – Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?

- Sim. Em que áreas \_\_\_\_\_  
 Não

32 – Gostaria de integrar o Grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados?

- Sim  
 Não

33 – Gostaria de beneficiar da rede de voluntariado para os cuidados?

- Sim  
 Não

## **34 – Escala de Barthel (adaptada)**

### **ALIMENTAÇÃO**

(10) Independente (consegue alimentar-se utilizando talheres e completa a refeição num tempo aceitável)

(5) Ajuda (cortar os alimentos, barrar manteiga, etc.)

(0) Dependente

### **HIGIENE PESSOAL**

(5) Independente

(0) Dependente (lava a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho)

### **IR À CASA DE BANHO**

(10) Independente (consegue ir à casa de banho sem ajuda)

(5) Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico

(0) Dependente

### **BANHO**

(5) Independente (entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda)

(0) Dependente

### **DEAMBULAÇÃO**

(15) Independente (consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão. Pode usar próteses, andarilhos, canadianas, etc.)

(10) Anda com ajuda de uma pessoa (consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda)

(5) Independente em cadeira de rodas

(0) Dependente

### **TRANSFERÊNCIA CADEIRA CAMA**

(15) Independente

(10) Ajuda mínima ou supervisão

(5) Grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)

(0) Dependente

### **SUBIR E DESCER ESCADAS**

(10) Independente

(5) Ajuda ou supervisão

(0) Dependente

### **VESTIR/DESPIR**

(10) Independente

(5) Ajuda (vestir-se/despirm-se e apertar qualquer peça de vestuário)

(0) Dependente

### **DEJECCÕES**

(10) Independente

(5) Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para enemas ou colocar um supositório – Máximo 1 vez por semana)

(0) Incontinente ou precisa que lhe façam enemas regularmente

### **MICÇÃO**

(10) Independente

(5) Incontinente ocasional (máximo 1 vez por dia, ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil)

(0) Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho

### **SCORE**

**Menor que 20** - dependência total

**20-35** - Dependência grave

**40-55** - Dependência moderada

**Maior ou igual a 60** - dependência leve

**Independência em todas as atividades = 100**

**90 em caso de ir com cadeira de rodas**

## Escala de Lawton & Brody

Itens		Cotação
<b>Cuidar da casa</b>	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
<b>Lavar a roupa</b>	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
<b>Preparar comida</b>	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
<b>Ir às compras</b>	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
<b>Uso do telefone</b>	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o utilizar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
<b>Uso de transporte</b>	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
<b>Uso do dinheiro</b>	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
<b>Responsável pelos medicamentos</b>	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

### Score

**8 Pontos** – independente

**9 – 20 Pontos** – moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda

**>20 Pontos** – severamente dependente, necessita de muita ajuda

## Escala de Braden (adaptada)

<b>Perceção sensorial</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante um a mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	

### Score

<16 – Alto risco para úlceras de pressão

17 -22 – Baixo risco para úlceras de pressão

23 – Sem risco

## Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI)

Nas últimas 4 semanas

	Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b><i>Sobrecarga emocional</i></b>					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b><i>Implicações na vida pessoal</i></b>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5

13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Sobrecarga financeira</b>					
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Reações a exigências</b>					
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
<b>Mecanismo de eficácia e de controlo</b>					
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

<b>Suporte familiar</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?					
<b>Satisfação com o papel e com o familiar</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

## Score

$$X = \frac{\sum \text{-pontuação mínima de cada subescala}}{\text{Valor máximo-Valor mínimo}} \times 100$$

**Escala Zarit**

<b>Item</b>	<b>Nunca</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Quase sempre</b>
1.Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?					
2.Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?					
3.Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					
4.Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?					
5.Sente-se irritado quando esta com o seu familiar?					
6.Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?					
7.Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					
8.Sente que o seu familiar esta dependente de si?					
9.Sente-se constrangido quando esta ao pé do seu familiar?					
10.Sente que a sua saúde esta a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11.Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?					
12.Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?					
13.Sente-se pouco á vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?					
14.Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15.Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?					
16.Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17.Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
18.Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?					
19.Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					
20.Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21.Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22.Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					

**Score**

$\leq 21$  Ausência de sobrecarga

21 – 40 Sobrecarga moderada

41 – 60 Sobrecarga moderada a severa

$\geq 61$  Sobrecarga severa

## Competências do prestador de cuidados na prestação dos cuidados

	Conhecimento		
	Sim	Não	Não se aplica
<b>Autocuidado: Higiene</b>			
1. Refere o material necessário para o banho (panos/esponjas, compressas, soro fisiológico, toalhas, creme hidratante, sabão, champô, roupa do familiar) e a frequência do mesmo;			
2. Sabe regular a temperatura da água e gerir o ambiente;			
3. Inicia o banho pela cabeça seguindo a ordem até aos pés; lava por último a região genital da zona mais limpa para a zona mais suja;			
4. Mantém os cuidados de higiene á boca;			
5. Corta as unhas;			
6. Faz vigilância da pele tendo em conta os sinais de alteração da integridade da pele;			
7. Executa a troca da fralda, referindo o material necessário e frequência da troca;			
8. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência tendo em conta as suas preferências e gostos pessoais.			
<b>Autocuidado: vestir e despir</b>			
1. Utiliza roupas de acordo com a temperatura ambiente, optando por vestuário simples, confortável, adequado à pessoa com dependência e de acordo com as suas preferências;			
2. Ao vestir se uma extremidade está lesada, imobilizada ou se tem algum equipamento, veste em primeiro lugar;			
3. No que diz respeito ao calçado opta por sapatos com sola de borracha antiderrapante e com elástico na parte superior;			
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Autocuidado: Alimentar por Via Oral</b>			
1. Proporciona ao dependente uma refeição completa, equilibrada, variável, de consistência adequada às características da pessoa com dependência, com intervalos não superior a 3 horas;			
2. O número total de refeições varia entre 4 e 6 refeições por dia tendo em conta as preferências da pessoa com dependência;			
3. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições;			
4. Posiciona a pessoa com dependência em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômito e mantém a posição durante mais de 30 minutos após as refeições;			
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Autocuidado: Alimentar por SNG</b>			
1. Refere o material necessário (seringa de alimentação, refeição, água e resguardo)			
2. Confirma o posicionamento da SNG colocando a mão no epigástrico para sentir uma pequena quantidade de ar introduzida pela seringa de alimentação na sonda;			
3. Aspira o conteúdo gástrico, se este for maior que ½ da quantidade da última refeição pondera a possibilidade de reformulação do plano anterior, tendo em conta as características do conteúdo aspirado;			
4. Proporciona à pessoa com dependência uma refeição completa e variável bem triturada de modo a que passe pela sonda evitando que fique obstruída. A quantidade administrada é de 300 a 400 ml por cada refeição, num total de 4 a 6 refeições por dia;			
5. Administra a refeição durante aproximadamente 20 minutos;			
6. Lava a sonda com 20 a 30 ml de água para manter a sonda permeável;			
7. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições. Posiciona o dependente em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômitos e mantém durante 30 minutos após as refeições.			

<b>Autocuidado: Uso do sanitário</b>			
1.Auxiliar no uso do sanitário posicionamento a pessoa com dependência na sanita ou aparadeira;			
2.Respeita a privacidade e o tempo que a pessoa com dependência necessita;			
3.Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Autocuidado: Posicionar</b>			
1.Refere o material necessário (almofadas e rolos);			
2.Posiciona o dependente de 2/2 horas ou de 3/3 horas, adaptando a frequência do posicionamento às necessidades;			
3.Mantem o alinhamento corporal;			
4.Posiciona em decúbito dorsal;			
5.Posiciona em decúbito lateral esquerdo e direito;			
6.Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Autocuidado: Transferir</b>			
1.Transfere da cama para o cadeirão e vice-versa;			
2.Executa a transferência,			
3.Verificar o alinhamento corporal, observando o dependente de frente;			
4.Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Autocuidado: Deambular</b>			
1.Assiste o dependente no deambular;			
2.Planeia com a pessoa com dependência as atividades a desenvolver e a distância a ser percorrida;			
3.Caminha ao lado e ligeiramente atrás da pessoa com dependência;			
4.Apoia pelo lado afetado, caso a pessoa com dependência possua uma parte do corpo que não movimenta.			
5.Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Autocuidado: Usar cadeira de rodas</b>			
1.Transfere da cama para a cadeira de rodas e vice-versa;			
2.Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco;			
3.Verifica o alinhamento corporal, observando a pessoa com dependência de frente;			
4.Respeita as precauções de segurança no uso da cadeira de rodas (travão, remoção do lateral da cadeira, suporte de pés);			
5.Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Gestão do regime terapêutico</b>			
1.Providencia o regime medicamentoso, mantendo o stock de medicamentos necessário às necessidades;			
2.Identifica a medicação (nome, ação, dosagem adequada, periodicidade da administração, efeitos secundários e precauções);			
3.Administra a medicação;			
4.Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
<b>Prevenção de acidentes</b>			
1.Identifica fatores de risco e garante um ambiente seguro;			
2.Assegura uma iluminação adequada;			
3.Retira objetos desnecessários;			
4.Coloca barras de apoio na casa de banho			
5.Coloca tapetes antiderrapantes;			
6.Coloca grades laterais de segurança na cama articulada;			

7.Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.			
---	--	--	--

**SEM SCORR**



**Anexo III**

Planeamento AES





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Plano da ação de educação para a saúde  
“Cuidador saudável, cuidador feliz”

**Aluno: Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco**

**Porto, Outubro de 2012**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM** **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Plano da ação de educação para a saúde  
“Cuidador saudável, cuidador feliz”

**Aluno: Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco**

**Orientador: Professor Paulo Alves**

**Tutores: Enfermeira Dilma Pereira**

**Enfermeira Raquel Azevedo**

**Porto, Outubro de 2012**

## Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio Enfermagem Comunitária Módulo II – Intervenção de acordo com as necessidades, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa, instituto de Ciências da Saúde, Porto, foi proposto dar continuidade ao projeto de enfermagem para o prestador de cuidados para uma população com necessidades de saúde já identificadas anteriormente. Após a realização do diagnóstico de saúde foram identificadas várias necessidades no âmbito do prestador de cuidados informais, que posteriormente foram priorizadas e identificadas as principais necessidades: sobrecarga do prestador de cuidados informais, défice de conhecimento/habilidades de prevenção de acidentes e défice de conhecimentos/habilidades de prevenção de úlceras de pressão.

A educação para a saúde deve informar, motivar, e fortalecer os sentimentos dos utentes e seus familiares, com o objetivo de promover e prevenir o bem-estar e uma saúde plena.

Deve ser utilizada uma linguagem compreensível, simples e contextualizada com a realidade da população alvo, de forma a favorecer o desenvolvimento de conhecimentos fundamentais. O cuidador informal é um elemento fundamental na equipa multidisciplinar que cuida do utente dependente. Ao tornar-se cuidador informal inicia o desempenho de um papel para o qual não estava preparado, quer a nível de conhecimentos quer a nível emocional e muitas vezes económico. É neste momento crucial que estão mais recetivos a informação/formação e todo o tipo de apoio que se possa oferecer. Por conseguinte é neste período que o enfermeiro tem uma oportunidade de informar/formar quer a família quer o cuidador informal de acordo com as necessidades de cada cuidador e respetiva família através de estratégias e intervenções planeadas em conjunto, com os profissionais de saúde.

Ao realizar esta AES pretendo:

- Definir os objetivos das AES;
- Planear as AES de acordo com a população alvo;
- Executar as AES;
- Avaliar através de ganhos em saúde.

## 1 - Planejamento

Planejar em saúde é um processo dinâmico e contínuo, com a finalidade de identificar necessidades e/ou problema de saúde na população, e conseqüentemente procurar estratégias de intervenção de forma a melhorar o estado de saúde da população aos vários níveis de prevenção.

### *1 - Análise da situação/ Escolha do tema*

Envelhecer faz parte do ciclo vital do ser humano. À medida que a pessoa percorre a sua etapa de vida, o seu organismo vai perdendo capacidades físicas e mentais, quer de adaptação ao meio que a rodeia, quer de resolução das condições patológicas, tornando-se estas cada vez mais graves e muitas vezes de difícil resolução resultando na dependência da pessoa nas suas atividades vida diária. Ser idoso, é uma condição natural do ser humano com necessidades específicas nesta fase da vida. Pode não ser sinónimo de doença e/ou dependência. Todos os países desenvolvidos apresentam índices de envelhecimento graduais, com aumentos mais acentuados nos últimos anos.

É neste contexto que surgem os prestadores de cuidados informais para colmatar os défices de autocuidado e atividades de vida diária dos seus familiares ou amigos. Assumir o papel de prestador de cuidados implica uma exposição a fatores de risco positivos e/ou negativos associados ao desempenho do respetivo papel. Apesar da importância do prestador de cuidados para a manutenção da saúde e do bem-estar do familiar com dependência, não usufrui em muitos casos de apoios da família, comunidade e organizações, o que torna o seu papel de difícil desempenho e muitas vezes pouco valorizado. Cuidar dos cuidadores é o primeiro passo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados ao utente dependente, promoção da saúde, prevenção da doença e do bem-estar do cuidador informal e utente com dependência.

Muitas são as necessidades expressas e sentidas pelos cuidadores informais, tais como apoio emocional e aconselhamento, falta de tempo livre, informação e formação, apoio financeiro, ajudas técnicas e necessidades fisiológicas.

Na tentativa de dar resposta a estas necessidades e promover a diminuição da sobrecarga no cuidador informal e assim obter ganhos em saúde surgiu o projeto “*Cuidador saudável, cuidador feliz*”.

Ao realizar este projeto pretendo minimizar as necessidades dos cuidadores informais, mais especificamente em relação à sobrecarga dos cuidadores e em alguns casos a não instalação de sobrecarga.

Ao elaborar as AES tenho como objetivos:

Objetivo geral:

- Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre a sobrecarga do papel de prestador de cuidados;
- Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre medidas preventivas da sobrecarga.

Objetivos específicos:

- Identificar sinais e sintomas de sobrecarga;
- Identificar riscos de ser prestador de cuidados;
- Aumentar a capacidade de comunicação do prestador de cuidados;
- Identificar os aspetos positivos e negativos do papel do prestador de cuidados;
- Identificar estratégias para ultrapassar situações difíceis;
- Identificar intervenções de autocuidado do prestador de cuidados;
- Incentivar a reflexão na dinâmica familiar e comunidade.

Objetivos operacionais ou metas:

- Que pelo menos 80% dos cuidadores informais da Unidade de Saúde da Senhora da Hora que assistiram às AES/grupo de apoio adquiram conhecimentos para o desempenho do papel de prestador de cuidados, até final de novembro de 2012;
- Que pelo menos 40% dos cuidadores informais da Unidade de Saúde da Senhora da Hora que assistiram às AES/grupo de apoio adquiram conhecimentos sobre estratégias de *coping*, até final de novembro de 2012;
- Que pelo menos 5% de todos os cuidadores informais da Unidade de Saúde da Senhora da Hora participem em atividades de convívio ou lazer, até final de novembro de 2012;

- Que pelo menos 5% de todos os cuidadores informais da Unidade de Saúde da Senhora da Hora participem nas AES/grupo de apoio, até final de novembro de 2012.

## 2 – População alvo

Prestadores de cuidados informais de utentes em situação de dependência nas AVD's e AIVD's, pertencentes à Unidade de Saúde da Senhora da Hora, residentes na Senhora da Hora e inscritos na USF Caravela, USF Lagoa, Unidade de Cuidados de Enfermagem e UCSP da Senhora da Hora.

## 3 – Recursos

Para a realização das AES tenho que recorrer a vários recursos existentes na comunidade e unidade de saúde, tais como recursos humanos, físicos, materiais, económicos e dispêndio de tempo por parte dos profissionais.

Tabela 1 – Tipos de recursos utilizados e seus custos

<b>Humanos</b>	2 Alunos Universidade Católica
<b>Materiais</b>	Questionário inicial - 2€ Questionário final - 6€ Projeto multimédia - ULSM Computador - aluna
<b>Físicos</b>	Sala de reuniões UCC
<b>Económico</b>	Alunos – 0 € AO - 10€
<b>Tempo</b>	50 Minutos
<b>Data</b>	5,12 e 19 de novembro de 2012

## 4 – Seleção e organização de conteúdos

Nas AES irei abordar vários conteúdos importantes para o controlo da sobrecarga e evitar ou minimizar os aspetos negativos de ser cuidador. Serão desenvolvidas as seguintes temáticas:

- O que significa cuidar;
- Papel e função do prestador de cuidados;
- Importância da doença na dinâmica familiar;
- Necessidades do cuidador;

- Tipos de sobrecarga;
- Prevenção de envelhecimento saudável (se assistência com prestadores de cuidados jovens);
- Cuidados preventivos de saúde do prestador de cuidados;
- Exercícios físicos e de relaxamento para o prestador de cuidados;
- Autocuidado do cuidador;
- Direitos do cuidador;
- Organizar as atividades.

## 5 - Seleção e organização de estratégias de ensino/aprendizagem

Muitas são as técnicas utilizadas para a educação em saúde, desde distribuição de panfletos, planos de educação para a saúde, atividades com participação ativa dos utentes, e mais recentemente jogos interativos com recurso às novas tecnologias.

Para o desenvolvimento desta atividade iremos utilizar um plano de educação para a saúde com um grupo de utentes com as mesmas necessidades em saúde, através do método expositivo – afirmativo participativo com apresentações multimédia em power point e projeção de filmes, combinado com participação ativa dos utentes no final de cada atividade para partilha de informação e experiências e mais-valias em diversas áreas.

As AES irão realizar-se durante três semanas à segunda-feira, às 15 horas, com duração prevista de 60 minutos.

Data da primeira AES – 5 de novembro de 2012;

Data da segunda AES – 12 de novembro de 2012;

Data da terceira AES – 19 de novembro de 2012.

## 6 – Programação da atividade

Serão realizadas três secções de educação para a saúde em power point de acordo com o plano da sessão apresentado em seguida.

## Primeira AES

<p><b>Formadores:</b> Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco</p> <p><b>Tema:</b> Prestador saudável, prestador feliz</p> <p><b>Grupo – alvo:</b> Prestadores de cuidados informais de utentes em situação de dependência nas AVD's e AIVD's, pertencentes à Unidade de Saúde da Senhora da Hora, residentes na Senhora da Hora e inscritos na USF Caravela, USF Lagoa, Unidade de Cuidados de Enfermagem e UCSP da Senhora da Hora.</p> <p><b>Data:</b> 5 de novembro</p> <p><b>Local:</b> sala de reuniões da unidade de saúde da Senhora da Hora</p> <p><b>Duração:</b> 25 minutos</p> <p><b>Objetivos Educativos:</b></p> <p><i>Objetivos gerais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre a sobrecarga do papel de prestador de cuidados;</li> <li>• Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre medidas preventivas da sobrecarga.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar sinais e sintomas de sobrecarga;</li> <li>• Identificar riscos de ser prestador de cuidados;</li> <li>• Identificar os aspetos positivos e negativos do papel do prestador de cuidados.</li> </ul>			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
<b>Introdução</b> 5 Minutos	Apresentação do formador e do tema (quebra gelo) Avaliação diagnóstica de conhecimentos. Importância do conhecimento e convivência saudável com o papel PC	Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point	Avaliação inicial de conhecimentos com respostas a um questionário
<b>Desenvolvimento</b> 12 Minutos	O que significa cuidar Papel e funções do cuidador Importância da doença na dinâmica familiar Necessidades do cuidador	Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point	Observação dos participantes
<b>Conclusão</b> 5 Minutos	Resumo e ênfase nos pontos principais. Participação e esclarecimento de dúvidas.	Projeção filme. Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point Incentivo á participação/diálogo. Entrega de material informativo	A avaliar na 3ª AES com questionário final

## Segunda AES

<p><b>Formadores:</b> Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco</p> <p><b>Tema:</b> Prestador saudável, prestador feliz</p> <p><b>Grupo – alvo:</b> Prestadores de cuidados informais de utentes em situação de dependência nas AVD's e AIVD's, pertencentes à Unidade de Saúde da Senhora da Hora, residentes na Senhora da Hora e inscritos na USF Caravela, USF Lagoa, Unidade de Cuidados de Enfermagem e UCSP da Senhora da Hora.</p> <p><b>Data:</b> 12 de novembro de 2012</p> <p><b>Local:</b> Sala de reuniões da unidade de saúde da Senhora da Hora</p> <p><b>Duração:</b> 22 minutos</p> <p><b>Objetivos Educacionais:</b></p> <p><i>Objetivos gerais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre a sobrecarga do papel de prestador de cuidados;</li> <li>• Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre medidas preventivas da sobrecarga.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de comunicação do prestador de cuidados;</li> <li>• Identificar estratégias para ultrapassar situações difíceis;</li> <li>• Incentivar a reflexão na dinâmica familiar e comunidade.</li> </ul>			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
<b>Introdução</b> 5 Minutos	Pequeno resumo da sessão anterior	Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point	Observação dos participantes
<b>Desenvolvimento</b> 12 Minutos	Tipos de sobrecarga Cuidados preventivos da saúde do prestador de cuidados Exercícios físicos e de relaxamento para o cuidador	Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point	Observação dos participantes
<b>Conclusão</b> 5 Minutos	Resumo e ênfase nos pontos principais. Participação e esclarecimento de dúvidas. Partilha de experiências.	Projeção de filme Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point. Entrega de material informativo	A avaliar na 3ª AES com questionário final

### Terceira AES

<p><b>Formadores:</b> Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco</p> <p><b>Tema:</b> Prestador saudável, prestador feliz</p> <p><b>Grupo – alvo:</b> Prestadores de cuidados informais de utentes em situação de dependência nas AVD's e AIVD's, pertencentes à Unidade de Saúde da Senhora da Hora, residentes na Senhora da Hora e inscritos na USF Caravela, USF Lagoa, Unidade de Cuidados de Enfermagem e UCSP da Senhora da Hora.</p> <p><b>Data:</b> 19 de novembro de 2012</p> <p><b>Local:</b> Sala de reuniões da unidade de saúde da Senhora da Hora</p> <p><b>Duração:</b> 22 minutos</p> <p><b>Objetivos Educacionais:</b></p> <p><i>Objetivos gerais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre a sobrecarga do papel de prestador de cuidados;</li> <li>• Prestadores de cuidados informais adquiram conhecimentos sobre medidas preventivas da sobrecarga.</li> </ul> <p><i>Objetivos específicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade de comunicação do prestador de cuidados;</li> <li>• Identificar estratégias para ultrapassar situações difíceis;</li> <li>• Incentivar a reflexão na dinâmica familiar e comunidade;</li> <li>• Identificar intervenções de autocuidado do prestador de cuidados.</li> </ul>			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
<b>Introdução</b> 5 Minutos	Pequeno resumo da sessão anterior	Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point	Observação dos participantes
<b>Desenvolvimento</b> 18 Minutos	Autocuidado do cuidador Direitos do cuidador Para o utente dependente	Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point	Observação dos participantes
<b>Conclusão</b> 7 Minutos	Resumo e ênfase nos pontos principais. Participação e esclarecimento de dúvidas. Partilha de experiências.	Utilização método expositivo/participativo com recurso a power-point. Entrega manual	A avaliar com questionário final

## 7 - Seleção e organização de estratégias de avaliação

A avaliação é uma forma de conhecimento enquanto formadores, assim como para conhecermos os resultados e as condições em que atuamos.

O dispositivo de avaliação previsto tem por objetivo a avaliação das AES, através dos conhecimentos adquiridos pelos formandos após as AES.

Desta forma será realizada uma avaliação prévia no início de cada sessão com um pequeno questionário e no final da sessão será realizada nova avaliação de conhecimentos através de respostas ao mesmo questionário.

- Questionário com os seguintes critérios de avaliação:
  - Sinais e sintomas de sobrecarga;
  - Riscos de ser PC;
  - Aspectos positivos e negativos do papel de prestador de cuidados;
  - Exercícios físicos e de relaxamento;
  - Autocuidado do PC;
  - Cuidados ao familiar dependente.

A avaliação da sessão será realizada através de indicadores de resultado e processo.

### Indicadores de resultado

- Percentagem de prestadores de cuidados informais que assistiram às AES/grupo de apoio e adquiriram conhecimentos para o desempenho do papel de prestador de cuidados.

$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que assistiram à AES com conhecimentos demonstrados no final da acção}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na AES}} \times 100$$

- Percentagem de prestadores de cuidados informais que assistiram às AES/grupo de apoio e adquiriram conhecimentos sobre estratégias de *coping*.

$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que assistiram à AES e adquiriram estratégias de coping}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na AES}} \times 100$$

## Indicadores de processo

- Percentagem de prestadores de cuidados que participaram nas AES/grupo de apoio

$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas AES}}{\text{n}^\circ \text{ PC convocados}} \times 100$$

- Percentagem de prestadores de cuidados que participaram em atividades de convívio e lazer social

$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas actividades de convívio e lazer social}}{\text{n}^\circ \text{ PC convocados}} \times 100$$

- Percentagem de prestadores de cuidados informais com acesso a manual

$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC com acesso ao manual}}{\text{n}^\circ \text{ de PC convocados}} \times 100$$

**Anexo IV**

Boletim informativo



# Cuidador saudável, cuidador feliz

SESSÃO Nº 1

5 DE NOVEMBRO 2012

REALIZADO POR:  
FERNANDA PACHECO

## Cuidador

Aquele que tem a função de cuidar de uma pessoa com algum tipo de dependência.

### Cuidar é:

- Amar;
- Compromisso;
- Orgulho;
- Experiência gratificante;

### Mas também:

- Exaustão;
- Preocupação;
- Recursos inadequados ou escassos;
- Stress



## O que significa cuidar?

- Responsabilidade/ tomar conta de alguém;
- Satisfazer/ responder às necessidades de alguém;
- Sentir preocupação, interesse e afecto por quem se cuida.

### Papel e funções do cuidador:

- Auxiliar nas actividades básicas diárias (higiene pessoal, vestir, mobilidade, alimentar-se, ...) que o familiar dependente não consegue realizar sozinho, promovendo sempre a independência;
- Administrar medicação quando necessário;
- Supervisão regular do familiar dependente;
- Realização e /ou colaboração em compras, transporte, tarefas domesticas, gestão financeira, ...;
- Auxiliar nas actividades básicas diárias (higiene pessoal, vestir, mobilidade, alimentar-se, ...) que o familiar dependente não consegue realizar sozinho, promovendo sempre a independência;
- Administrar medicação quando necessário;
- Supervisão regular do familiar dependente;
- Realização e /ou colaboração em compras, transporte, tarefas domesticas, gestão financeira, ...;

### Impacto da prestação de cuidados

#### Positivos

- Gratificação no desempenho do papel de prestador de cuidados
- Manutenção da dignidade humana
- Ver a pessoa bem tratada e feliz
- Consciência de que se faz o melhor
- Cuidar como expressão de amor e afecto
- Manter a pessoa dependente no domicílio
- As necessidades são atendidas
- Possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal para o PC
- Realização do PC
- Desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades.

#### Negativos - Sobrecarga

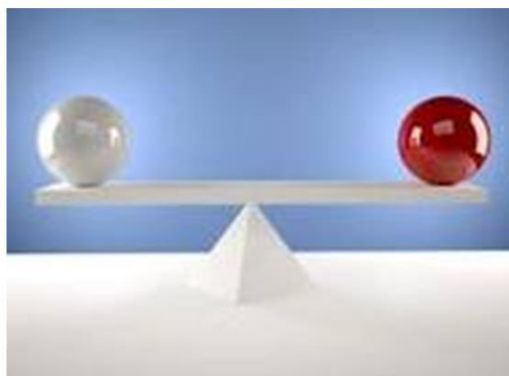
- Incapacidade de cuidar
- Exigências do cuidar
- Impacto na vida diária do cuidador
- Respostas emocionais
- Depressão e ansiedade
- Saúde física - Doenças cardíacas, HTA, outras doenças crónicas
- Conflitos familiares
- Problemas económicos
- Auto-estima
- Sentimentos de culpa
- Diminuição de tempo para si
- Cansaço físico
- Isolamento familiar e social
- Consumo de álcool, tabaco, medicamentos em excesso
- .....

### Necessidades do cuidador

- Ajudas práticas e técnicas
- Apoio financeiro
- Apoio psicossocial
- Tempo livre
- Informação e formação

### Doença e a família

- Alteração na dinâmica familiar;
- Alteração dos papéis familiares.



*Cuidador saudável,  
cuidador feliz*

SESSÃO Nº 2

12 DE NOVEMBRO 2012

REALIZADO POR:  
FERNANDA PACHECO

## Tipos de sobrecarga

### Física

- Cansaço e fadiga
- Alterações do sistema imunitário
- Tensões altas

### Emocional

- Depressão
- Ansiedade
- Sensação de isolamento
- Irritabilidade

### Social

- Falta de tempo para si
- Conflitos sociais



## Prevenção da saúde do prestador de cuidados

### Prática de exercício físico :

- Aumenta o sono;
- Diminui o stress;
- Diminui emoções negativas;
- Relaxa os músculos;
- Aumenta a agilidade mental.

### Alimentação

- Comer refeições equilibradas;
- Não solte refeições;
- Coma alimentos saudáveis - fruta, pão integral, ....

### Padrão de sono adequado

- Sono crónico, provoca exaustão e fadiga o que produz sentimentos negativos tais como: irritabilidade, tristeza, raiva, pessimismo e stress;
- Devemos dormir em média 6 a 8 horas de sono diário. Se não dormir estas horas tente fazer uma sesta durante o dia quando o seu familiar estiver a descansar;
- Pelo menos uma noite por semana deveria ser completa (peça ajuda aos familiares, administração de medicação ao familiar dependente se prescrita pelo médico);

### Fazer um check-up regular

#### Tire um tempo para si – renove-se

- Descansar
- Distrair
- Relaxar
- Actividade física - caminhada, ginástica, ...
- Lazer - tricot, crochet, pintura, jardinagem, ....



## Exercícios físicos para o cuidador

### Pescoço

Flexão - encostar o queixo no tórax

Extensão - olhar para cima

Rotação - olhar para os lados

Inclinação lateral - aproximar as orelhas do ombro



### Ombros

Inspirando - eleve os ombros para cima

Expirando - solte-os rapidamente

Fazer movimentos circulares, rodando para a frente e para trás

### Membros superiores

Girar os braços para trás e para a frente, fazendo círculos



### Exercícios para o tronco

Em pé, apoie uma das mãos no encosto de uma cadeira ou na própria cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o mesmo movimento com o outro lado.



## Membros inferiores

Não fique muito tempo de pé, alterne com períodos sentado

Caminhar em locais planos

Deitado, aproxime um joelho do tórax e a outra perna esticada



## Sugestões

- Ver televisão – movimente os dedos dos pés e mãos (mantem-nos flexíveis)
- Quando for às compras, dê uma volta maior antes de chegar ao destino
- Ao levantar-se, espreguice-se (alonga os músculos do corpo)
- Sentado por longos períodos, movimente o corpo
- Realize exercícios de relaxamento no seu dia-a-dia, principalmente quando estiver preocupado, perturbado, ...
- Ria várias vezes ao dia
- Sempre que possível aprenda algo novo – ler um livro, aprender mais sobre algo que goste, participar nas actividades da comunidade, faça amigos,

## Exercícios de relaxamento

Forma de manter a saúde física, mental e emocional.

Diminui a ansiedade

Aumenta a capacidade para enfrentar situações difíceis

Estabiliza as funções cardíacas e respiratórias

Aumenta a capacidade de concentração e memória



Formas de relaxamento:

Ir de férias mentalmente

Posição confortável, pés no chão, relaxe os ombros e músculos da face. Respire profundamente várias vezes

# *Cuidador saudável, cuidador feliz*

SESSÃO Nº 3

19 DE NOVEMBRO DE  
2012

## **Autocuidado do cuidador**

### Reduza o stress

#### Sinais de alerta

- Dor de cabeça;
- Fadiga;
- Problemas digestivos;
- Sentimentos de isolamento;
- Irritabilidade;
- Alterações do sono esquecimento.

#### Fontes de stress

- Coisas a mais para fazer;
- Crises familiares;
- Sentimento de incapacidade;
- Não ser capaz de dizer não.



Identifique o que pode ou não mudar em si - lembre-se que não pode mudar os outros.  
Tome uma atitude - pode ser uma simples actividade (caminhar, jardinagem, tomar um café com um amigo, ...)

## Estabeleça metas

De curto e médio prazo. O que gostaria de fazer e tem capacidade para realizar.

- Pausa do cuidador
- Ajuda nas tarefas
- Sentir-se mais saudável



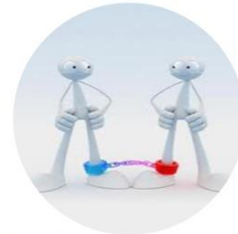
## Procure soluções

Ao identificar um problema, tente resolvê-lo. Poderá ficar com uma atitude mais positiva, obtendo mais confiança em si mesmo.

1. Identificar o problema;
2. Lista de possíveis soluções;
3. Seleccionar uma solução e colocá-la em prática com a restante família;
4. Avaliação.

## Comunicação assertiva

- Use o “eu” em vez de “você” – não culpa os outros;
- Respeite os direitos e sentimentos dos outros;
- Seja claro e específico – linguagem relevante, clara e detalhada entre os vários membros da família;
- Seja um bom ouvinte;
- Deverá ter uma comunicação positivista
  - \* “eu sou capaz”
  - \* “eu posso”
  - \* “eu sou bom”



## Peça e aceite ajuda

- De forma directa;
- De pequenas tarefas;
- Dar a escolher à pessoa que vai ajudar.



## Converse com a equipa de saúde

Realizar uma lista de possíveis preocupações e receios



## Realize exercício físico

- Uma das coisas mais saudáveis a fazer;
- Poderá incluir o familiar dependente na actividade física se este tiver capacidade para realizar a actividade.



## Aprenda com as emoções

Emoções intensas poderão significar:

- Precisa de uma mudança no papel de prestador de cuidados;
- Está a sofrer;
- Aumento de stress.

**Seja assertivo e peça ajuda**

## Organizar as actividades

Quem faz o quê.  
Em que dias.  
Consultas  
Exames  
Aniversários  
Acontecimentos importantes  
*Colocar numa agenda ou outro tipo de memorando*



## Direitos do cuidador

- A cuidar de mim;
- Receber ajuda e participação dos restantes familiares;
- Procurar ajuda;
- Ficar aborrecido, deprimido e triste;
- Não deixar que os familiares me manipulem com sentimentos de culpa;
- Receber consideração, afeto, perdão e aceitação da restante família e comunidade;
- Orgulhar-me do que faço;
- Proteger a individualidade, interesses pessoais e necessidades;
- Receber formação para cuidar melhor;
- SER FELIZ





**Anexo V**

Apresentação do diagnóstico de situação em saúde e projeto de intervenção à UCCSH





## Contextualização

- ◆ Envelhecimento da população;
- ◆ Baixa taxa de natalidade;
- ◆ Aumento doenças crónicas;
- ◆ Melhoria qualidade de vida;
- ◆ 2025 na Europa 20 % da população tenha mais 65 anos;
- ◆ 2011 em Portugal representava 20,6% da população.

## Definição área programática

População cuidadora informal de utentes dependentes residentes na cidade da Senhora da Hora, pertencentes à USF Caravela, USF Lagoa, Unidade Cuidados de Enfermagem e UCSP.

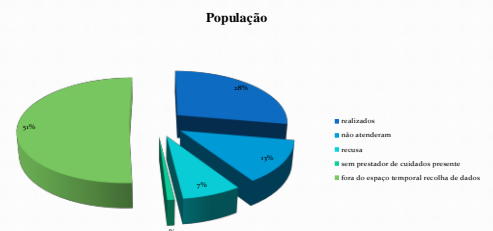
## Objetivos

- ◆ Caracterizar a população em estudo numa vertente demográfica e socioeconómica;
- ◆ Identificar as necessidades de saúde da população prestadora de cuidados informais abrangidos pela USF Caravela, USF Lagoa, Unidade Cuidados de Enfermagem e UCSP;
- ◆ Servir como base para futura priorização das necessidades de saúde identificadas na população prestadora de cuidados informais abrangida pela USF Caravela, USF Lagoa, Unidade Cuidados de Enfermagem e UCSP.

## População/amostra

- ◆ A população em estudo são os cuidadores informais que prestam cuidados aos familiares dependentes em contexto domiciliário;
- ◆ Através SINUS identificamos 146 utentes;
- ◆ Após novo rastreio tivemos como nº final da população 109 dependentes;
- ◆ Amostra – 30 dependentes ≈ 30 CI (conveniência), tendo sido realizados 53 contactos, correspondendo a 49% da população.

## População



## Instrumento de colheita de dados

Formulário com:

- ♦ Caracterização sociodemográfica;
- ♦ Escala de Barthel;
- ♦ Escala de Lawton & Brody;
- ♦ Escala de Braden;
- ♦ Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (Qasci);
- ♦ Escala de Zarit;
- ♦ Grelha de observação das competências do prestador de cuidados na prestação dos cuidados.

## Data colheita de dados

Por motivos de gestão de tempo, foi realizada a recolha de dados no período compreendido entre o dia 14 de Maio e 1 de Junho de 2012, através de visita domiciliária.

## Apresentação, análise e discussão dos dados

- ♦ O tratamento dos dados foi realizado no SPSS, versão 20 e apoio do EXCEL para a realização dos gráficos.
- ♦ Com os dados obtidos através do formulário caracterizou-se a família, utente dependente, prestador de cuidados, dependência do utente, risco de úlcera de pressão, sobrecarga do prestador de cuidados e autocuidado através de recurso a escalas e grelha de observação, inseridas no formulário.

## Caracterização familiar



- ♦ 80% da amostra são famílias nucleares;
- ♦ 40% dessas famílias são constituídas por dois membros (1 é o dependente e o outro o PC);
- ♦ 17% são famílias unitárias, implicando que o dependente fique só no domicílio.

## Caracterização do utente com dependência



- ♦ Constatou-se que a maior percentagem de utentes com dependência se encontra no intervalo de idades compreendidas entre os 81-84 anos (30%)
- ♦ Apresenta um máximo de idade de 97 anos e um mínimo de 51 anos

## Caracterização do utente com dependência

Após a análise dos dados obtidos apurou-se que na amostra

- ♦ 50% dos utentes dependentes apresenta o estado civil de viúvo;
- ♦ 40% apresenta o estado civil de casado/união de facto.

## Caracterização do prestador de cuidados

Idade prestador de cuidados



- ♦ 27% dos prestadores de cuidados de utentes com dependência encontra-se no intervalo de idades compreendidas entre os 46-53 anos;
- ♦ Superior a 74 anos a sua expressão é também de 27%;
- ♦ A idade máxima é de 82 anos e a mínima de 28 anos.

## Caracterização do prestador de cuidados

Através dos dados obtidos apurou-se que na amostra

- ♦ 83% dos prestadores de cuidados, é Casado/União de facto ;
- ♦ 7% Solteiro;
- ♦ 7% Viúvo;
- ♦ 3% Divorciado/Separado.

## Caracterização do prestador de cuidados

A situação profissional dos prestadores de cuidados em estudo está distribuída da seguinte forma:

- ♦ 30% em situação ativa;
- ♦ 53% são reformados;
- ♦ 23% doméstica/nunca trabalhou;
- ♦ 7% encontra-se de baixa clínica;
- ♦ 3% desempregados;
- ♦ 3% estudantes.

## Caracterização do prestador de cuidados

Na amostra quem cuida do utente dependente, é na sua maioria uma pessoa de família, mais concretamente o cônjuge ou filho.

- ♦ 27% são cônjuges
- ♦ 37% os filhos.

Salienta-se o papel dos netos com 17%, que se estão a tornar um suporte cada vez mais útil no seio familiar e a interagir na dinâmica familiar como elemento cada vez mais presente.

## Caracterização do prestador de cuidados

Há quanto tempo é prestador de cuidados?

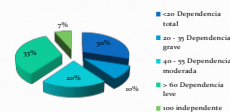


Dos prestadores de cuidados em estudo:

- ♦ 60% prestavam cuidados há mais de 3 anos
- ♦ 34% prestavam cuidados entre 1 e 2 anos

## Escala Barthel - Avaliação da dependência na AVD's

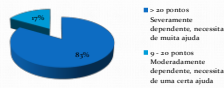
Escala Barthel



- ♦ 7% dos utentes em estudo são independentes para as AVD e os restantes 93% são dependentes mas com vários graus de dependência.
- ♦ O grau de dependência com maior representatividade é a dependência leve com 33%, seguida da dependência total com 30%. Já o item dependência moderada representa 20% e a dependência grave 10%.

## Escala de Lawton & Brody – Avaliação da dependência das AIVD's

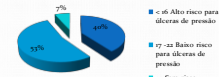
Escala Lawton & Brody



- ♦ O maior grau de dependência, intitulado de severamente dependente, necessita de muita ajuda está representado com 83% e o moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda com 17% dos utentes dependentes.

## Escala de Braden – Risco Úlcera de Pressão

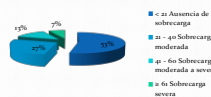
Escala de Braden



- ♦ 53% dos utentes dependentes apresentam baixo risco para úlceras de pressão e 40% alto risco para úlceras de pressão. Só 7% dos utentes apresentam score sem risco.

## Escala de Zarit – Avaliação da sobrecarga do PC

Escala Zarit



- ♦ 53% dos prestadores de cuidados informais apresenta ausência de sobrecarga, apenas 7% encontram-se em sobrecarga severa. Dos restantes, 27% apresentam sobrecarga moderada e 13% sobrecarga moderada a severa.

## Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

Encontra-se dividido em 7 dimensões:

- ♦ Sobrecarga emocional
- ♦ Implicações na vida pessoal
- ♦ Sobrecarga financeira
- ♦ Reações a exigências
- ♦ Mecanismo de eficácia e de controlo
- ♦ Suporte familiar
- ♦ Satisfação com o papel e com o familiar

## Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

- ♦ Após a análise do QASCI, verificou-se que na amostra em estudo, 41% não apresenta níveis de sobrecarga.
- ♦ 59% da amostra encontra-se distribuída entre sobrecarga reduzida, moderada e severa.

## Prestação de cuidados – grelha de observação de competências do PC na prestação de cuidados

Esta grelha permite avaliar conhecimentos e habilidades do prestador de cuidados em contexto domiciliário ao nível dos autocuidados, gestão do regime terapêutico e prevenção de acidentes.

Dos autocuidados são avaliados:

- ♦ A higiene;
- ♦ Vestir e despir;
- ♦ Alimentar por via oral e sonda nasogástrica;
- ♦ Uso sanitário;
- ♦ Posicionar;
- ♦ Transferir;
- ♦ Deambular e usar cadeira de rodas;
- ♦ Prevenção de acidentes.

### Prestação de cuidados – grelha de observação de competências do PC na prestação de cuidados

- ◆ É no autocuidado posicionar que se denota uma maior manifestação de défice de conhecimento/habilidades, em todos os itens deste autocuidado.
- ◆ A prevenção de acidentes é outra área de atenção a ter em conta, uma vez que apresenta valores elevados de ausência de conhecimento / habilidades. As percentagens variam entre os 60% e os 16,7%.

### Levantamento e hierarquização das necessidades

De acordo com os resultados obtidos, salientam-se como principais necessidades identificadas:

- ◆ Sobrecarga do prestador de cuidados informais;
- ◆ Défice de conhecimentos/habilidades de prevenção de úlceras de pressão;
- ◆ Défice de conhecimento/habilidades de prevenção de acidentes;
- ◆ Diminuição dos graus de dependência do utente dependente;
- ◆ Apoio psicossocial/tempo livre;
- ◆ Promoção e prevenção de doenças no prestador de cuidados.

### Levantamento e hierarquização das necessidades

Das seis necessidades identificadas, para a realização do projeto de intervenção iremos utilizar duas, que serão selecionadas após a priorização das mesmas, através do método de comparação de pares

Os critérios escolhidos para a comparação de pares foram:

- ◆ a sobrecarga do prestador de cuidados;
- ◆ défice de conhecimentos/habilidades - prevenção de úlceras de pressão;
- ◆ défice de conhecimentos/habilidades - prevenção de acidentes por ter apresentado maior percentagem no diagnóstico de situação;
- ◆ o apoio psicossocial/tempo livre;
- ◆ diminuição do grau de dependência do utente;
- ◆ promoção e prevenção de doenças no prestador de cuidados.

### Hierarquização das necessidades

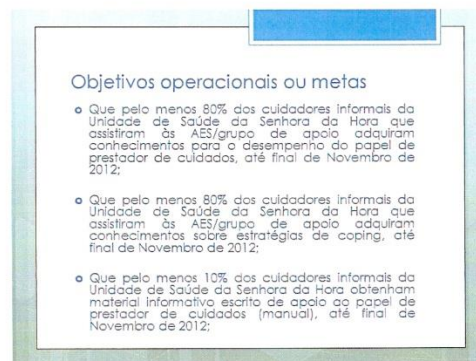
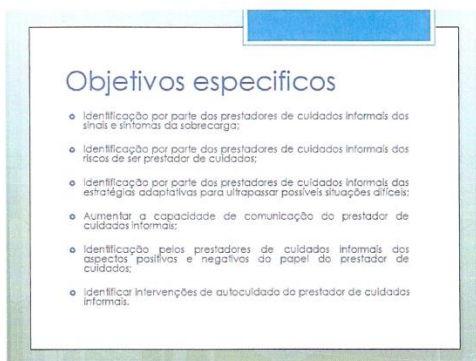
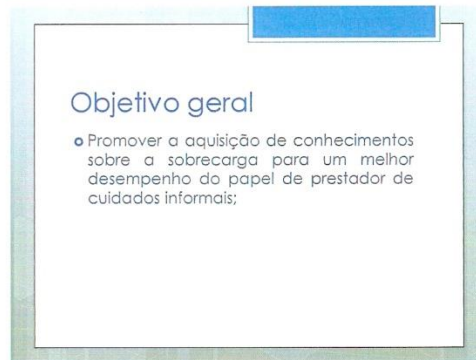
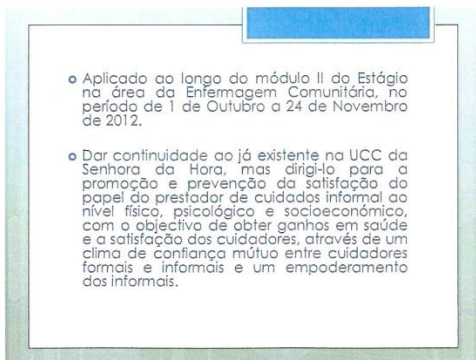
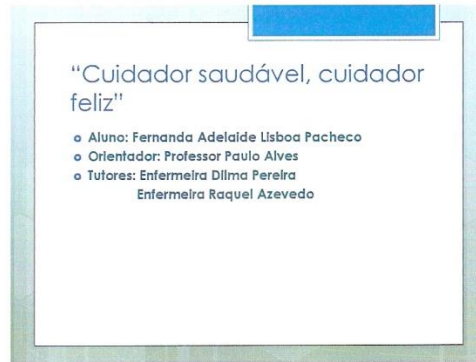
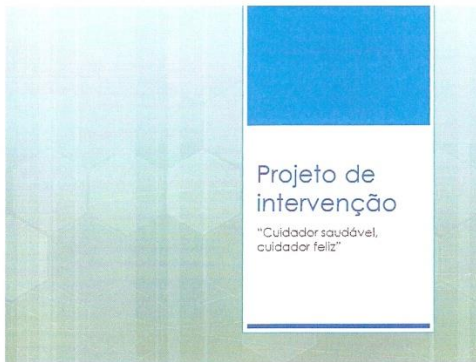
Após a priorização das necessidades, foram assim ordenadas:

- ◆ 1ª - Sobrecarga do prestador de cuidados informais
- ◆ 2ª - Défice de conhecimento/habilidades de prevenção de acidentes
- ◆ 3ª - Défice de conhecimento/habilidades de prevenção de úlceras de pressão
- ◆ 4ª - Apoio psicossocial/tempo livre
- ◆ 5ª - Diminuição dos graus de dependência do utente dependente
- ◆ 6ª - Promoção e prevenção de doenças no prestador de cuidados

### Conclusão

Assim, na tentativa de dar resposta a estas necessidades serão desenvolvidos projetos de intervenção com o objectivo de colmatar as lacunas existentes de forma a obter ganhos em saúde para o prestador de cuidados, utente dependente e para a comunidade.

24-11-2012



**Cont.**

- Que pelo menos 10% dos cuidadores informais da Unidade de Saúde da Senhora da Hora participem em actividades de convívio ou lazer, até final de Novembro de 2012;
- Que pelo menos 10% dos cuidadores informais da Unidade de Saúde da Senhora da Hora participem nas AES/grupo de apoio, até final de Novembro de 2012.

**Indicadores de resultados**

- Percentagem de prestadores de cuidados informais que assistiram às AES/grupo de apoio e adquiriram conhecimentos para o desempenho do papel de prestador de cuidados.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que assistiram à AES com conhecimentos demonstrados ao final da acção}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na AES}} \times 100$$
- Percentagem de prestadores de cuidados informais que assistiram às AES/grupo de apoio e adquiriram conhecimentos sobre estratégias de coping.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que assistiram à AES e adquiriram estratégias de coping}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na AES}} \times 100$$

**Cont.**

- Percentagem de prestadores de cuidados informais que não apresentaram aumento de sobrecarga no desempenho do papel de prestador de cuidados, em consulta de follow-up após dois meses da última AES.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC sem aumento de sobrecarga no desempenho do papel de PC}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas AES}} \times 100$$

Nota: sobrecarga a avaliar pela escala de Zarit - indicador para intervenção a médio prazo.
- Percentagem de prestadores de cuidados que apresentaram redução de sobrecarga no desempenho do papel de prestador de cuidados, em consulta de follow-up após dois meses da última AES.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC com redução de sobrecarga no desempenho do papel de PC}}{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas AES}} \times 100$$

Nota: sobrecarga a avaliar pela escala de Zarit - indicador para intervenção a médio prazo.

**Indicadores de processo**

- Percentagem de prestadores de cuidados que participaram nas AES/grupo de apoio.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram nas AES}}{\text{n}^\circ \text{ de PC convocados}} \times 100$$
- Percentagem de prestadores de cuidados que participaram em actividades de convívio e lazer social.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram em actividades de convívio e lazer social}}{\text{n}^\circ \text{ convocados}} \times 100$$
- Percentagem de prestadores de cuidados informais com acesso a manual.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC com acesso ao manual}}{\text{n}^\circ \text{ de PC convocados}} \times 100$$
- Percentagem de prestadores de cuidados que participaram na consulta de follow-up.
 
$$x = \frac{\text{n}^\circ \text{ de PC que participaram na consulta de follow-up}}{\text{n}^\circ \text{ convocados}} \times 100$$

Indicador para intervenção a médio prazo.

**Estratégias a desenvolver**

- Divulgação do Diagnóstico de saúde "Cuidador informal" realizado no módulo I e apresentação do projeto "Cuidador saudável, cuidador feliz" à Unidade de Saúde;
- Sensibilização da equipa multidisciplinar para promover e garantir a participação dos cuidadores informais;
- Elaboração de um manual com estratégias de coping;

**Cont.**

- Divulgação das AES/grupo de apoio através de cartazes e convites a colocar em locais estratégicos na Unidade de saúde e parcerias comunitárias;
- Contactar via telefone os prestadores de cuidados informais da amostra estudada para os convidar a participar nas AES;
- Colocar na caixa de correio do domicílio os convites aos prestadores de cuidados da amostra, com data, hora e local da AES;
- Realização de AES/grupo de apoio para aquisição de conhecimentos para o desempenho do papel do prestador de cuidados de forma eficaz nos dias 5, 12 e 19 de Novembro de 2012;

24-11-2012

Cont.

- Realização de momentos de convívio durante e após AES/grupo de apoio para partilha de sentimentos, conhecimentos e interação social entre os cuidadores;
- Promoção de estratégias de coping durante as AES/grupo de apoio;
- Preenchimento de uma ficha de diagnóstico inicial para avaliação de conhecimentos;
- Preenchimento de uma ficha de avaliação final relativo aos conhecimentos adquiridos nas AES;
- Realização e entrega de diploma do cuidador.



Obrigada

**Anexo VI**

Cartaz divulgação AES





## Convite

*A UCC da Senhora da Hora convida-o para*

### ***Um dia para o Cuidador***

*Venha ter connosco e partilhe as suas experiências e dificuldades num ambiente de aprendizagem mútua.*

*Formação gratuita*

**Local - Sala de reuniões do centro de saúde da Senhora da Hora**

**Data - 5, 12 e 19 de Novembro às 15h**





**Anexo VII**

Convites AES





## Convite

A UCC da Senhora da Hora convida-o para **Um dia para o cuidador**

*Venha ter connosco e partilhe as suas experiências e dificuldades num ambiente de aprendizagem mútua.*

**Local - instalações da UCC da Senhora da Hora**  
**Data - 5, 12 e 19 de Novembro às 15h**



**Anexo VIII**

Primeira AES



24-11-2012


**CUIDADOR SAUDÁVEL,  
CUIDADOR FELIZ**



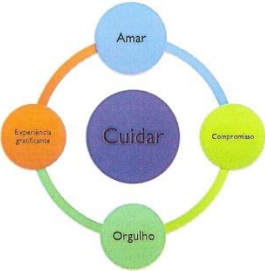
Realizado por: Fernanda Pacheco

**Cuidador**

- Aquele que cuida de outra pessoa com dependência.



**Cuidar é:**



**Mas também:**



**O que significa cuidar de alguém?**

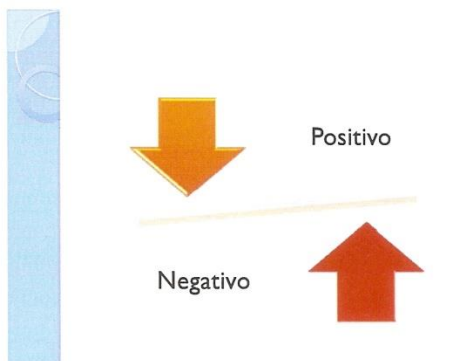
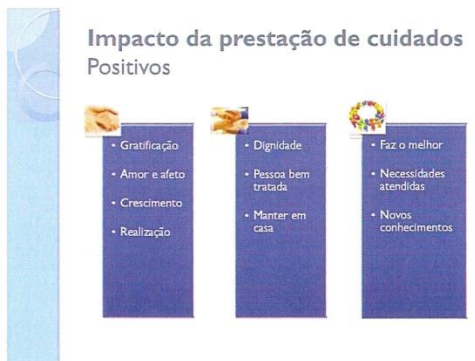
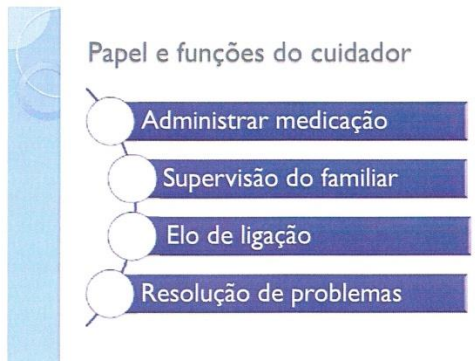
- Tomar conta
- Satisfazer as necessidades
- Sentir preocupação, interesse e afecto

**Actividades básicas diárias**

**Actividades instrumentais vida diária**



**Papel e funções do cuidador**



24-11-2012



Filme | sentimentos e emoções

ie Emoçãfã5ãfã





**Anexo IX**

Segunda AES



24-11-2012

### Cuidador saudável, cuidador feliz



Realizado por: Fernanda Pacheco


### Tipos de sobrecarga

 <p><b>FÍSICA</b> Cansaço e fadiga Alterações sistema imunitário .....</p>	 <p><b>EMOCIONAL</b> Depressão Ansiedade Isolamento Irritabilidade</p>	 <p><b>SOCIAL</b> Falta tempo Conflitos</p>
---	--	--



### O prestador de cuidados deverá

Realizar a prevenção da sua saúde



### Prática de exercício físico

**EXERCÍCIO FÍSICO X SONO ADEQUADO**



Aumenta sono  
Diminui stress  
Relaxa os músculos

### Alimentação equilibrada



Refeições equilibradas



Não passar mais de três horas e meia sem comer



Não salte refeições



Alimentos saudáveis

### Padrão de sono adequado



Uma noite completa por semana



Sono profundo



Despertar cedo



24-11-2012

Fazer consultas regulares aos profissionais de saúde




Illustration showing a family (father, mother, child) talking to a doctor and a nurse, representing regular consultations with health professionals.

Tempo para si



Collage of images representing self-care and relaxation: a Zen garden, a person fishing, a person walking, and a person sitting.

Exercícios físicos para o cuidador




Illustration showing a person performing neck exercises, with text: "Movimento a cabeça de esquerda para a direita e vice-versa para a direita" and "Movimento a cabeça de trás para a frente".

Pescoço

Exercícios físicos para o cuidador




Illustration showing a person performing shoulder exercises.

Ombros

Exercícios físicos para o cuidador




Illustration showing a person performing arm exercises.

Braços

Exercícios físicos para o cuidador


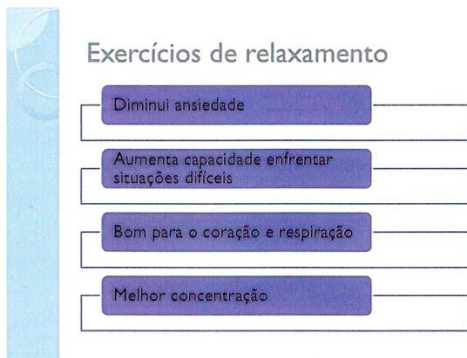
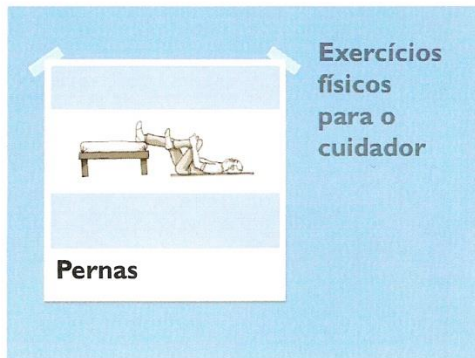


Illustration showing a person performing trunk exercises.

Tronco

24-11-2012





**Anexo X**

Terceira AES



24-11-2012

**Cuidador saudável, cuidador feliz**




Realizado por: Fernanda Pacheco


**Autocuidado do cuidador**

Sinais stress	Fontes stress
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Coisas a mais para fazer
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Crises familiares
<input type="checkbox"/> Isolamento	<input type="checkbox"/> Sentimento de incapacidade
<input type="checkbox"/> Alterações do sono	<input type="checkbox"/> Não ser capaz de dizer não

**REDUZIR O STRESS**




Identifique o que pode mudar em si




Tome uma atitude


**ESTABELEÇA METAS**




O que gostaria de fazer



Pausa do cuidador



Ajuda nas tarefas



Sentir-se mais saudável

**PROCURE SOLUÇÕES**

Identificar o problema

Lista de soluções

Seleccionar uma solução

Avaliar

**COMUNICAÇÃO**



Use o "EU"



Respeite os direitos e sentimentos



Claro e específico

24-11-2012

### COMUNICAÇÃO

Bom ouvinte

Positivista

A diagram with two blue rounded rectangular boxes. The left box contains a circular image of a woman listening to another woman and the text 'Bom ouvinte'. The right box contains a circular image of two men in suits, one pointing upwards, and the text 'Positivista'. A double-headed horizontal arrow is positioned below the two boxes.

### PEÇA E ACEITE AJUDA

Forma direta

Pequenas tarefas

Dar a escolher

A diagram with a blue rounded rectangular box on the left and a white box on the right. The white box is divided into three horizontal sections containing the text: 'Forma direta', 'Pequenas tarefas', and 'Dar a escolher'.

### CONVERSE COM A EQUIPA DE SAÚDE

- Faça uma lista de possíveis preocupações e receios

An illustration of a man in a white lab coat and blue tie, looking at a long, scroll-like list of text. He is standing on a white surface.

### REALIZE EXERCÍCIO FÍSICO

An illustration of several people running in a park-like setting with trees and a building in the background. The runners are in various stages of their stride.

### APRENDA COM AS EMOÇÕES

Mudança

Sofrer

Stress

Emoções intensas

A central diagram with a large purple circle containing the text 'Emoções intensas'. Surrounding this central circle are several smaller circles in various colors (green, orange, red, blue). Three of these smaller circles contain the text: 'Mudança' (green), 'Sofrer' (red), and 'Stress' (orange).

### ORGANIZAR AS ATIVIDADES

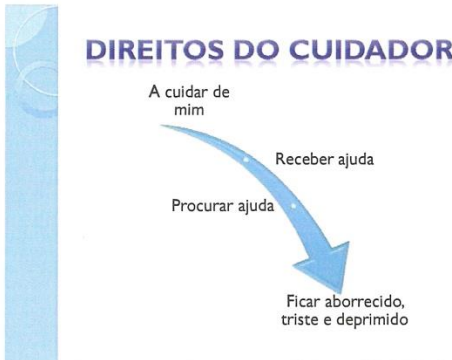
Quem faz

O quê

Em que dias

A diagram with three horizontal white boxes, each with a blue rounded rectangular label on the left. The labels contain the text: 'Quem faz', 'O quê', and 'Em que dias'.

24-11-2012



**OBRIGADA**



**Anexo XI**

Questionário de avaliação inicial de conhecimentos



## Instrumento de avaliação dos conhecimentos dos cuidadores informais (inicial)

Colocar um V (verdadeiro) ou F (falso) à frente de cada frase.

O questionário é anónimo e individual.

1 – Cuidar do meu familiar significa:

- Responsabilidade \_\_\_\_\_
- Fazer-lhe tudo, mesmo o que ele é capaz de fazer sozinho \_\_\_\_\_
- Sentir preocupação, interesse e afeto \_\_\_\_\_

2 – Os aspetos positivos de cuidar do meu familiar são:

- Ver a pessoa bem tratada e feliz \_\_\_\_\_
- Diminuição de tempo para si \_\_\_\_\_
- Aprender \_\_\_\_\_

3 – Os aspetos negativos são:

- Manter o seu familiar em casa \_\_\_\_\_
- Depressão e ansiedade \_\_\_\_\_
- Cansaço físico \_\_\_\_\_

4 – Quais os sinais de alerta de cansaço:

- Sentimento de isolamento \_\_\_\_\_
- Esquecimento \_\_\_\_\_
- Noites bem dormidas \_\_\_\_\_

5 – É importante:

- Fazer caminhadas, exercício físico para cuidar do seu familiar \_\_\_\_\_
- Orgulhar-me do que faço \_\_\_\_\_
- Proteger os meus interesses pessoais e necessidades \_\_\_\_\_
- Fazer tudo sozinho \_\_\_\_\_
- Falar com a família \_\_\_\_\_
- Ter tempo para si \_\_\_\_\_
- Procurar soluções para os problemas \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua participação



**Anexo XII**

Questionário de avaliação final de conhecimentos



## Instrumento de avaliação dos conhecimentos dos cuidadores informais (final)

Colocar um V (verdadeiro) ou F (falso) à frente de cada frase.

O questionário é anônimo e individual.

1 – Cuidar do meu familiar significa:

- Responsabilidade \_\_\_\_\_
- Fazer-lhe tudo, mesmo o que ele é capaz de fazer sozinho \_\_\_\_\_
- Sentir preocupação, interesse e afeto \_\_\_\_\_

2 – Os aspetos positivos de cuidar do meu familiar são:

- Ver a pessoa bem tratada e feliz \_\_\_\_\_
- Diminuição de tempo para si \_\_\_\_\_
- Aprender \_\_\_\_\_

3 – Os aspetos negativos são:

- Manter o seu familiar em casa \_\_\_\_\_
- Depressão e ansiedade \_\_\_\_\_
- Cansaço físico \_\_\_\_\_

4 – Quais os sinais de alerta de cansaço:

- Sentimento de isolamento \_\_\_\_\_
- Esquecimento \_\_\_\_\_
- Noites bem dormidas \_\_\_\_\_

5 – É importante:

- Fazer caminhadas, exercício físico para cuidar do seu familiar \_\_\_\_\_
- Orgulhar-me do que faço \_\_\_\_\_
- Proteger os meus interesses pessoais e necessidades \_\_\_\_\_
- Fazer tudo sozinho \_\_\_\_\_
- Falar com a família \_\_\_\_\_
- Ter tempo para si \_\_\_\_\_
- Procurar soluções para os problemas \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua participação



**Anexo XIII**

Certificado do cuidador



# Certificado

## De Presença no Evento “Um dia para o Cuidador”

Com Formação na área de Prevenção de Úlceras de Pressão e Sobrecarga do Prestador de Cuidados  
com duração de \_\_\_ horas ao formando

Senhora da Hora, 19 de Novembro de 2012





**Anexo XIV**

Formação em serviço UCCSH – Manual de integração de estudantes



<p><b>Formadores:</b> Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco</p> <p><b>Tema:</b> Manual de integração de estudantes na UCCSH</p> <p><b>Grupo – alvo:</b> profissionais da UCCSH</p> <p><b>Data:</b> 29 de janeiro</p> <p><b>Local:</b> sala de reuniões da unidade de saúde da Senhora da Hora</p> <p><b>Duração:</b> 1 hora</p> <p><b>Objetivos Educacionais:</b></p> <p><i>Objetivos gerais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Apresentação do manual de integração para estudantes na UCCSH</i></li> </ul> <p><i>Objetivos específicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar informação que permita uma melhor adaptação e integração na UCC da Senhora da Hora;</li> <li>• Proporcionar condições para aquisição de maiores conhecimentos e experiências durante a realização do estágio;</li> <li>• Apresentar o modelo de supervisão a utilizar;</li> <li>• Definir percurso da orientação tutorial.</li> </ul>			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
<b>Introdução</b> 5 Minutos	Apresentação do formador do convidado e do tema (quebra gelo) Contextualização do tema	Utilização método expositivo/participativa com recurso a power-point	Observação dos participantes
<b>Desenvolvimento</b> 25 Minutos	Objetivos do manual A enfermagem, formação e OE Padrões de qualidade MDP Certificação de competências Modelos de supervisão Sugestão de modelo a utilizar	Utilização método expositivo/participativa com recurso a power-point	Observação dos participantes
<b>Conclusão</b> 25 Minutos	Resumo e ênfase nos pontos principais. Participação e esclarecimento de dúvidas, através de debate	Utilização método expositivo/participativa com recurso a power-point Incentivo à participação/diálogo. Entrega de material informativo	Observação dos participantes

## Manual de integração para estudantes na UCCSH



Realizado por: Fernanda Pacheco

Nos últimos anos em Portugal o ensino e a profissão de enfermagem foram sujeitos a grandes alterações.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)

Ordem dos Enfermeiros (OE)

Código deontológico

Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (2001)

Competências do enfermeiro de cuidados gerais (2003)

Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010)

Modelo de desenvolvimento profissional

▶ O manual de integração é um instrumento de apoio e orientação, quer para os estudantes, quer para os profissionais com o papel de orientar os estudantes em ensino clínico.

▶ A orientação, acompanhamento e avaliação dos estudantes requer por parte dos profissionais disponibilidade, motivação e um grande sentido de responsabilidade pela formação dos novos profissionais e no desenvolvimento de competências dos futuros enfermeiros especialistas.

▶ Para os estudantes o ensino clínico pode tornar-se um período de grande desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, mas também um período de medo, receios e incertezas.

## Objetivos do manual

### Objetivo geral

- ▶ Facilitar a integração e o desenvolvimento do ensino clínico do estudante de enfermagem na UCC da Senhora da Hora

## Objetivos do manual

### Objetivos específicos

Guia orientação/informação

Importância papel supervisor e supervisado

Relação colaboração e suporte

Desenvolvimento de competências Profissionais, académicas e pessoal

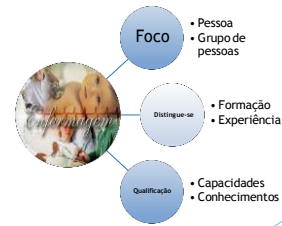
## A UCC da Senhora da Hora



- Objetivos;
- Missão da UCC;
- Caracterização da UCCSH;
- Projetos da UCCSH

## A enfermagem, a formação e a OE

▶ A enfermagem portuguesa encontra-se ligada à Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de Agosto)



## Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro (carreira especial de enfermagem)

▶ O Artigo 9.º -

1. "colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional";
2. os enfermeiros especialistas têm que "orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional".

## Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros

▶ Artigo 9º

1. "contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem";
2. Planeamento, supervisão e avaliação da formação dos enfermeiros;
3. Colaboração de "protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores dos formandos".

## Estatuto da OE (Decreto-Lei nº 104/1998, de 21 de Abril, republicado pela Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro)

- ▶ A nota introdutória desta Lei faz referência à formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional superior desde 1988, permitindo o acesso aos diferentes graus académicos;
- ▶ Evolução da sociedade portuguesa e suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de qualidade técnica, científica e ética;
- ▶ Todos os membros têm direito a condições de acesso a formação para atualização e aperfeiçoamento profissional;
- ▶ Deve "manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e atualizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundadas das ciências humanas";
- ▶ A competência e o aperfeiçoamento é também um princípio.



### Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem



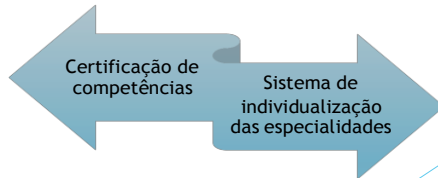
### Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem



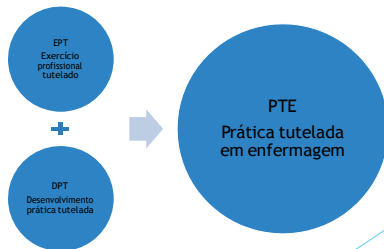
### Base dos padrões de qualidade

1. Satisfação do cliente;
2. Promoção da saúde;
3. Prevenção de complicações;
4. O bem estar e o autocuidado;
5. Readaptação funcional;
6. Organização dos cuidados de enfermagem (política de formação contínua).

### Modelo de desenvolvimento profissional

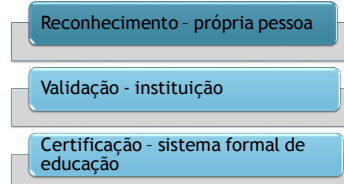


### Certificação de competências

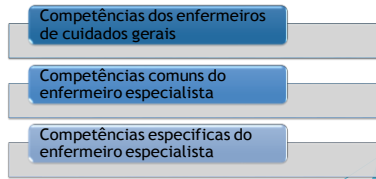


PTE de acordo com um MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA e idoneidade formativa

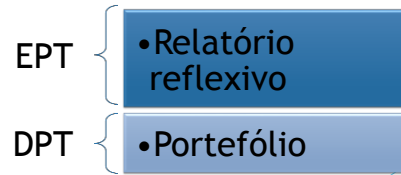
### Processos de certificação de competências:



PTE responsável pela validação de competências no final EPT e DPT de acordo com:



Avaliação de competências



Sistema de individualização das especialidades em enfermagem



Modelo de supervisão clínica preconizado pela OE

**Supervisão clínica**

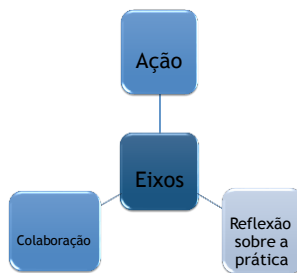
► "processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica". (OE, 2010)

**Objetivo**

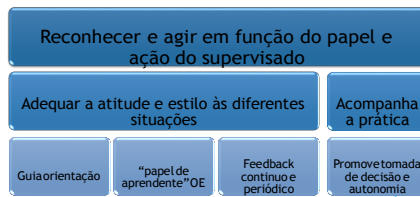
► Autonomia de forma gradual.

**Perspetiva**

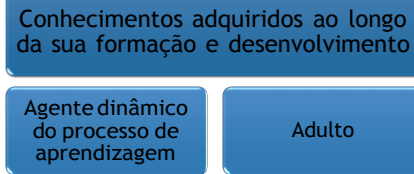
► Construtivista-reflexiva.



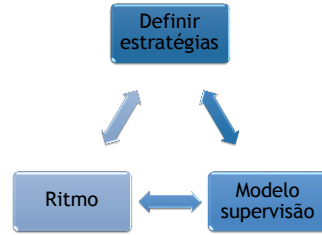
Supervisor



### Supervisado



### Supervisor e supervisado



### Modelos de supervisão

#### Modelo de Stuart

- ▶ Preconiza uma preparação do estudante e tutor;
  - ▶ Modelo de aprendizagem com a experiência, constituído por 4 fases:
1. Fase preparatória - planeamento e estrutura de ensino
  2. Fase da experiência - estudante reflete na ação
  3. Fase do processamento - reflete sobre a experiência
  4. Resultados e ação

Avaliação através de um portefólio

### Modelos de supervisão

#### Modelo de Wilson Abreu

1. Fase inicial de integração - definição de objetivos, grande dependência e conhecimento de ambos;
2. Fase de experimentação - reflexão na e da prática
  - ✓ Ensino
  - ✓ Feedback da análise realizada por ambos
  - ✓ prática
3. Fase autónoma e de processamento - torna-se independente do supervisor. Reflete e descreve o realizado, faz análise crítica e avalia

### Modelos de supervisão

#### Modelo de Sérgio Soares

- A. Planificação do ensino clínico
- B. Implementação
  - Reunião inicial
  - Fase 1 - integração e apropriação do contexto
  - Fase 2 - experimentação e instrumentalização técnica
  - Fase 3 - autonomia e tomada de decisão
  - Reunião final
- C. Avaliação - relatório

### Modelo de supervisão clínica para estudantes da licenciatura em enfermagem

1. Planeamento do ensino clínico
  - Definição de objetivos (instituição e estudante);
  - Sessão apresentação do campo de estágio;
  - Reunião com enfermeiro supervisor.
2. Desenvolvimento do ensino clínico
  - 1ª semana inteirar-se do campo de estágio;
  - Final da 1ª semana reunião para avaliar integração e prosseguir ensino;
  - Oportunidades de experiências, experimentar e demonstrar;
  - Novos desafios;
  - Reunião intercalar ou sempre que necessário;
  - Final com o máximo de autonomia
3. Avaliação
  - autoavaliação com relatório reflexivo

### Modelo de supervisão clínica para estudantes do curso de especialização numa determinada área de enfermagem

1. **Planeamento do ensino clínico**
  - Definição de objetivos (instituição e estudante);
  - Sessão apresentação do campo de estágio;
  - Reunião com enfermeiro supervisor.
2. **Desenvolvimento do ensino clínico**
  - 1ª semana inteira-se do campo de estágio;
  - Final da 1ª semana reunião para avaliar integração e prosseguir ensino;
  - Oportunidades de experiências, experimentar e demonstrar;
  - Novos desafios;
  - Reunião intercalar ou sempre que necessário;
  - Final com o máximo de autonomia
3. **Avaliação**
  - autoavaliação com portefólio

### Cont.

- ▶ O supervisionado é um profissional de enfermagem com competências autónomas para prestar cuidados de enfermagem geral, mas dependente na área de especialização que está a desenvolver competências e adquirir conhecimentos.
- ▶ É nesta fase que a relação de colaboração e valorização do supervisionado é da máxima importância de forma a que todo o percurso se desenvolva de forma positiva para ambas as partes.

Obrigada





**Anexo XV**

Panfleto de integração para estudantes na UCCSH



Bem-vindo à UCC da Senhora da Hora,

Somos uma equipa multidisciplinar, a prestar cuidados nos vários níveis de prevenção de saúde, na comunidade da Senhora da Hora de forma a melhorar a qualidade de vida.

Colaboramos, em articulação com várias instituições de ensino no acompanhamento de estudantes nos vários ciclos preconizados pelo processo de Ecolinha.

O acompanhamento ao longo do ensino clínico favorece a promoção da tomada de decisão autónoma por parte do estudante e do desenvolvimento de competências técnicas e reflexivas com o intuito de facilitar o seu crescimento académico, profissional e pessoal.

Como profissionais de saúde, pretendemos contribuir para o desenvolvimento de competências técnicas e reflexivas do estudante, através de uma relação de cooperação e interação entre o estudante e o profissional.

Desejamos que o ensino clínico nesta unidade de saúde, se transforme num período de aprendizagem e maturação enquanto estudante e pessoa.

Com percurso!



## Manual de integração de estudantes na UCC da Senhora da Hora



Matosinhos 2013

O presente manual tem como objetivo :

- Facilitar a integração e o desenvolvimento do ensino clínico do estudante de enfermagem na UCC da Senhora da Hora.

A UCCSH tem vários projetos implementados na comunidade:

- Bem-me-quer. Projeto de enfermagem para a parentalidade;
- Programa de cuidados de enfermagem de reabilitação: Reabilitar é viver;
- Projeto de enfermagem para o prestador de cuidados;
- Projeto de enfermagem para a gestão do regime terapêutico diabetes – PREGERET;
- Diabetes—O desafio no Novo Milénio;
- Cuidados paliativos no domicílio;
- Programa Nacional de saúde escolar;
- Projetos de enfermagem de intervenção em saúde mental;
- Projetos de fisioterapia.

O manual foi realizado segundo:

- Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros;
- Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Certificação de competências para enfermeiro de cuidados gerais, comuns para enfermeiro especialista e específicas de acordo com cada área de especialização;
- Sistema de individualização das especialidades em enfermagem;
- Modelo de supervisão preconizado pela OE;

Muitos são os modelos de supervisão existentes e desenvolvidos nas últimas décadas, com aplicação na enfermagem em vários contextos e de acordo com o modelo preconizado pela OE.

- Modelo de Stuart
- Modelo de Wilson Abreu
- Modelo de Sérgio Soares

### Modelo para estudantes da licenciatura

1. Planeamento ensino clínico  
Definição dos objetivos,  
Apresentação campo estagio,  
Reunião com tutor.
2. Desenvolvimento do ensino clínico  
Exploração do espaço físico, material e teórico;  
Reuniões intercalares;  
Oportunidade de desenvolver o maior número possível de competências;  
Colocados desafios.
3. Avaliação com relatório

### Modelo para estudantes de especialidade

1. Planeamento ensino clínico  
Definição dos objetivos,  
Apresentação campo estagio,  
Reunião com tutor.
2. Desenvolvimento do ensino clínico  
Exploração do espaço físico, material e teórico;  
Reuniões intercalares;  
Oportunidade de desenvolver o maior número possível de competências;  
Colocados desafios.
3. Avaliação com portefólio.

De salientar que estes estudantes são enfermeiros autónomos para prestar cuidados de enfermagem geral.



**Anexo XVI**

Manual de integração para estudantes na UCCSH





**Manual de integração para estudantes de  
enfermagem na Unidade Cuidados na  
Comunidade da Senhora da Hora**

**Realizado: Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco**

**Matosinhos, Janeiro de 2013**



# **Manual de integração para estudantes de enfermagem na Unidade Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora**

**Realizado: Fernanda Adelaide Lisboa Pacheco**

**Orientadores: Professor Paulo Alves**

**Professor Pedro Melo**

**Tutores: Enfermeira Dilma Pereira**

**Enfermeira Raquel Azevedo**

**Matosinhos, Janeiro de 2013**

Bem-vindo à Unidade Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora,

Somos uma equipa multidisciplinar, a prestar cuidados nos vários níveis de prevenção de saúde, na comunidade da Senhora da Hora de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Colaboramos, em articulação com várias instituições de ensino no acompanhamento de estudantes nos vários ciclos preconizados pelo processo de Bolonha.

O acompanhamento ao longo do ensino clínico favorece a promoção da tomada de decisão autónoma por parte do estudante e do desenvolvimento de competências técnicas e reflexivas com o intuito de facilitar o seu crescimento académico, profissional e pessoal.

Como profissionais de saúde, pretendemos contribuir para o desenvolvimento de competências técnicas e reflexivas do estudante, através de uma relação de cooperação e interajuda entre estudante e o profissional.

Desejamos que o ensino clínico nesta unidade de saúde se transforme num período de aprendizagem e maturação enquanto estudante e pessoa.

Bom percurso!

## Siglas

ACES – Agrupamentos de centros de saúde  
AVC – Acidente vascular cerebral  
DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica  
DPT – Desenvolvimento de prática tutelada  
EPT – Exercício profissional tutelado  
IPSS – Instituição particular de solidariedade social  
MDP – Modelo de desenvolvimento profissional  
OE – Ordem dos enfermeiros  
PASSE – Programa alimentação saudável em saúde escolar  
PNS – Plano nacional de saúde  
PREGERET – Projeto de enfermagem para a gestão do regime terapêutico diabetes  
PRESSE - Programa regional de educação sexual em saúde escolar  
PTE – Prática tutelada em enfermagem  
REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros  
UCC – Unidade de cuidados na comunidade  
UCCSH – Unidade de cuidados na comunidade da Senhora da Hora  
UCESH – Unidade de cuidados de enfermagem da Senhora da Hora  
UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados  
ULS – Unidade local de saúde  
ULSM – Unidade local de saúde de Matosinhos  
USF – Unidade de saúde familiar  
VEM – Voluntariado em Matosinhos

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1 – OBJETIVOS DO MANUAL</b> .....	<b>10</b>
1.1– Objetivo geral .....	10
1.1– Objetivos específicos .....	10
<b>2– OBJETIVOS DA UCC DA SENHORA DA HORA</b> .....	<b>12</b>
2.1 – Objetivo geral .....	12
2.2 – Objetivos específicos .....	12
<b>3– MISSÃO DA UCC DA SENHORA DA HORA</b> .....	<b>13</b>
<b>4– CARACTERIZAÇÃO DA UCC DA SENHORA DA HORA</b> .....	<b>15</b>
4.1 – Localização e instalações .....	16
4.2 – Horário de funcionamento .....	16
4.3 – Recursos humanos .....	16
4.4 – Cuidados prestados pela UCCSH .....	17
<b>5 – PROJETOS NA COMUNIDADE DA UCCSH</b> .....	<b>18</b>
<b>6 – A ENFERMAGEM, A FORMAÇÃO E A ORDEM DOS ENFERMEIROS</b> .....	<b>24</b>
6.1– Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros .....	25
6.2– Estatuto da ordem dos enfermeiros .....	26
6.3 – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem .....	27

<b>7 – MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL .....</b>	<b>29</b>
7.1 – Certificação de competências .....	29
7.2 – Sistema de individualização das especialidades em enfermagem .....	30
7.3 – Modelo de supervisão clínica preconizado pela Ordem dos enfermeiros .....	31
<b>8– MODELOS DE SUPERVISÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>9– MODELOS GUIAS DE INTEGRAÇÃO .....</b>	<b>38</b>
9.1– Modelo para estudantes do curso de licenciatura em enfermagem .....	38
9.2– Modelo para estudantes do curso de especialização numa determinada área da enfermagem .....	40
<b>10 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>11 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS II .....</b>	<b>48</b>

## Introdução

Nos últimos anos em Portugal o ensino e a profissão de enfermagem foram sujeitos a grandes alterações.

Na década de 90 do século passado após debate intenso ao longo dos anos precedentes sobre o exercício profissional, regulamentação e seu controlo foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), regulando o exercício profissional dos enfermeiros, esclarecendo conceitos, intervenções e áreas de atuação, e os direitos e deveres dos enfermeiros.

Passados dois anos nasce a Ordem dos Enfermeiros (OE), e a publicação do seu Estatuto (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril), onde é reconhecida a autorregulação dos enfermeiros como forma de garantir os melhores cuidados prestados aos cidadãos. Em paralelo é também publicado o Código Deontológico.

Desta forma a Ordem dos enfermeiros promove a autonomia responsável de todos os profissionais de enfermagem. Esta é alcançada através da promoção da “defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro” e o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, de acordo com o artigo 3º do Estatuto da Ordem.

Surgem vários documentos desenvolvidos por esta instituição, de forma a suportar o desenvolvimento da profissão: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003), mais tarde o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010) e o modelo de desenvolvimento profissional, com todos os documentos de suporte para a sua regulamentação, implementação e desenvolvimento.

Ao nível do ensino, a enfermagem foi integrada no sistema educativo nacional nos anos 80, através do Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de dezembro, surgindo o curso superior de enfermagem e os cursos de estudos superiores especializados em enfermagem. Já no final dos anos 90, foi criado o curso de licenciatura em enfermagem e os cursos de pós-licenciatura de especialização (Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de setembro).

Começam a surgir os primeiros enfermeiros com título académico de mestre no início dos anos 90 do século passado e no ano de 2002 é doutorado o primeiro enfermeiro português numa universidade portuguesa (Amendoeira, 2004).

Começam a surgir os primeiros enfermeiros com título académico de mestre no início dos anos 90 do século passado e no ano de 2002 é doutorado o primeiro enfermeiro português numa universidade portuguesa (Amendoeira, 2004).

Com a implementação do processo de Bolonha surgem os três ciclos de estudo, ao nível do ensino superior.

Todos estes fatores descritos anteriormente favoreceram um rápido desenvolvimento da profissão com um aumento da qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais à população.

Nas últimas décadas surgiram alterações culturais, económicas e epidemiológicas significativas na sociedade portuguesa, que culminaram com novas necessidades de cuidados e um reajuste dos profissionais na prestação de cuidados de acordo com as necessidades emergentes. O sistema de qualidade permite desenvolver o percurso para a excelência dos cuidados, através de uma avaliação contínua e sistematizada dos intervenientes.

Os enfermeiros enquanto profissão atuam em três áreas distintas: prestação de cuidados, gestão e assessoria. A OE através do seu estatuto permitiu o desenvolvimento da profissão com a criação de instrumentos de promoção da qualidade dos cuidados, dos quais se destaca o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP).

O MDP prevê uma formação contínua ao longo da vida, valorizando e reconhecendo a aprendizagem experiencial do enfermeiro em contexto de trabalho e considera diferentes percursos formativos. Ao longo deste processo surge o papel de enfermeiro supervisor, supervisionado para o período de exercício profissional tutelado (EPT) e enfermeiro supervisionado para o período de desenvolvimento de prática tutelada (DPT), num modelo de supervisão com eixos centrais de implementação, de ação, reflexão sobre a prática e colaboração, sempre em parceria entre os dois intervenientes.

Para um melhor desempenho desta prática de desenvolvimento profissional, é importante que a integração do supervisionado e o seu percurso no ensino clínico sejam definidos previamente, emergindo o manual de integração do estudante.

O presente manual tem como principal objetivo facilitar a integração e melhorar o ensino clínico, do estudante de enfermagem na Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) da Senhora da Hora.

Está organizado em duas partes distintas. A primeira faz uma apresentação da UCC da Senhora da Hora e projetos de intervenção implementados na comunidade. Na segunda parte faz-se uma pequena apresentação dos vários documentos elaborados pela OE, com

relevância para a formação dos estudantes e profissionais de enfermagem. Destes destaca-se o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) e o respetivo modelo de supervisão clínica defendido pela OE, com todas as suas consequências no desenvolvimento das instituições e intervenientes implicados.

## 1 - Objetivos do manual

O manual de integração é um instrumento de apoio e orientação, quer para estudantes, quer para os profissionais com o papel de orientar estudantes em ensino clínico.

A orientação, acompanhamento e avaliação de estudantes requer por parte dos profissionais disponibilidade, motivação e um grande sentido de responsabilidade pela formação dos novos profissionais e no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos enfermeiros detentores da licenciatura, pois frequentemente são imitados pelos estudantes em todas as suas intervenções.

Para os estudantes o ensino clínico pode tornar-se um período de grande desenvolvimento de habilidades e conhecimentos de acordo com as competências quer de enfermeiro de cuidados gerais, quer de enfermeiro com especialidade numa determinada área, mas também ser um período de medo, receios e incertezas.

A existência de um manual de integração tem como missão facilitar a integração do estudante ao campo de estágio e planear o ensino clínico para atingir um final positivo e com aquisição de competências em vários domínios de conhecimento.

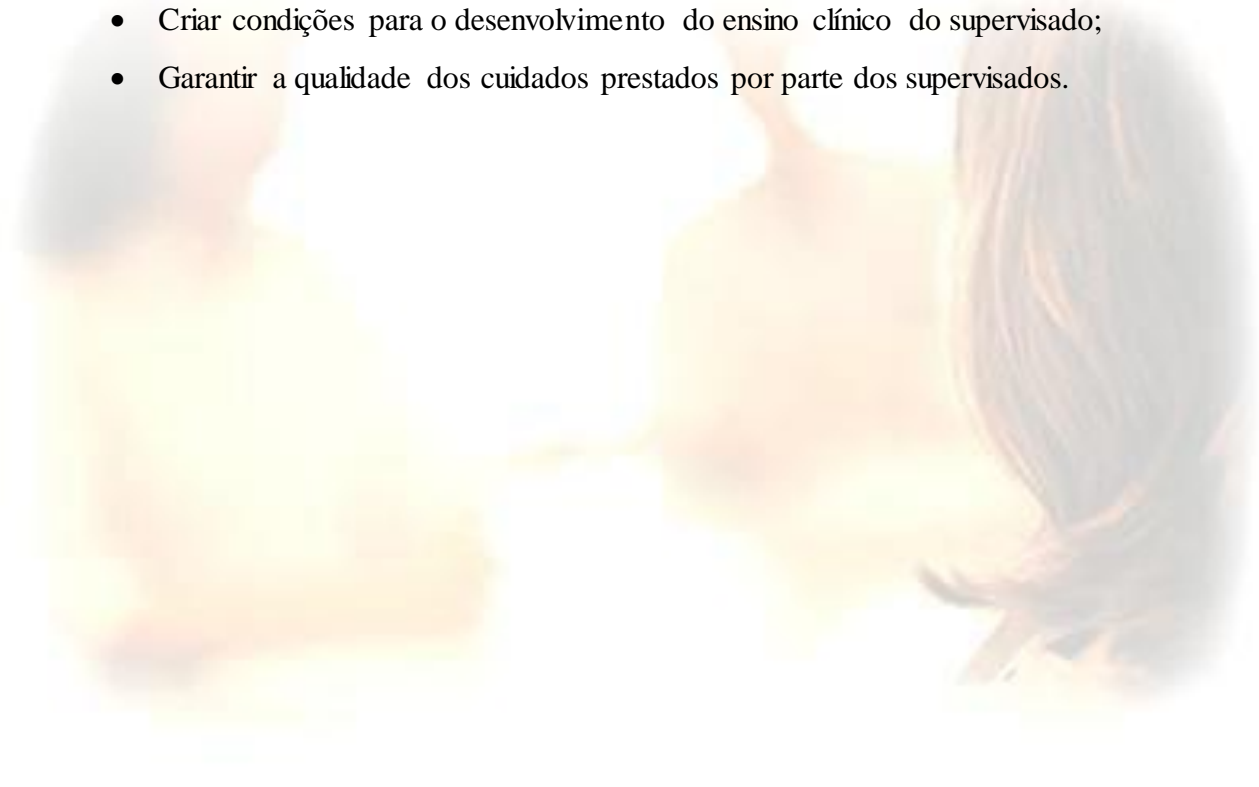
### 1.1- Objetivo geral

- Facilitar a integração e o desenvolvimento do ensino clínico do estudante de enfermagem na UCC da Senhora da Hora

### 1.1 - Objetivos específicos

- Proporcionar ao estudante, informação que lhe permita familiarizar-se com a dinâmica e projetos da UCC da Senhora da Hora;
- Reconhecer a importância do papel do supervisor, no desenvolvimento do ensino clínico e pessoal do estudante;
- Reconhecer a importância do papel do supervisionado no desenvolvimento do seu ensino clínico e pessoal;

- Promover uma relação de colaboração e de suporte ao supervisor ao longo do ensino clínico;
- Servir como guia de orientação do supervisor e supervisor ao longo do ensino clínico;
- Promover o desenvolvimento académico, profissional e pessoal do supervisor ao longo do ensino clínico;
- Realizar um planeamento do ensino clínico de acordo com os objetivos da instituição de ensino e do supervisor;
- Motivar o supervisor para um crescimento académico e pessoal ao longo do ensino clínico;
- Criar condições para o desenvolvimento do ensino clínico do supervisor;
- Garantir a qualidade dos cuidados prestados por parte dos supervisados.



## **2- Objetivos da UCC da Senhora da Hora**

Os objetivos da UCCSH são definidos no seu plano de ação, de acordo com os Programas de Saúde da Direção Geral de Saúde, o Plano Nacional de Saúde e as necessidades da população abrangente.

### **2.1 - Objetivo geral**

- Responder às necessidades da população, contribuindo para a melhoria do seu estado de saúde e bem-estar da população da área geográfica abrangida por esta unidade, numa perspetiva integrada e de parceria com as várias instituições da comunidade – escolas, autarquia, juntas de freguesia, instituições particulares de solidariedade social, polícia, associações...

### **2.2 - Objetivos específicos**

- Melhorar a proximidade, acessibilidade e a continuidade dos cuidados;
- Prestar cuidados específicos e especializados;
- Diminuir o recurso aos serviços de urgência;
- Melhorar a prestação de cuidados de saúde da população;
- Criar uma equipa multidisciplinar eficiente e motivada;
- Participar na formação profissional contínua, pré-graduada e pós-graduada;
- Interligação com as restantes unidades funcionais do ACES da ULS de Matosinhos.

### 3- Missão da UCC da Senhora da Hora

A UCC da Senhora da Hora de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, de 28 de fevereiro *“tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.”*

À UCC compete, de acordo com o disposto no Artigo 11.º *“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.”*

Participa também na formação dos diversos grupos profissionais, nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A UCC segundo o Despacho nº 10143/2009, no seu Artigo 4.º, no ponto 3 é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida e rege-se pelos seguintes princípios:

- Cooperação;
- Solidariedade e trabalho de equipa;
- Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica;
- Articulação com as outras unidades funcionais do ACES;
- Parceria com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, IPSS, associações e outras);
- Avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados;

- Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.



## 4- Caracterização da UCC da Senhora da Hora

A UCC da Senhora da Hora é uma unidade funcional do Centro de Saúde da Senhora da Hora, pertencente ao ACES de Matosinhos, que por sua vez está integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). A ULSM é uma unidade integrada, de prestação de serviços de saúde, de promoção da saúde e prevenção da doença, reabilitação e suporte à doença, diagnóstico e tratamento.

O Hospital Pedro Hispano, ACES de Matosinhos e Unidade de Convalescença, em conjunto formam a ULS Matosinhos. Do ACES fazem parte os Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora, S. Mamede Infesta.

O Centro de Saúde da Senhora da Hora é constituído por sua vez por várias unidades funcionais:

- USF Lagoa;
- USF Caravela;
- UCC da Senhora da Hora;
- UCESH.

A área de influência da UCCSH abrange as freguesias da Senhora da Hora, Guifões e Custóias.

A UCCSH articula-se com as seguintes unidades de prestação de cuidados:

- Unidades funcionais do ACES de Matosinhos;
- Hospital Pedro Hispano;
- Hospital Magalhães Lemos;
- Unidade de Convalescença;
- Outros (hospitais com valências específicas e unidades de média e longa duração da rede nacional de cuidados continuados integrados).

E com as seguintes entidades locais:

- Equipa coordenadora local da rede nacional de cuidados continuados integrados;
- Autarquias;
- Instituições particulares de solidariedade social;
- Agrupamentos escolares;

- Entidades recreativas e associativas.

#### **4.1 – Localização e instalações**

A UCCSH está localizada na Rua da Lagoa s/nº 4460-352 Senhora da Hora, com o telefone nº 229568580.

Está sediada no piso 1 do Centro de Saúde da Senhora da Hora (anexo 1), e é constituída por 7 gabinetes e uma arrecadação onde se encontra o material de apoio às intervenções de promoção da saúde. O material clínico e não clínico encontram-se em armazém no piso 0 do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

A copa, a sala de reuniões e o parque de estacionamento são comuns a todas as unidades funcionais do Centro de Saúde.

#### **4.2 – Horário de funcionamento**

A UCCSH funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 20 horas.

No período noturno das 20 às 8 horas, e ao fim-de-semana, das 9 às 17 horas, os cuidados de enfermagem são assegurados de forma programada pela equipa de cuidados continuados integrados.

De acordo com o seu âmbito de ação de prestação de serviços e cuidados na comunidade, pontualmente o horário poderá ser alargado ao fim de semana, com a finalidade de melhorar a acessibilidade, estar mais próximo das necessidades da população, garantir a continuação de cuidados, de forma a obter ganhos em saúde da população abrangente e a satisfação da mesma.

#### **4.3 – Recursos humanos**

A equipa da UCCSH é formada por uma equipa multiprofissional, com os seguintes elementos (anexo 2):

- 1 Enfermeira coordenadora;
- 12 Enfermeiros;
- 1 Fisioterapeuta;

- 1 Assistente técnica (17,5 h);
- 3 Assistentes operacionais;
- 1 Médico (4 h);
- 1 Psicólogo (8 h);
- 1 Nutricionista (20 h);
- 1 Assistente social (20h).

De salientar que todos os enfermeiros são detentores de especialidade em enfermagem nas diferentes áreas existentes, exceto um enfermeiro que tem uma pós-graduação em cuidados paliativos.

A sua intervenção articula-se de forma dinâmica com as demais unidades funcionais de saúde do ACES de Matosinhos, garantindo a prestação de cuidados globais e integrados aos utentes da área geográfica de intervenção da UCCSH.

#### **4.4 – Cuidados prestados pela UCCSH**

A UCCSH desenvolve as seguintes valências de cuidados:

- Cuidados de enfermagem especializados de intervenção na comunidade, no âmbito da promoção da saúde, nas áreas de saúde materna e obstétrica, saúde infantil e pediátrica, saúde comunitária, saúde mental e psiquiátrica e de reabilitação;
- Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos;
- Equipa de cuidados continuados integrados da rede nacional de cuidados continuados integrados;
- Intervenções de fisioterapia;
- Serviços de suporte à prestação de cuidados: nutrição e alimentação, serviço social;
- Departamento de saúde mental: psicologia;
- Serviços prestados por assistente técnico;
- Cuidados prestados por assistentes operacionais.

## 5 – Projetos na comunidade da UCCSH

Os projetos existentes na UCCSH estão definidos e integrados no seu Plano de ação e tiveram em consideração as estratégias de intervenção definidas no PNS e as necessidades de saúde identificadas na comunidade.

- **Bem-me-quer. Projeto de enfermagem para a parentalidade.**

Da responsabilidade da enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria, e da enfermeira especialista em Saúde Materna e obstétrica.

Tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população parental, infantil e juvenil da área geográfica do Concelho da Senhora da Hora, providenciando a todos os pais e/ou cuidadores a informação, recursos e suporte necessários aos cuidados da criança, ou adolescente.

A população alvo são todos os pais, mães e crianças residentes na área de abrangência da UCC e inscritas no Centro de Saúde da Senhora da Hora, desde as 20 semanas de gravidez até aos 9 anos, assim como crianças institucionalizadas na casa do Caminho.

Tem como objetivos: promover as competências no exercício da parentalidade desde as 20 semanas de gestação até aos 9 anos, de crianças saudáveis e com necessidades especiais.

Durante a gravidez são acompanhadas todas as grávidas que forem referenciadas ou queiram participar, no curso com sessões temáticas de preparação para o parto e parentalidade. A partir do nascimento realizam-se pelo menos 2 visitas domiciliárias a todas as crianças. Segue-se o curso de educação parental com sessões temáticas em grupo e sessões de massagem infantil.

Em articulação com a fisioterapeuta realiza-se o projeto **Mãe em movimento** que tem como objetivo a promoção da atividade física das gestantes a partir das 20 semanas e sem contraindicações para a prática de exercício físico.

É realizada uma sessão teórica sobre a importância do exercício físico, seguida de uma sessão prática uma vez por semana até ao parto.

- **Programa de cuidados de enfermagem de reabilitação: Reabilitar é viver**

Da responsabilidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Atua principalmente em utentes após AVC e com DPOC.

Tem como objetivo conseguir o maior nível de autonomia possível do utente, prevenindo complicações inerentes à mobilidade ou condicionamento desta.

- **Projeto de enfermagem para o prestador de cuidados**

Da responsabilidade das enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária.

Tem como objetivos promover a aquisição de competências e conhecimentos no exercício do papel de prestador de cuidados em vários domínios tais como:

- Cuidados de higiene e conforto;
- Posicionamentos/Transferências;
- Prevenção de úlceras de pressão;
- Hábitos alimentares saudáveis entre outros.

Tem como população alvo os prestadores de cuidados formais e informais de utentes dependentes da área de abrangência da UCCSH.

Projeto implementado através de:

- Visitas Domiciliárias;
  - Sessão de educação para a saúde em grupo;
  - Curso de formação para prestadores de cuidados formais;
  - Parceria com o projeto de voluntariado VEM, através de formação dos voluntários.
- **Projeto de enfermagem para a gestão do regime terapêutico diabetes – PREGERET**

Da responsabilidade das enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e saúde mental e psiquiátrica, em parceria com o serviço de endocrinologia do Hospital Pedro Hispano.

Tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população com diabetes abrangente pela UCCSH, prestando cuidados de enfermagem integrados, articulados, diferenciados e de grande proximidade a utentes com diabetes, com gestão do regime terapêutico ineficaz ou não adesão ao regime terapêutico.

O objetivo fundamental é capacitar os doentes com diabetes para uma gestão eficaz da sua doença visando um melhor controlo da mesma, contribuindo para uma maior qualidade de vida dos doentes e redução do aparecimento de complicações.

Tem como população alvo os utentes com diabetes com gestão do regime terapêutico ineficaz ou não adesão ao regime terapêutico.

O projeto consiste num programa conjunto para utentes, familiares significativos e/ou prestadores de cuidados, através de um acompanhamento domiciliário intensivo e/ou consultas na UCC.

- **Diabetes – O Desafio no Novo Milénio**

Da responsabilidade da equipa multidisciplinar (médica, enfermeiras, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicóloga) da UCC da Senhora da Hora.

Tem como objetivo desenvolver habilidades e competências que permitam ao utente com diabetes atingir um determinado grau de educação/formação, de forma a tornar-se “gestor” da sua doença. Educar os utentes com diabetes para a mudança de comportamentos a todos os níveis é a estratégia para os motivar a adotarem um estilo de vida saudável para um melhor controlo da diabetes e, assim, prevenir o aparecimento de complicações futuras.

Tem como população alvo os utentes com diabetes inscritos no Centro de Saúde da Senhora da Hora, referenciados pelas Equipas de Saúde Familiar, contemplando também os familiares e cuidadores.

É constituído por um total de 8 sessões sendo abordados temas como:

- O que é a diabetes;
- As complicações da diabetes;
- O autocontrolo glicémico;
- A importância do peso correto;
- A alimentação saudável;
- Cuidados com o pé;
- O exercício físico;
- Os direitos e deveres do utente diabético;
- A promoção da adesão terapêutica;
- A mudança comportamental e o equilíbrio psicológico na diabetes.

- **Cuidados paliativos no domicílio**

Da responsabilidade do enfermeiro pós-graduado em cuidados paliativos.

Tem como missão a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e integrados em cuidados paliativos em estreita articulação com a equipa assistencial e com a Equipa Intra-hospitalar e de Suporte em Cuidados Paliativos da ULSM.

Tem como objetivo principal a manutenção e continuidade de cuidados que permita que o doente e a família se mantenham confortáveis e com as suas necessidades asseguradas no espaço onde desejam estar, o domicílio.

- **Programa Nacional de Saúde Escolar**

Da responsabilidade da equipa multidisciplinar da UCCSH (enfermeiras de várias especialidades, nutricionista, assistente social e médica).

O programa nacional de saúde escolar tem por finalidade promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa. Está estruturado em quatro áreas prioritárias, entre os quais estão integrados vários projetos.

- ✓ A saúde oral com o **projeto sorrisos** que a UCC da Senhora da Hora está a desenvolver nos jardins-de-infância e nas escolas do primeiro ciclo do ensino básico do concelho de Matosinhos, em parceria com a Câmara de Matosinhos. Tem como objetivo melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre a alimentação e higiene oral na comunidade escolar.

Das diferentes atividades este projeto prevê a realização de sessões para a promoção para a saúde oral e implementação de técnicas de escovagem.

- ✓ A alimentação saudável conta com o **projeto Aprende a comer com a fada dentinho e o programa de alimentação saudável em saúde escolar (PASSE)**.

**Aprende a comer com a fada dentinho** foi criado pelo serviço de nutrição e alimentação da ULS Matosinhos, e tem como população alvo os estudantes do primeiro ciclo das escolas EB 1 públicas do concelho de Matosinhos.

O objetivo é promover atitudes e comportamentos alimentares saudáveis no contexto da saúde oral, através da realização de atividades de educação alimentar aos estudantes do primeiro e segundos anos.

Valoriza uma estratégia interativa entre professores, pais, estudantes e profissionais de saúde.

O **PASSE** foi elaborado pelo departamento de Saúde pública da ARS Norte.

Tem ainda o **projeto sexualidades** e também o **PRESSE (Programa regional de educação sexual em saúde escolar)**, que têm como objetivo promover ações de educação para a saúde sobre sexualidade saudável.

- ✓ O **projeto prevenir e atuar** atua na área da prevenção de acidentes rodoviários, domésticos, de lazer e de trabalho, dinamizados também, em parceria com a autarquia.
- ✓ Os projetos relacionados com os cuidados a ter com o sol, prevenção de consumos nocivos, projeto prevenção violência escolar/*bullying* e inclusão social são também projetos realizados em parceria com a autarquia.

- **Projetos de enfermagem de intervenção em saúde mental**

Da responsabilidade da enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica. Constituído por três projetos:

- ✓ **Promoção da Saúde Mental do Idoso em Isolamento** - Pretende efetuar o diagnóstico da situação e intervir nos indivíduos idosos em isolamento social, com foco de enfermagem de saúde mental alterado;
- ✓ **Projeto de Enfermagem Viver com a Demência** - Preconiza a prestação de cuidados de enfermagem integrados, articulados, diferenciados e de grande proximidade a indivíduos com demência e seus prestadores de cuidados/família, com necessidades de intervenção especializada;
- ✓ **Projeto de Enfermagem de Intervenção na Pessoa com Doença Mental** – pretende intervir na pessoa com doença mental, envolvendo a sua família em todo o acompanhamento na promoção da qualidade de vida e integração em contexto comunitário.

A população alvo são os utentes com saúde mental alterado, seus familiares e/ou prestadores de cuidados da área de abrangência da UCCSH.

Atua principalmente em contexto domiciliário.

- **Projetos de fisioterapia**

Da responsabilidade da fisioterapeuta, em articulação com a restante equipa multidisciplinar.

Atua em vários projetos, mas os de maior relevo são os seguintes:

- ✓ **Mãe em movimento** – tem como objetivo a promoção da atividade física das gestantes a partir das 20 semanas e sem contraindicações para a prática de exercício físico.

Realizada uma seção teórica sobre a importância do exercício físico em articulação com o projeto Bem-me-quer, seguida de uma sessão prática uma vez por semana até ao parto.

- ✓ **Põe-te a mexer em casa** – tem como objetivo promover o exercício físico em idosos com diminuição da autonomia.

Realizada uma visita domiciliária para avaliação das capacidades de mobilidade do utente e realizado um plano de exercício físico que consiga realizar sozinho, mas sempre com a supervisão e colaboração da família.

Realizadas visitas domiciliárias quinzenalmente para avaliação do utente.

## 6 – A enfermagem, a formação e a ordem dos enfermeiros

A enfermagem portuguesa encontra-se ligada à Lei de Base da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Definiu uma nova política de recursos humanos para a saúde, com características mais generosas que se refletiram no exercício profissional dos enfermeiros. Previa também a garantia da formação dos profissionais e segurança dos cuidados prestados, fatores que viriam mais tarde a ser objeto de consideração na elaboração do Estatuto da Ordem dos enfermeiros.

A profissão de enfermagem tem como foco a pessoa e/ou um grupo de pessoas (família, grupos ou comunidade), e resulta de uma relação interpessoal entre os vários intervenientes. Todos são detentores de valores, crenças e desejos, resultado das suas vivências, educação e desenvolvimento ao longo do seu ciclo de vida.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros na publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (p.8) “o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor...”.

Recentemente com a publicação da nova Carreira Especial de Enfermagem através do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, no seu Artigo 4.º que remete-nos para a qualificação da enfermagem ao referir que esta “tem por base a obtenção das capacidades e conhecimentos adquiridos ao longo da formação”. Esta formação de acordo com o Artigo 20.º deverá ser contínua, promover uma atualização técnica e científica e fomentar o desenvolvimento de projetos de investigação.

O Artigo 9.º remete-nos para o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro. No ponto 1, alínea i) define que o enfermeiro tem de “colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional” e na alínea p) que os enfermeiros especialistas têm que “orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional”.

Estas funções do enfermeiro serão imprescindíveis para a boa implementação e execução do Modelo de Desenvolvimento Profissional dos enfermeiros.

A relação existente ao longo dos anos entre as instituições de ensino e instituições de prestação de cuidados foi de primordial importância para a formação inicial dos futuros enfermeiros e o desenvolvimento profissional e acadêmico dos enfermeiros, assim como do próprio amadurecimento e desenvolvimento científico da profissão de enfermagem. A implementação do Processo de Bolonha, através do Decreto-Lei n.º74/2006, de 24 de março aprova um sistema de ciclos de formação baseados em objetivos de aprendizagem e competências.

## **6.1 - Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros**

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, no seu Artigo 4.º define a enfermagem como “profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital...”, atribuindo ao Enfermeiro “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família, aos grupos e à comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” salientando a importância do enfermeiro na sociedade contemporânea.

No Artigo 9.º, ao definir as intervenções dos enfermeiros, refere no ponto 6, que estes “contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem”.

As intervenções de enfermagem no âmbito da formação são referenciadas no ponto 6, na alínea a) do mesmo artigo onde faz referência ao planeamento, supervisão e avaliação da formação dos enfermeiros e na alínea e) na colaboração de “protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores dos formandos”.

## 6.2- Estatuto da ordem dos enfermeiros

A enfermagem ao ser reconhecida como uma profissão autónoma, com um corpo científico de conhecimento próprio evidenciado através de estudos de investigação, realizados quer a nível nacional quer internacional, carecia de uma regulamentação, quer no que respeita às condições e requisitos estipulados para esse mesmo exercício, quer no controlo da sua verificação.

A Ordem dos Enfermeiros, veio colmatar essa lacuna criando e aprovando o seu estatuto através do Decreto-Lei nº 104/1998, de 21 de abril. A OE tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional, conforme o Artigo 3.º, no ponto 1, republicado pela Lei nº 111/2009, de 16 de setembro.

A nota introdutória desta Lei faz referência à formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional superior desde 1988, permitindo o acesso aos diferentes graus académicos e assumindo primordial importância de responsabilização perante a população nas áreas da conceção, organização e prestação de cuidados de saúde.

Faz referência ainda à evolução da sociedade portuguesa e suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de qualidade técnica, científica e ética, para satisfazer os níveis de saúde cada vez mais exigentes, implicando a formação inicial e contínua dos profissionais de enfermagem com competências próprias e devidamente certificadas pela OE.

A presente Lei no Capítulo VI, Secção I, Artigo 75.º (Direitos dos membros), no ponto 2, alínea d) refere que todos os membros têm direito a condições de acesso a formação para atualização e aperfeiçoamento profissional.

A formação torna-se também um dever através do Artigo 88.º, alínea c) ao referir que o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e atualizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundadas das ciências humanas”.

Para além de dever e direito, a competência e o aperfeiçoamento é também um princípio geral imanado no Artigo 78.º, ponto 2, alínea e). Para tal é necessário uma formação contínua ao longo da vida, através de uma atualização permanente e desenvolvimento profissional, académico e pessoal.

Desta forma a formação é a garantia de prestação de cuidados de enfermagem de qualidade excelente, de forma atualizada de acordo com os mais recentes conhecimentos e saberes da profissão nos diversos domínios.

A formação inicial é a base e o início de um longo percurso que o enfermeiro irá percorrer. O seu processo de desenvolvimento de competências, através da formação contínua permitirá atualizar os seus conhecimentos e desenvolver as suas capacidades reflexivas e tomada de decisão, para assim atingir a excelência (Lucília Nunes, 2005).

### **6.3 – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**

Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emanados pela OE, permitem aos enfermeiros contribuir através da sua profissão, em ganhos em saúde para a população em geral ao prestarem cuidados de excelência. Estes Padrões são avaliados em cada instituição aderente através de indicadores de processo e resultado, obtendo uma avaliação contínua de forma a realizar um aperfeiçoamento sistemático com o objetivo final da excelência dos cuidados prestados.

Através da Lei n.º111/09, de 16 de setembro a OE no seu Artigo 30.º atribuiu competências fundamentais de desenvolvimento, exercício e formação dos profissionais ao Conselho de Enfermagem. De acordo com o Artigo 30.º, alínea f) compete ao CE definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e de acordo com a alínea f), do ponto 4, do Artigo 31.º-A e alínea b), do ponto 3, do Artigo 37.º compete respetivamente aos Colégios das Especialidades e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observância dos padrões de qualidade de cuidados especializados. O Conselho de Enfermagem em 2001 definiu o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem a base dos padrões de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros deverão respeitar no exercício da sua profissão. Através destes, os enfermeiros deverão desenvolver uma reflexão do seu exercício profissional, conduzindo a uma melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

No seu enquadramento conceptual ao definir cuidados de enfermagem, refere que o exercício profissional centra-se numa relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidades). Ambas são portadoras de um

quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual resultante da sua vivência. O enfermeiro no exercício profissional distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural (OE, 2001, p.8).

Na tomada de decisões o enfermeiro socorre-se dos resultados de investigação da prática. É reconhecida a importância da prática baseada na evidência empírica como parte estruturante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001, p.10).

Os enunciados descritivos têm como objetivo explicar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão. São eles:

1. **Satisfação do cliente** – o enfermeiro procura permanentemente a excelência do exercício profissional com o objetivo de satisfazer o cliente;
2. **A promoção da saúde** - o enfermeiro procura permanentemente a excelência do exercício profissional com o objetivo de ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
3. **A prevenção de complicações** - o enfermeiro procura permanentemente a excelência do exercício profissional com o objetivo de prevenir complicações para a saúde dos clientes;
4. **O bem-estar e o autocuidado** - o enfermeiro procura permanentemente a excelência do exercício profissional com o objetivo de maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar/completar as atividades de vida às quais o cliente é dependente;
5. **A readaptação funcional** - o enfermeiro procura permanentemente a excelência do exercício profissional com o objetivo de conjuntamente com o cliente desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde;
6. **A organização dos cuidados de enfermagem** - o enfermeiro procura permanentemente a excelência do exercício profissional com o objetivo de contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Neste último enunciado é referida a importância da “existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e de qualidade” (OE, 2001, p.15).

## 7 – Modelo de Desenvolvimento Profissional

O Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) integra dois sistemas: a certificação de competências e a individualização das especialidades.

### 7.1 – Certificação de competências

Na Lei nº 111/09, de 16 de setembro, no Artigo 7.º a OE descreve o sistema de certificação de competências, que contempla um período de exercício profissional tutelado (EPT) de acordo com o ponto 2, do referido Artigo, para a obtenção do título de enfermeiro e um período de prática tutelada denominado de desenvolvimento profissional tutelado (DPT) onde é realizada uma ponderação dos processos de certificado de competências, numa área de especialização para a obtenção do título de enfermeiro especialista, de acordo com o ponto 4, do mesmo Artigo.

O EPT e o DPT são dois períodos de prática tutelada em enfermagem (PTE) para efeitos de certificação de competências e atribuição do título de enfermeiro e enfermeiro especialista respetivamente (Ordem Enfermeiros, 2010).

Estes dois períodos segundo o Conselho de enfermagem devem acontecer no quadro de um Modelo de Supervisão Clínica e em condições de idoneidade formativa.

O sistema de certificação de competências preconizado pela OE revela para efeitos de certificação profissional a experiência profissional em contexto de EPT, DPT e exercício profissional autónomo (Ordem Enfermeiros, 2010).

Existem três processos distintos na certificação de competências:

- **Reconhecimento** – é realizado pela própria pessoa sobre “as suas aprendizagens, competências adquiridas e motivações, em função de objetivos ou projetos pessoais, sociais ou profissionais, com vista à sua valorização” (OE, 2010, p.25);
- **Validação** – é o reconhecimento institucional ou social, realizado através de avaliações externas por “instâncias sociais, profissionais e/ou educativas sobre

as aprendizagens da pessoa” (OE, 2010, p.26), de acordo com normas e critérios profissionais.

- **Certificação** - está “associada aos sistemas e dispositivos formais da educação, formação ou habilitações profissionais” (OE, 2010, p.27). Processo que garante, autentifica e legaliza saberes e competências de uma pessoa através de um documento oficial.

O reconhecimento e a validação de aprendizagens e de competências implicam uma autoavaliação e heteroavaliação com funções formativas de avaliação sumativa (Ordem Enfermeiros, 2010).

O PTE deverá ser responsável pelo processo de validação de competências no final do EPT e/ou DPT, mas também no processo de validação de competências dos enfermeiros de acordo com as competências dos enfermeiros de cuidados gerais (2003), competências comuns do enfermeiro especialista (2010) e competências específicas de cada especialidade (2010).

A avaliação tem por base a análise dos instrumentos de validação (relatório reflexivo e portefólio) à luz dos referenciais de competências de enfermeiro e de enfermeiro especialista (Ordem Enfermeiros, 2010).

Para a obtenção do título de enfermeiro, deverá realizar-se um **Relatório reflexivo** que “permite refletir acerca do percurso, contém dados referentes ao que foi realizado durante esse período, pela descrição e análise das experiências vividas, tendo por base as competências” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.31). Assume uma função avaliativa, certificativa e formativa.

O título de enfermeiro especialista é obtido pela certificação de competências através da realização de um **Portefólio**, que permite incluir o que foi realizado pelo supervisionado, evidenciar o processo e resultado da aprendizagem e identificar os progressos e dificuldades do supervisionado.

## 7.2 – Sistema de individualização das especialidades em enfermagem

O sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE) “apresenta-se como uma estratégia indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população e assenta na disponibilidade de

prestar cuidados diferenciados” (Ordem Enfermeiros, 2009, p.3) de acordo com as necessidades da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas.

Enquanto parte integrante do MDP é um instrumento de desenvolvimento e regulação da profissão. Promove o desenvolvimento profissional e a autonomia dos enfermeiros, reconhecido por processos de validação de competências.

Permite aos enfermeiros aprofundar conhecimentos de enfermagem em áreas de cuidados diferenciados de acordo com as necessidades das pessoas e comunidades onde exercem funções, e assim prestar cuidados com segurança e qualidade, de acordo com o desenvolvimento da disciplina e profissão.

### **7.3 - Modelo de supervisão clínica preconizado pela Ordem dos enfermeiros**

Supervisão clínica é definida, de acordo com o MDP, “como um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.2).

É um período de prática acompanhada de forma contínua, com o objetivo de tornar o supervisionado autónomo de forma gradual ao longo do PTE. Os eixos centrais deste modelo assentam na ação, reflexão sobre a prática de ambos os intervenientes e a colaboração.

O supervisor terá que ter “capacidade de reconhecer e de agir em função da centralidade do papel e da ação do supervisionado” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.5).

O modelo preconizado pela OE assenta numa perspetiva construtivista-reflexiva, que valoriza o supervisionado e a relação que estabelece com o contexto e objeto de supervisão. Deste modo o supervisor deve “adequar a sua atitude e estilo se supervisão às diferentes situações, sejam elas diferentes supervisionados, ou diferentes momentos no processo de desenvolvimento de um mesmo supervisionado” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.5).

O momento de aprendizagem e formação em questão, remete-nos para a formação de pessoas adultas, com vivências e conhecimentos acumulados ao longo dos anos, que não deverão ser desperdiçadas, mas sim integradas no desenvolvimento do seu projeto profissional e aprendizagem a realizar na PTE.

O supervisor surge como um guia de orientação para o supervisionado, ajudando-o a “analisar e a repensar, dando feedback contínuo e periódico do seu progresso”. O supervisionado é o “agente dinâmico do seu processo de aprendizagem e mudança positiva” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.6). O supervisor juntamente com o supervisionado deve definir e adequar as melhores estratégias, ritmo e forma de supervisão.

O desenvolvimento de competências profissionais é realizado na ação e reflexão sobre a ação, numa relação de colaboração entre supervisor e supervisionado, para a qual ambos podem contribuir com os seus conhecimentos.

O supervisor acompanha a prática profissional do supervisionado, promove a tomada de decisão e a gradual autonomia no exercício, valorizando a excelência dos cuidados e a proteção das pessoas.

O supervisor durante todo este processo deverá ter a consciência do seu “papel de aprendente... e da forma como este pode contribuir para o seu desenvolvimento, quer enquanto enfermeiro, quer enquanto supervisor” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.7).

*O ambiente relacional e de interajuda, pressupõe uma “comunicação eficaz, que permitirá ao supervisor aceder às opiniões e sentimentos do supervisionado, facilitando a compreensão mútua, o cruzamento de intersubjetividades, o suporte emocional e a promoção de bem-estar e sentimentos de segurança e confiança, em momentos difíceis para o supervisionado muitas vezes marcados pela insegurança, pelo medo e pela ansiedade” (Ordem Enfermeiros, 2010, p.8)*

O processo de supervisão clínica e a validação e certificação de competência estão separados no que concerne à avaliação do supervisionado.

A realização da EPT e de DPT apresenta algumas diferenças, que serão identificadas na tabela que se segue:

	EPT	DPT
<b>Processo de certificação de competências</b>	Título de enfermeiro	Título de enfermeiro especialista numa determinada área
<b>Modelo de supervisão clínica em prática tutelada</b>	✓	✓

<b>Regime PTE</b>	✓	✓
<b>Período</b>	De indução e transição para a prática profissional, suportando a gradual assunção da responsabilidade e autonomia	De aquisição de um novo perfil de competências (especialista), que suporta a gradual assunção da responsabilidade e autonomia
<b>Duração</b>	9 Meses, a partir da data de colocação em estabelecimento prestador de cuidados de saúde, e com idoneidade reconhecida e acreditada pela OE	De acordo com o programa formativo definido pelos Colégios da especialidade e, em estabelecimento prestador de cuidados de saúde, e com idoneidade reconhecida e acreditada pela OE
<b>Atribuição de título</b>	Reconhecimento e validação de todas as competências de enfermeiro de cuidados gerais. Enfermeiro – Certificado de competências	Reconhecimento e validação de todas as competências comuns de enfermeiro especialista. Enfermeiro especialista – resulta da ponderação de percursos formativos e certificado de competências.
<b>Supervisores clínicos certificados</b>	✓ Enfermeiros	✓ Enfermeiros especialistas
<b>Idoneidade formativa</b>	Padrões de qualidade dos cuidados Ambientais favoráveis à prática de supervisão clínica	
<b>Estrutura PTE</b>	Responsável pela validação de competências	
<b>Validação competências</b>	Avaliação de relatório reflexivo do supervisor e relatório do supervisor clínico	Avaliação do Portefólio do supervisor e relatório do Supervisor clínico
<b>Estatuto supervisionado</b>	Título de enfermeiro provisório Não é autónomo	Título de enfermeiro Autónomo no exercício de cuidados de enfermagem geral. Sem autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com os vários cadernos temáticos emitidos pela OE.

## 8- Modelos de supervisão

Os padrões de qualidade cada vez mais exigentes por parte da sociedade e instituições prestadoras de cuidados de saúde, fomenta a implementação de supervisão clínica quer para profissionais quer para estudantes em ensino clínico, com a finalidade de atingir a excelência.

O desenvolvimento de competências profissionais e o conhecimento adquirido ao longo do percurso profissional deverão ser promotores da procura da qualidade através de uma reflexão crítica de situações diárias.

Muitos são os modelos de supervisão existentes e desenvolvidos nas últimas décadas, com aplicação na enfermagem em vários contextos e de acordo com o modelo preconizado pela OE portuguesas.

### ✓ Modelo de Stuart

Este modelo preconiza uma preparação do estudante e tutor, e um desenvolvimento contínuo de competências profissionais, através da aprendizagem baseada na experiência existente em ensino clínico e como o estudante pode ser acompanhado na interação das várias experiências de aprendizagem ao longo do ensino clínico, a fim de aprender com a prática e descobrir o significado da experiência.

O modelo de aprendizagem com a experiência é constituído por quatro fases. Cada fase foca vários fatores e estratégias que poderão influenciar a aprendizagem através da experiência (Stuart, 2003).

#### 1. Fase preparatória

- Estudante como aprendiz;
- Desenvolvimento de habilidades através da compreensão;
- Desenvolvimento de competências de intervenção.

Deverá realizar-se um planeamento e estrutura do ensino clínico, entre o estudante e tutor/orientador.

- #### 2. Fase da experiência.
- Durante esta fase o estudante reflete na ação. Várias estratégias de ensino e aprendizagem influenciam como o estudante interage e reflete durante a experiência.

Esta fase foi desenvolvida segundo os princípios da teoria de Donald Schön (reflexão na ação e sobre a ação) (Stuart, 2003).

Pode-se utilizar diferentes estratégias de formação:

- Partilha, explica e demonstra experiências;
- Questiona-se e coloca desafios;
- Experimentação;
- Feedback do desenvolvimento.

3. Fase do processamento. O estudante nesta fase reflete sobre a experiência. Existem três estratégias de reflexão sobre as experiências:

- Descrição da experiência;
- Análise crítica;
- Síntese e avaliação da experiência.

4. Resultados e ação

- Relação entre a aprendizagem e ação.

A avaliação tem como instrumento um portefólio realizado pelo estudante segundo cinco pontos essenciais (Stuart, 2010):

- × Realização de competências legais;
- × Desenvolvimento de um conjunto de competências profissionais;
- × Prova suplementar;
- × Registos de experiências realizadas;
- × Inventário de habilidades clínicas desenvolvidas.

#### ✓ **Modelo Wilson Abreu**

Segundo Wilson Abreu (Abreu, 2007) o processo de supervisão clínica é dividido em três fases:

1. Fase inicial de integração

- Definição de objetivos;
- Grande dependência do estudante em relação ao supervisor;
- Fase em que ambos se começam a conhecer.

2. Fase de experimentação ou de realização que se divide em:

- Ensino;
- Feedback da análise realizada por ambos;
- Prática.

Há uma partilha de desafios com uma reflexão na e da prática entre os dois intervenientes. O supervisionado é incentivado a realizar uma autoavaliação.

### 3. Fase autónoma e de processamento

- Reflexão sobre o realizado;
- Descrição da experimentação;
- Análise crítica;
- Avaliação dos resultados.

O supervisionado tende a tornar-se independente do supervisor, ao adquirir competências referentes ao nível profissional que esta a desenvolver.

## **Modelo Sérgio Soares**

Este autor elaborou a seguinte proposta do processo supervisionado (Soares, 2008):

### A. Planificação do ensino clínico

- Planear o trabalho;
- Organizar os diferentes dias de ensino clínico;
- Estabelecer prioridades consoante o estudante;
- Preparar atividades e experimentação;
- Elaborar quadro de distribuição de estudantes e atividades a desenvolver por dias.

### B. Implementação

Reunião inicial com os seguintes tópicos:

- × Apresentação;
- × Discussão do cronograma;
- × Trabalhos e atividades a desenvolver;
- × Metodologias.

#### **Fase 1 – Integração e apropriação do contexto.**

Realiza-se a primeira reunião intercalar onde se monitoriza a evolução do estudante e o processo de integração. Prepara-se a segunda fase.

#### **Fase 2 – Experimentação e instrumentalização técnica.**

O estudante é envolvido na experiência de diferentes técnicas e estabelece comunicação terapêutica com o utente e familiares.

Realiza-se a segunda reunião intercalar para monitorizar as evoluções, verificar as dificuldades, rever o plano de ação e preparar a terceira fase.

**Fase 3** – Autonomia e tomada de decisão.

Sempre em presença do tutor, o estudante torna-se autónomo na tomada de decisão e explica a ação.

**Reunião final – Avaliação** das aprendizagens e monitorização do processo supervisivo.

C. Avaliação

Realização de um relatório final e trabalhar com a instituição para um plano de melhoria.



## 9- Modelos guias de integração

Como demonstrado nos capítulos anteriores muitos são os possíveis modelos teóricos de supervisão clínica compatíveis com o modelo preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Após análise de todos os instrumentos de trabalho emanados pela OE e análise de vários modelos teóricos sobre supervisão clínica, propõe-se os seguintes guias de orientação para a integração de supervisados/estudantes em ensino clínico em fases diferentes do seu desenvolvimento académico e profissional (curso de licenciatura e especialização numa área de enfermagem).

Nenhum modelo de supervisão é portador de uma fórmula eficaz no acompanhamento do supervisado/estudante, mas tem que ser adequado à atitude e estilo de supervisão a utilizar, às diferentes situações que possam surgir e ao supervisado/estudante ao longo de todo o ensino clínico.

Todo o processo de supervisão deverá ser desenvolvido numa perspetiva de colaboração mútua, e na valorização do supervisado/estudante e na relação desenvolvida entre ambos.

### 9.1- Modelo para estudantes do curso de licenciatura em enfermagem

#### 1. Planeamento do ensino clínico

- A instituição de ensino deverá definir os objetivos que os supervisados/estudantes deverão atingir;
- O supervisado/estudante deverá definir os objetivos que pretende atingir no ensino clínico correspondente;
- Realização de uma sessão de apresentação do campo de estágio (objetivos, missão e projetos existentes) e apresentação das infraestruturas físicas;
- Reunião com o enfermeiro supervisor/tutor para um conhecimento mútuo e definir as estratégias de desenvolvimento de competências e aprendizagem a desenvolver durante o ensino clínico.

## 2. Desenvolvimento do ensino clínico

- Durante a primeira semana o estudante deverá inteirar-se do espaço físico, localização do material, atividades desenvolvidas no campo de estágio e dinâmicas existentes na equipa multidisciplinar;
- No final da 1ª semana deverá realizar-se uma reunião entre supervisor/estudante e supervisor/tutor de forma a avaliar o processo de integração e prosseguir com o ensino clínico;
- Supervisor/estudante deverá ter oportunidade do maior número possível de experiências, experimentar, demonstrar o saber fazer e saber ser, sempre acompanhado pelo supervisor/tutor;
- Deverá colocar-se novos desafios ao supervisor/estudante de forma a este desenvolver novas competências;
- Incentivar o supervisor/estudante a refletir na ação e sobre a ação, de forma a realizar uma autoavaliação e promover a tomada de decisão;
- Deverá existir um feedback entre supervisor/tutor e supervisor/estudante;
- Realizar uma reunião intercalar a meio do ensino clínico ou sempre que necessário, para programar o restante ensino clínico ou mudar estratégias de forma a atingir o desenvolvimento de competências e aprendizagem, quando as anteriores não se tornaram eficazes;
- O supervisor/estudante deverá tornar-se o mais autónomo possível do supervisor/tutor, mas sempre com a supervisão deste.

## 3. Avaliação

- O supervisor/estudante deverá realizar a sua autoavaliação através de um relatório reflexivo.

Deverá ter-se em conta que os supervisados/estudantes são muitas vezes portadores de novos conhecimentos que deverão ser aproveitados para o desenvolvimento do supervisor/tutor e serviço através de uma partilha de conhecimentos teóricos e práticos.

## 9.2- Modelo para estudantes do curso de especialização numa determinada área da enfermagem

A supervisão clínica de supervisados/estudantes dos cursos de especialização numa área de enfermagem tem uma particularidade bastante importante. O supervisado/estudante é um profissional de enfermagem com competências autónomas para exercer cuidados de enfermagem gerais, mas é estudante em relação às competências da área de especialização que está a desenvolver, o que o torna dependente do supervisor nesta área de atuação.

É nesta fase de desenvolvimento de competências em que a relação de colaboração e valorização do supervisado se torna da máxima importância, para que todo o percurso do ensino clínico se desenvolva de forma positiva para ambas as partes com uma partilha de conhecimentos e interajuda.

### 1. Planeamento do ensino clínico

- A instituição de ensino deverá definir os objetivos que os supervisados/estudantes deverão atingir;
- O supervisado/estudantes deverá definir os objetivos que pretende atingir no ensino clínico correspondente através da realização de um projeto;
- Realização de uma sessão de apresentação do campo de estágio (objetivos, missão e projetos existentes) e apresentação das infraestruturas físicas;
- Reunião com o enfermeiro supervisor/tutor para um conhecimento mútuo e definir as estratégias de desenvolvimento de competências na área da especialização e aprendizagem a desenvolver durante o ensino clínico.

### 2. Desenvolvimento do ensino clínico

- Durante a primeira semana o supervisado/aluno deverá inteirar-se do espaço físico, localização do material, atividades desenvolvidas no campo de estágio e dinâmicas existentes na equipa multidisciplinar;

- No final da 1ª semana deverá realizar-se uma reunião entre supervisorado/estudante e supervisor/tutor de forma a avaliar o processo de integração e prosseguir com o ensino clínico;
- Supervisorado/estudante deverá ter a oportunidade do maior número de experiências possíveis, experimentar, demonstrar o saber fazer e saber ser, sempre acompanhado pelo supervisor/tutor;
- Deverá colocar-se novos desafios ao supervisorado/estudante de forma a este desenvolver novas competências;
- Incentivar o supervisorado/estudante a refletir na ação e sobre a ação, de forma a realizar uma autoavaliação e promover a tomada de decisão;
- Deverá existir um feedback entre supervisor/tutor e supervisorado/estudante;
- Realizar uma reunião intercalar a meio do ensino clínico ou sempre que necessário, para programar restante ensino clínico ou mudar estratégias de forma a atingir o desenvolvimento de competências e aprendizagem, quando as anteriores não se tornaram eficazes;
- O supervisorado/estudante deverá tornar-se o mais autónomo possível do supervisor/tutor, mas sempre com a supervisão deste.

### 3. Avaliação

- O supervisorado/estudante deverá realizar a sua autoavaliação através de um Portefólio.

Deverá ter-se em conta que os supervisorados/estudantes são muitas vezes portadores de novos conhecimentos que deverão ser aproveitados para o desenvolvimento do supervisor/tutor e serviço através de uma partilha de conhecimentos teóricos e práticos.

## 10 – Conclusão

Nas últimas décadas, muitas foram as alterações que surgiram na enfermagem quer a nível da prática quer a nível do ensino, de forma a dar resposta às necessidades emergentes da população onde estão inseridos.

Os enfermeiros foram-se adaptando a todas as mudanças da sociedade. O ensino de enfermagem passou a estar integrado no ensino superior, surgindo o grau de bacharelato logo seguido da implementação da licenciatura. O processo de Bolonha veio impulsionar o ensino com o surgimento de três ciclos ao nível do ensino superior e o desenvolvimento de competências cada vez mais autónomas por parte do estudante em relação à instituição de ensino.

Também a nível profissional, o enfermeiro teve que se adaptar às novas necessidades e exigências da população e desenvolver novas competências, especializar-se cada vez mais de forma a proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade e consequentemente com obtenção de ganhos em saúde.

A OE com o seu estatuto e código deontológico contribuiu para o desenvolvimento profissional e sua visibilidade perante a sociedade.

O MDP preconizado pela OE é mais um passo para o desenvolvimento da profissão e de todos os futuros enfermeiros e enfermeiros já existentes através do PTE.

O PTE deverá ser acompanhado de um modelo de supervisão clínica que facilite uma boa integração do supervisionado/estudante no ensino clínico e um desenvolvimento de competências, quer de cuidados gerais para a obtenção do título de enfermeiro, quer de cuidados especializados numa determinada área de enfermagem para a obtenção do grau de enfermeiro especialista.

O presente manual de integração de estudantes na UCCSH pretende facilitar a integração dos estudantes na UCCSH e promover o desenvolvimento de competências e conhecimentos quer dos supervisionados/estudantes quer dos supervisores/tutores numa perspetiva de colaboração e partilha de conhecimentos e experiências.

## 11 – Referências bibliográficas

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formação.
- Amendoeira, J. (Julho de 2004). Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada 1950-2003 Um contributo sócio histórico. Lisboa.
- Decreto - Lei nº 104/98, de 21 de Abril. (s.d.).
- Decreto - Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro. (s.d.).
- Decreto - Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. (s.d.).
- Decreto - Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro. (s.d.).
- Decreto - Lei nº 28/2008, de 28 de Fevereiro. (s.d.).
- Decreto - Lei nº 353/99, de 3 de Setembro. (s.d.).
- Decreto - Lei nº 74/2006, de 24 de Março. (s.d.).
- Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro. (s.d.).
- Despacho nº 10143/2009. (s.d.).
- Lei de Bases da Saúde - Lei nº 48/90, d. 2. (s.d.).
- Lucília Nunes, M. A. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Novo, S. (Julho de 2011). Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspetivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE. Bragança.
- OE. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2009). *Sistema de individualização das especialidades*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OE. (2010). *Caderno temático: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de certificação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OE. (2010). *Princípios enformadores de regulamentação do modelo de desenvolvimento profissional*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

OE. (Maio de 2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa.

OE. (2010). *Regulamento de idoneidade formativa dos contextos da prática clínica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sara Melo, R. C. (2011). *Regulamento interno da UCCSH*. Matosinhos. Sara

Melo, R. C. (2012). *Carta da Qualidade da UCCSH*. Matosinhos.

Sara Melo, R. c. (2012). *Manual de integração dos enfermeiros na UCC da Senhora da Hora*. Matosinhos.

Soares, S. (2008). *O Processo supervisivo. Projeto da tese de doutoramento*. Obtido de [supervisaoclinicaenfermagem.wdfiles.com](http://supervisaoclinicaenfermagem.wdfiles.com): [supervisaoclinicaenfermagem.wdfiles.com](http://supervisaoclinicaenfermagem.wdfiles.com)

Stuart, C. C. (2003). *Assessment, supervision and support in clinical practice: A guide for nurses, midwives and other health professionals*. London: Churchill Livingstone.

Stuart, C. C. (2010). *Department of midwifery & children's Nursing University of Sheffield*.

Obtido em Janeiro de 2013, de [WWW.midwives.org.hk](http://WWW.midwives.org.hk): [WWW.midwives.org.hk](http://WWW.midwives.org.hk)



# Anexos



## Anexo I

(Planta da UCCSH)

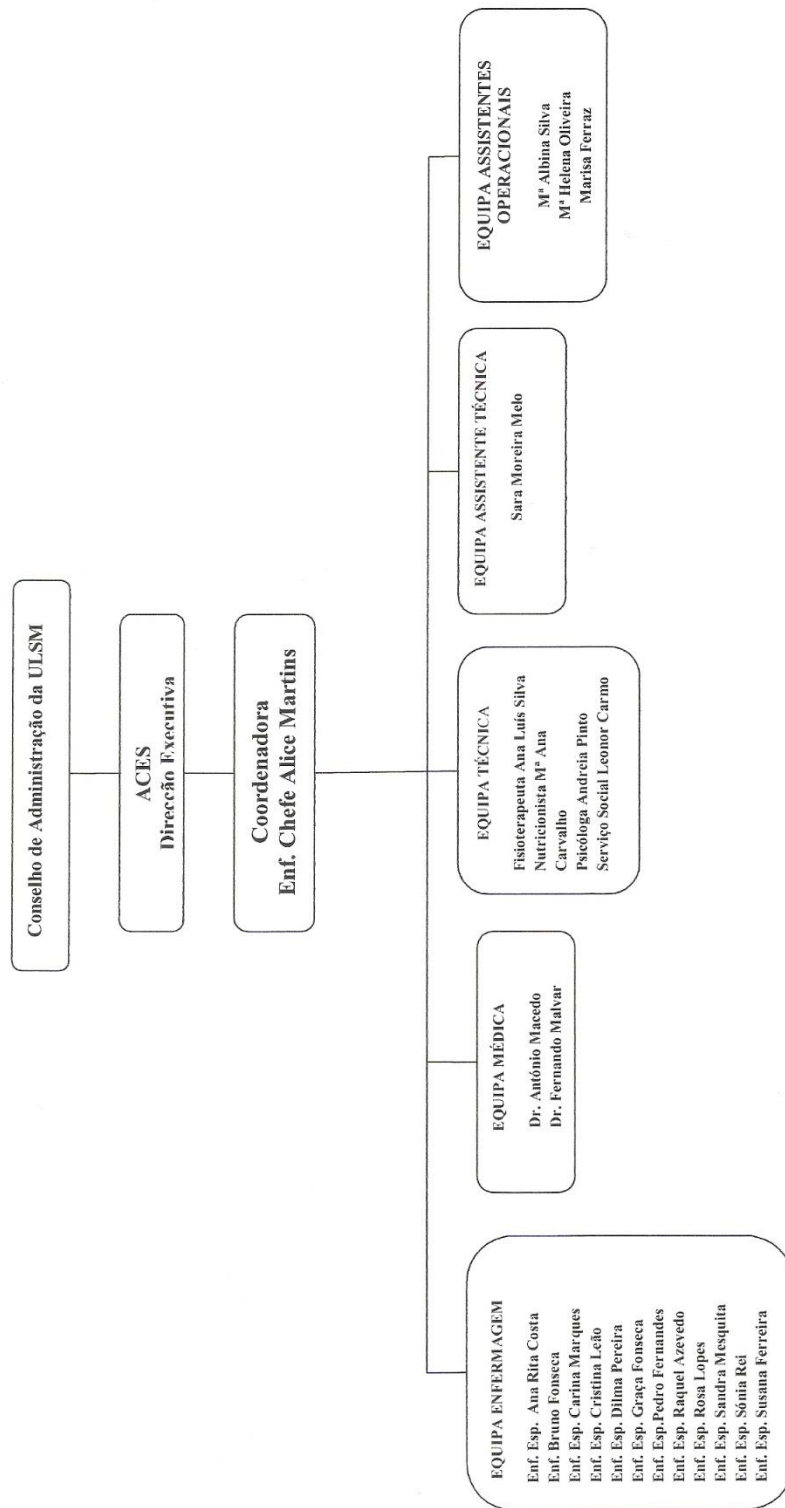




## **Anexos II**

(Organigrama da UCCSH)

# ORGANIGRAMA DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA SENHORA DA HORA



C

ALICE MARTINS  
Enf. Chefe  
N.º L. A. E. 03329

Aprovado por: *[Signature]*

Data: 17/09/2012

Versão: 1

Unidade Local de Saúde de Matosinhos

442\_00\_1511

O cuidar, os cuidadores, um percurso para a excelência