



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE CUIDADORES DE IDOSOS EM ACOLHIMENTO FAMILIAR

HEALTH LITERACY PROMOTION OF CAREGIVERS OF ELDERLY IN FOSTER CARE

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem – Especialização
Enfermagem Comunitária

Por

Maria Manuela Pinto Fernandes Leal

Lisboa, 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DE CUIDADORES DE IDOSOS EM ACOLHIMENTO FAMILIAR

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem – Especialização
Enfermagem Comunitária

Por

Maria Manuela Pinto Fernandes Leal

Sob a orientação de

Professora Doutora Amélia Maria Simões Figueiredo

Lisboa, 2017

"Ainda que os teus passos pareçam inúteis,
vai abrindo caminhos, como a água que desce
cantando da montanha. Outros te seguirão..."

(Saint-Exupéry)

AGRADECIMENTOS

Agradecer passa por reconhecer que nunca estamos sós, que existe sempre alguém que com um gesto nos mostra o caminho e nos faz ver o mundo com outros olhos.

Agradecer passa por admitir que sozinhos o percurso é mais difícil e moroso.

Tal como dizia Antoine de Saint-Exupéry “Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

A todos, o meu sincero Obrigado!

À Professora Doutora Amélia Maria Simões Figueiredo, os meus agradecimentos pela orientação, disponibilidade constante e pela sua dedicação em todas as etapas deste percurso.

À Enfermeira Vera Tiago, pelo seu apoio, motivação e confiança demonstrada em mim e neste projeto.

À Enfermeira Susana Santos, pelo acolhimento, disponibilidade e colaboração.

À Rita, companheira desta viagem, pela sua amizade, pela partilha e presença constante em todos os momentos.

Aos meus colegas pela disponibilidade, apoio e compreensão nos momentos mais difíceis.

Ao Luís, João e Beatriz pelo amor incondicional e pela paciência.

RESUMO

A concretização deste relatório encerra o percurso acadêmico do Curso de Mestrado em Enfermagem Natureza Profissional na área de Especialização Enfermagem Comunitária descrevendo de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas no Estágio Módulo I e II.

O envelhecimento faz parte da vida de cada pessoa a partir do momento que nasce, pelo que o cuidado ao idoso com dependência constitui um grande desafio para os prestadores de cuidados, principalmente para os cuidadores informais que sendo familiar, vizinho, amigo assumem a responsabilidade destes cuidados, remunerado ou não. O acolhimento familiar é uma resposta social que não tem sido uma opção prioritária em termos comunitários.

Ao melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde, e a sua capacidade de usá-la de forma eficaz, a literacia em saúde constitui uma condição chave na promoção e educação para saúde, na prevenção e gestão das doenças e empoderamento dos cidadãos e comunidade.

Pela pertinência da temática e face ao diagnóstico de situação local, foi desenvolvido pela mestranda o projeto - **Promoção da Literacia em Saúde dos Cuidadores de Idosos em Acolhimento Familiar**, inserindo-se no plano estratégico de intervenção comunitária emergente, indo de encontro à linha estratégica de intervenção do ACES AS. Este trabalho foi desenvolvido numa USF onde se encontravam sinalizadas 78 famílias de acolhimento de pessoas idosas dependentes, identificadas 15 e aceitaram participar no estudo 9 destas famílias. A amostra considerada de conveniência foi constituída por 11 cuidadores e 24 pessoas idosas com dependência. Como instrumentos recolha de dados foram aplicados um formulário e grelha de observação, Escala NVS e Índice de Barthel para fazer o Diagnóstico Situação.

Os cuidadores apresentam uma média de 59,6 anos, 89% são sexo feminino, 44,4% tem mais de 9 anos de escolaridade, e 33,3% tem o ensino primário incompleto ou sabe ler e escrever, 88,9% são remunerados pelos cuidados que prestam., 77,8% dos cuidadores apresenta uma elevada probabilidade de ter baixa literacia em saúde e 80% dos cuidadores com 12 anos escolaridade apresentam uma baixa literacia em saúde.

Das 54 pessoas idosas identificados foram observadas 24, predomina o sexo feminino, idade superior a 80 anos e a patologia demencial, 61% das pessoas eram total-

mente dependentes e 26% apresentavam dependência grave.

Em 73% dos cuidadores emergem necessidades educativas na área da comunicação, segurança, alimentação, eliminação e noções básicas de primeiros socorros. Assim, face às necessidades educativas identificadas a mestranda desenvolveu um Projeto de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores de idosos em acolhimento familiar – Curso Orientar para Cuidar.

Para a consecução deste trabalho foi fundamental para a mestranda conhecer as diversas atividades em que a UCC está envolvida ao nível do empoderamento comunitário. A importância dos parceiros ao nível da saúde, educação e social no trabalho em rede desenvolvido pela UCC, na abordagem multidisciplinar numa ação concertada entre todos.

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária não basta ter conhecimentos da prática diária, é fundamental adquirir o método e o rigor científico na aquisição de competências que lhe permita uma abordagem complexa de situações singulares, e assegurar a transferência do conhecimento especializado para a prática quotidiana.

Palavras-chave: Cuidador, Pessoa Idosa, Literacia em Saúde, Educação para a saúde, Empoderamento.

ABSTRACT

The completion of this report closes the academic career of the master's degree course in Nursing Professional Nature in Community Nursing Specialization describing a critical and reflective activities in stage I and Module II.

Aging is a part of life of each person from the moment I was born, so the elderly dependence constitutes a major challenge for the healthcare providers, primarily for caregivers informal being familiar, neighbor, friend take responsibility of these, paid or unpaid.

The foster care is a social response that has not been a priority in Community terms.

To improve people's access to health information, and your ability to use it effectively, health literacy is a key condition on health education and promotion, the prevention and management of disease and empowerment of citizens and community.

The relevance of the subject and in view of the local situation, the diagnosis was developed by master project -Promotion of health literacy of Caregivers of elderly in foster care, in the strategic plan of emerging Community intervention, going against the strategic line of intervention of the ACES This work was developed in a USF where were flagged 78 foster care of elderly dependents, identified 15 and agreed to participate in the study these 9 families. The sample considered of convenience was constituted by 11 caregivers and 24 older people with dependency. As instruments of data collection were applied in a form and grid of observation, Scale NVS and index of Barthel to make the diagnosis situation.

Caregivers have a average of 59.6 years, 89% are female, 44.4% has more than 9 years of schooling, and 33.3% have primary education incomplete or know how to read and write, 88.9% are remunerated for providing care.

The caregivers have an average of 59.6 years, 89% are female and 44.4% of caregivers has over 9 years of schooling, and 33.3% have a primary education is incomplete or know how to read and write, 88.9% are compensated for the care they provide, 77.8% of caregivers presents a high probability of having low health literacy and 80% of caregivers with 12 years schooling feature a low health literacy.

Of the 54 older people identified were observed 24, predominantly females, age over 80 years and the pathology dementia, 61% of people were totally dependent and 26%

had severe dependence.

In 73% of caregivers emerge necessities education in communication, security, food, elimination and basics of first aid. Thus, in the face of ace educational needs identified in the graduate student developed a project to support and health education directed to caregivers of elderly in foster care - Travel Guide to care.

To achieve this work was fundamental for the student to know the various activities in which the UCC is involved in terms of community empowerment. The importance of the partners in terms of health, education and social networking developed by UCC, in the multidisciplinary approach in a concerted action among all.

The specialist nurse in Nursing in the community is not enough to have knowledge of daily practice, it is essential to acquire the method and the scientific rigor in the acquisition of competences which will enable a complex approach to natural situations, and ensure the transfer of expertise to the daily practice.

Key words: Caregiver, Elderly Person, Health literacy, Education for health, Empowerment.

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- ACES AS – Agrupamento Centros de Saúde Almada Seixal
- ABVD – Atividades Básicas Vida Diária
- APA - American Psychological Association
- ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- CE – Comissão Europeia
- CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- DCNC - Doenças Crónicas não Comunicáveis
- DGS – Direção Geral Saúde
- DL – Decreto-Lei
- EIC – Equipa Intervenção Comunitária
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- GI – Gabinete Informação
- HLS-EU – (European Health Literacy Survey) Inquérito Europeu à Literacia em Saúde
- in2set - interface colaborativo para o desenvolvimento sustentável e inovação da Península de Setúbal
- IPSS – Instituições Particulares Solidariedade Social
- ISS - Instituto Segurança Social
- NVS - Newest Vital Sign
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OE - Ordem Enfermeiros
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- p. – página
- PEG – Gastrostomia Percutânea
- PNS – Plano Nacional Saúde

- REPE – Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados
- SNG – Sonda Naso-Gástrica
- SNS – Serviço Nacional Saúde
- UCC – Unidade Cuidados Comunidade
- UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
- URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- USF – Unidade Saúde Familiar
- USP – Unidade de Saúde Pública

SUMÁRIO

	página
INTRODUÇÃO	17
1 O FOCO DE INTERVENÇÃO	21
1.1 ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	21
1.2 CUIDADORES INFORMAIS E ACOLHIMENTO FAMILIAR	23
1.3 LITERACIA EM SAÚDE.....	27
1.4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E EMPODERAMENTO	31
2 DIAGNÓSTICO SITUAÇÃO.....	37
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL INTERVENÇÃO.....	37
2.2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS.....	40
2.3 POPULAÇÃO, POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	43
2.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	44
3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	53
4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS/INTERVENÇÕES	55
5 ELABORAÇÃO DE PROJETOS	57
5.1 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	57
5.2 PARCERIAS / ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	58
5.3 PROJETO EDUCATIVO – CURSO ORIENTAR PARA CUIDAR	59
6 QUESTÕES ÉTICAS	61
7 AVALIAÇÃO.....	63
8 ANÁLISE REFLEXIVA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	67
9 CONCLUSÃO	71
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
APÊNDICES.....	85

APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL ESTÁGIO MODULO I E II.....	87
APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO E COMUNICAÇÃO AO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO ACES AS	107
APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA UCC, PARA MENCIONAR O NOME DA INSTITUIÇÃO NO ATUAL PROJETO.....	111
APÊNDICE IV – PROJETOS UCC.....	113
APÊNDICE V - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO NVS AOS AUTORES DA VALIDAÇÃO E LABORATÓRIO PFIZER	115
APÊNDICE VI – FORMULÁRIO E GRELHA DE OBSERVAÇÃO.....	119
APÊNDICE VII - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	127
APÊNDICE VIII - APRESENTAÇÃO RESULTADOS - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES	131
APÊNDICE IX - APRESENTAÇÃO RESULTADOS – NÍVEL DE LITERACIA EM SAÚDE CUIDADORES	135
APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO RESULTADOS – A CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS IDOSOS	139
APÊNDICE XI – POSTER E FOLHETO DIVULGAÇÃO DO PROJETO EDUCATIVO – ORIENTAR PARA CUIDAR.....	143
APÊNDICE XII – APRESENTAÇÃO DO PROJETO À COMUNIDADE	149
APÊNDICE XIII – PROJETO EDUCATIVO – ORIENTAR PARA CUIDAR.....	165
ANEXOS	191
ANEXO I – ESCALA NEWEST VITAL SIGN.....	193
ANEXO II - ÍNDICE DE BARTHEL.....	197

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde de Tannahill	32
Figura 2- Delimitação Concelho	38

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Necessidades Educativas Identificadas	49
Quadro 2 - Recursos Humanos e Materiais	57
Quadro 3 - Indicadores Avaliação Propostos	65

INTRODUÇÃO

A concretização deste Relatório ultima o percurso académico do Curso de Mestrado em Enfermagem Natureza Profissional na área de Especialização Enfermagem Comunitária. Neste a mestranda descreve de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas no Estágio Módulo I (de 26/04/2016 a 18/06/2016) que permitiram fazer o diagnóstico de situação e de necessidades de saúde, e no Estágio Módulo II (de 01/09/2016 a 26/10/2016) através da implementação de um projeto de intervenção comunitária dando resposta às prioridades que emergiram no âmbito da Literacia em Saúde dos Cuidadores de idosos em acolhimento familiar à luz de um enquadramento teórico e metodológico devidamente sustentado pela Revisão de Literatura sob o estado da arte da temática. Por sua vez sendo o Planeamento em Saúde um instrumento metodológico da saúde pública e comunitária, a mestranda organizou este relatório, de acordo com as diversas etapas e as atividades realizadas no cronograma de atividades (Imperator & Giraldes, 1982).

Desde sempre que o desempenho profissional da mestranda tem sido norteado por competências científicas, técnicas e humana, capacitando-a para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade (REPE, 2015). Assim, como futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária o processo de aquisição de competências passa por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada cultura e área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados, desenvolvendo uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários tendo em consideração o contexto social, económico e político.

A comunidade é por excelência o local de eleição para a intervenção comunitária. De acordo com o *Plano de Ação* (2008) a UCC detêm um papel preponderante prestando,

“... cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, e situação de maior risco ou dependência física e funcional, ... na educação para a saúde, na integração e redes de apoio à família e na implementação de unidades moveis de intervenção...” (p.5).

Ou seja, o enfermeiro especialista em saúde comunitária tem uma ação determinante,

“... no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas...” (Ordem Enfermeiros [OE], 2011).

Com o avançar da idade a pessoa vai sofrendo alterações no seu quotidiano, acompanhando-se do declínio das suas capacidades e funcionalidades, o que a torna mais dependente de uma rede de cuidados formais e informais, para dar resposta às suas necessidades. Assim, o cuidado ao idoso dependente é um grande desafio para o prestador de cuidados informais que sendo familiar, amigo/a, e/ou vizinho/a assume a responsabilidade do mesmo (Sequeira, 2010; Gomes & Mata, 2012).

Então é fundamental promover o envelhecimento ativo, o autocuidado em que os cuidadores informais serão uma aposta, manter os idosos no ambiente residencial, apoiados por cuidadores informais devidamente capacitados e dotados de conhecimentos básicos que lhes permita uma tomada de decisão autónoma perante uma determinada situação. Afinal, o importante é que a pessoa faça uso da informação que tem para realizar as opções diárias que permitem ter uma vida mais saudável. Então, significa que o nível de literacia em saúde condiciona a tomada da decisão diária no autocuidado.

É nesta linha de ação que Vassal salienta a opinião de Adalberto Campos Fernandes em que, o Programa Nacional para a Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados pretende apoiar e capacitar as pessoas e habilitá-las a tomar decisões sobre a sua saúde e a forma como utilizar os serviços de saúde (Vassal, 2016), “... preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, ... e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento...” (Despacho n.º 3618-A, 2016).

Destaca-se assim a importância da proximidade entre profissionais de saúde e os cuidadores no sentido de também promover a literacia em saúde de quem cuida informalmente de alguém, pois um nível inadequado de literacia em saúde tem um impacto negativo ao nível da saúde individual e coletiva.

O desenvolvimento de estratégias por parte da comunidade no sentido de preservar a autonomia e dignidade da pessoa, na qual a manutenção no domicílio deve ser privilegiada, em que as famílias/cuidadores informais são os responsáveis pela prestação desses cuidados, devidamente capacitados para tal, sendo fundamental a supervisão dos profissionais de saúde, quando na maior parte das vezes o cuidador não possui qualquer formação e preparação para essa prestação de cuidados (Tiago, 2012).

A Literacia é um direito humano sendo considerada uma ferramenta de capacitação pessoal, um meio para o desenvolvimento social e humano. Oportunidades educacionais dependem da literacia, sendo considerada essencial para a erradicação da pobreza, a melhoria do status sócio- econômico das comunidades, reduzindo as taxas de morbidade e mortalidade, o aumento demográfico, proporcionando a igualdade de género e promovendo o desenvolvimento sustentável a nível local, regional e nacional (UNESCO, 2009).

Por sua vez a literacia em saúde implica que a pessoa detenha conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e as condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e assumir compromissos. Ao melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde, e a sua capacidade de usá-la de forma eficaz, a literacia em saúde é fundamental para a capacitação (UNESCO, 2009).

A literacia em saúde é uma prática que se desenvolve ao longo do ciclo de vida podendo ser considerado como um meio per si e não um fim. Ou seja, é fundamental que no discurso da promoção da saúde e prevenção da doença em todos os níveis, internacional, nacional e, em particular, ao nível local, estejam incluídas estratégias de promoção da literacia em saúde, devendo ser encaradas como investimentos sólidos e sustentáveis (Escoval, 2014).

A problemática das necessidades educativas dos cuidadores informais vem sendo abordada desde 2014 em algumas USF do Concelho do Seixal, como uma necessidade de intervenção emergente, documentado no relatório de atividades de 2015 destas, e verbalmente expressa pela Responsável da Equipa de Enfermagem e por todos os enfermeiros da UCC do ACES AS.

Perante esta realidade, pela pertinência da temática e face ao diagnóstico de situação local, o desenvolvimento pela mestrandia do projeto - **Promoção da Literacia em Saúde dos Cuidadores de Idosos em Acolhimento Familiar**, tem como objetivo Promover a Literacia em Saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial – famílias de acolhimento de idosos, pois este insere-se no plano estratégico de intervenção comunitária emergente, e que vai de encontro à linha estratégica de intervenção do ACES AS e que por sua vez se enquadra nas atuais orientações na área da saúde da DGS e no contexto político atual, contribuindo desta forma para a melhoria no nível literacia em saúde dos cuidadores informais do Concelho (Apêndice I).

No primeiro capítulo procede-se ao enquadramento teórico do foco de intervenção. No segundo capítulo é apresentado o diagnóstico de situação, onde consta a contextualização do local de intervenção, a seleção da população alvo e amostra, os instrumentos de colheita de dados utilizados, a apresentação e análise dos resultados, bem como as necessidades de saúde identificadas. No terceiro capítulo será apresentada a definição de prioridades, seguindo-se a fixação de objetivos operacionais, a seleção de estratégias e a operacionalização seguida da avaliação do projeto de intervenção, limitações do projeto e questões éticas tidas em consideração. No capítulo dez são efetuadas algumas recomendações para a prática, seguindo-se uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem, terminando com as conclusões. Esta apresentação escrita foi norteadada pelas normas da American Psychological Association (APA).

1 O FOCO DE INTERVENÇÃO

O envelhecimento faz parte da vida de cada pessoa a partir do momento que nasce. Todo o ser humano tem a necessidade de ser cuidado e a capacidade de cuidar do outro, preferencialmente no seu local de vida, devidamente capacitado para tomar decisões de forma adequada no âmbito da sua saúde.

1.1 ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

O envelhecimento é um processo natural, contínuo, dinâmico e progressivo que envolve alterações da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas, tem início mesmo antes do nascimento, desenvolve-se ao longo da vida (Direção Geral da saúde [DGS], 2004). Caracteriza-se pela diminuição da capacidade de adaptação do organismo a estas alterações e que podem agravar-se quando associado a uma doença. Hoje em dia, constitui um dos maiores desafios da humanidade, sendo um dos fenómenos mais importantes da atualidade, uma vez que as suas consequências são múltiplas, variando entre pessoas e comunidades (Ferreira, 2009).

Por sua vez, o envelhecimento é acompanhado de uma deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo, com declínio das capacidades sensoriais e motoras interfere, com a vida diária da pessoa e com a capacidade deste em lidar eficazmente com as adversidades do meio em que se insere. Contudo o processo de envelhecimento aumenta a prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, tanto a nível físico como psíquico, com consequente perda de autonomia. Neste sentido, atividades de vida diária como, a comunicação, a higiene, a alimentação e a mobilização podem ficar comprometidas, necessitando de intervenção atempada e dirigida (DGS, 2004).

O envelhecimento da população é uma realidade à escala mundial, apesar de se desenvolver diferencialmente nos diversos continentes. Em Portugal, as alterações demográficas tiveram lugar nas últimas três décadas observando-se um envelhecimento marcado da população, e que foram condicionadas por uma rápida diminuição da taxa de natalidade que se observou desde os anos 80, nesta altura nasciam 16,02 crianças por cada

1000 residentes, tendo esse valor diminuído para 8,3 crianças em 2015. Nos anos 80 Portugal tinha a população menos envelhecida que a média Europeia. Atualmente é tido como um dos países mais envelhecidos, o Índice de envelhecimento triplicou, em 1980 existiam 43,8 idosos por cada 100 jovens, em 2015 esse valor aumentou para 143,1. A esperança de vida aos 65 anos aumentou de 14,7 anos em 1980 para 19,3 anos em 2015. Em 2015 tinha mais de 65 anos 20.9 % da população portuguesa correspondendo a 2162996 pessoas (PORDATA, 2016).

Pode falar-se de dependência quando a pessoa por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de ajuda para realizar as atividades básicas de vida diária. Uma pessoa idosa dependente será aquela que necessita de ajuda de outra pessoa para realizar determinadas atividades de vida diária, existindo diversos fatores sejam físicos, os psicológicos e os provenientes do contexto social que podem determinar essa dependência. Nos fatores físicos salienta-se a fragilidade física, os problemas de mobilidade e as doenças crónicas e degenerativas. Nos fatores psicológicos, pode fazer-se referência aos transtornos cognitivos e às alterações de personalidade. O contexto social está relacionado com o ambiente físico, com as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso, podendo promover a autonomia ou contrariamente a dependência (Carvalho, et al., 2014). Assim, é importante conhecer o grau de dependência dos idosos dependentes através da avaliação da capacidade funcional para determinar os cuidados necessários através da aplicação de diversos instrumentos como o Índice de Katz (avalia a capacidade para executar as seis atividades básicas da vida diária, consideradas tarefas de autocuidado), o Índice de Barthel (avalia dez atividades instrumentais de vida diária, mede a capacidade que o indivíduo tem para ter uma vida independente na comunidade) e o Índice de Lawton (avalia as atividades básicas da vida diária e, as atividades instrumentais de vida diária, e focaliza-se em oito atividades). Desta forma é necessário que o idoso consiga viver com as transformações que vão ocorrendo ao longo da sua vida, a nível físico, psicossocial. A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional da pessoa que envelhece pelo maior tempo possível, significa a valorização da autonomia, autodeterminação e preservação da independência física e mental desta pessoa.

Nas últimas décadas o desenvolvimento das tecnologias e das ciências da saúde contribuíram para o aumento da longevidade, no entanto:

“...a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de

incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção...” (DGS, 2004, p. 1).

As pessoas idosas devido à sua longevidade, estão mais sujeitas à ocorrência de situações incapacitantes ou de dependência relacionadas como o envelhecimento biológico associadas a problemas decorrentes de doenças crónicas que possam ter emergido ao longo da vida.

O envelhecimento da população tem sido um foco de destaque da Enfermagem Comunitária, apesar da maioria das pessoas idosas não estar doente nem dependente, a verdade é que com o avançar da idade a autonomia e independência pode ficar condicionada, fazendo com que algumas necessitem de ajuda para a realização das suas atividades de vida diárias.

Assim o cuidado ao idoso com dependência constitui um grande desafio para os prestadores de cuidados, principalmente para os cuidadores informais que sendo familiar, vizinho, amigo assumem a responsabilidade destes cuidados.

1.2 CUIDADORES INFORMAIS E ACOLHIMENTO FAMILIAR

Com o envelhecimento demográfico que se verifica no mundo e em particular em Portugal, apesar da maioria das pessoas não ser doente nem dependente, é inevitável que as transformações bio-psico-sociais pelas quais passam, contribuam para aumento da predisposição às doenças crónico-degenerativas e para o aparecimento de alguns défices funcionais. Desta forma, ao aumento de pessoas em situação de dependência e com limitações à sua autonomia corresponde uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência que são prestados pelas redes de apoio formal e informal (Leuschner, 2005; Monahan, 2011; Mendes, Gemitto, Cruz, & Lopes, 2013).

O cuidador é uma pessoa que se caracteriza pelo envolvimento com o outro, vivendo uma contínua experiência de aprendizagem e descoberta das potencialidades mútuas. Assim, o desempenho do papel de cuidar depende da frequência e necessidade do cuidado, que se traduz no estado de saúde, cognitivo e funcional do idoso. Para Sequeira (2010) o ambiente onde o idoso dependente está inserido, ou seja, as ajudas existentes, condições habitacionais e meios económicos são indicadores que influenciam o desempenho do cuidado. O cuidador é aquele:

“membro, ou não, da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício das suas actividades diárias tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas...” (Gordilho, et al., 2000).

Nas sociedades ocidentais habitualmente a família é reconhecida como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros, assumindo o principal papel de cuidador informal destas pessoas nesta fase da vida (Monaham, 2011; Mendes et al, 2013). Os internamentos hospitalares tendem a ser cada vez mais curtos, e a pessoa tem alta logo que a sua situação clínica o permita. De fato todo o ser humano tem a necessidade de ser cuidado e a capacidade de cuidar do outro, pelo que qualquer pessoa pode vir a desempenhar funções de cuidador informal, podendo ser cuidadoras dos seus pais e cônjuges, familiares, amigos e até vizinhos. Como refere Gomes

“a maior parte dos idosos manifesta o desejo de ser cuidado em casa e as organizações de saúde referem que se deve dar especial atenção aos cuidados domiciliários, uma vez que esse é o ambiente mais propício para cuidar dos idosos” (Gomes, 2009, p. 241).

Porém, com as alterações estruturais da família evidenciadas nos últimos anos, com diminuição dos agregados familiares, o aumento da idade ativa laboral, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos à pessoa idosa ou em situação de dependência independentemente da idade de quem cuida ou de quem é cuidado, e que podem acarretar alterações no equilíbrio da família. A maior parte delas tem necessidade de um apoio complementar para estes cuidados, que por vezes não se encontra disponível (Pimenta, Costa, & Gonçalves, 2009). Esta realidade tem feito emergir cada vez mais familiares cuidadores no domicílio. Em Portugal estima-se que 6% da população desempenham funções de cuidador informal, sendo que a média europeia é de 2.5% (Commission European [CE], 2007).

No Relatório de Saúde da OCDE os cuidadores familiares são identificados como as pessoas que prestam cuidados diariamente ou semanalmente a familiares, amigos ou pessoas da sua rede social, vivendo ou não no seu domicílio e que necessitam de ajuda nas actividades de vida diária (OECD, 2013).

A família surge como o recurso de saúde e de apoio imediato para grande parte destas pessoas, “atribuímos aos cuidados informais uma grande importância. Cada vez mais, com o envelhecimento da população, é preciso criar condições para que os idosos e

as pessoas com dependência fiquem em sua casa e possam ser apoiadas, naturalmente com o apoio dos serviços de saúde e do SNS” (Vassal, 2016).

Muitos países têm implementado políticas de apoio aos cuidadores informais e famílias (OECD, 2013). Em 2006 tem início uma profunda reforma no sistema de cuidados de saúde Português com a criação da RNCCI que irá proporcionar a integração dos cuidados de saúde e sociais. Esta é, “... formada por um conjunto de instituições públicas e privadas...”, tendo por objetivo “a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”, os cuidados encontram-se “centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra”, incentivando a continuidade entre os cuidados de base comunitária, os cuidados hospitalares para doentes agudos e o apoio social (DL n.º 101, 2006). Nessa altura pouco se sabia sobre a concreta dimensão do problema e quantas pessoas seriam dependentes no autocuidado. Segundo o Relatório Primavera 2015, a dimensão do problema ainda não se encontrava definida, no entanto nos últimos anos, vários trabalhos de investigação decorridas no âmbito de programas de doutoramento debruçaram-se sobre esta temática delimitando os seus estudos aos concelhos de Lisboa, Porto, Matosinhos, Maia e Paços de Ferreira. Apesar de nada garantir que estes concelhos sejam representativos de todo o país, dado o tamanho das amostras aleatórias utilizadas – que os torna representativos dos concelhos a que se reportam –, da utilização destes dados estima-se que nos 3 869 188 agregados familiares de acordo com os CENSOS 2011, 110 355 pessoas poderão ser dependentes no autocuidado nos domicílios, e das quais, 48 454 serão pessoas dependentes “acamadas” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2015).

No entanto apesar do esforço que as entidades governamentais têm desenvolvido nos últimos anos para dar resposta às necessidades de saúde dos utentes no âmbito domiciliário, elas ainda são insuficientes, no acesso à RNCCI foram identificados problemas na oferta de cuidados com assimetrias regionais preocupantes (OPSS, 2016).

Por sua vez, os internamentos hospitalares mais curtos aumentam o envolvimento e a responsabilidade dos familiares no apoio às pessoas idosas ou com dependência. Os cuidadores informais acabam por prestar cuidados mais complexos que vão mais além do que se esperaria, tais como a avaliação e gestão de sintomas, e administração de medicamentos. Dá-se novamente aos cuidadores informais a responsabilidade dos cuidados

como complemento da ação do Estado, permitindo às pessoas em situação de dependência continuarem a viver no seu ambiente, sendo “o conhecido” para muitas delas o mais importante de tudo o que possuem. Contudo, responsabilizam-se as famílias sem se avaliar se estas reúnem condições sociais, económicas, psicológicas e os seus elementos têm condições físicas para assumirem essa responsabilidade, de forma a assegurar o bem-estar da pessoa, preservando a sua dignidade e até mesmo o equilíbrio familiar.

O acolhimento familiar é uma resposta social que não tem sido uma opção prioritária em termos comunitários. Os cuidadores são famílias consideradas idóneas que integram no seu domicílio, temporária ou permanentemente, pessoas idosas, (pessoas com 60 e mais anos), ou pessoas adultas com deficiência (a partir dos 18 anos, inclusive) em situações de ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio, e/ou que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sociofamiliar. Estas famílias de acolhimento encontram-se reguladas desde 1991, sem que desde então tivesse havido nenhuma alteração regulamentar (DL nº391, 2016). A seleção destas é efetuada após candidatura por uma instituição de enquadramento que se responsabiliza por todo o apoio técnico, recebendo uma retribuição mensal por cada pessoa que acolhe. (Instituto Segurança Social [ISS], 2014). O complexo procedimento de candidatura e a nossa experiência profissional sugerem que muitas famílias de acolhimento de pessoas idosas e adultos com dependência acabam por funcionar na clandestinidade.

Atendendo ao contexto da sociedade atual, com as consequentes mudanças nas dinâmicas familiares, as famílias deixaram de ter capacidade para cuidar dos seus idosos (Souza & Rua, 2013). Entre a prestação de cuidados formais e informais, existem situações em que a informalidade se envolve na formalidade. Na comunidade muitas famílias contratam funcionários que para além das tarefas domésticas têm a responsabilidade de prestar cuidados a idosos, sendo remuneradas para o efeito. Geralmente são pessoas com baixa escolaridade, muitas vezes imigrantes, e que não conseguem trabalho mercado regular ou desejam ganhar mais do que o mercado lhes oferece, e não têm treino em prestação de cuidados. Não se enquadrando na esfera dos cuidadores informais porque são remunerados, também não são profissionais do cuidado uma vez que não regulados como os enfermeiros enquanto profissionais de saúde. Assim, sem entrar na esfera da legitimidade e da legalidade, eles respondem a uma necessidade social que é uma realidade (Mendes, et al, 2013).

Por sua vez, quando o cuidador não tem conhecimentos adequados, não tem disponibilidade ou está sobrecarregado com outras tarefas que tem de executar diariamente, pode implicar que os cuidados prestados no domicílio, possam ser inadequados ou insuficientes, se não houver um suporte formal. Assim, é fundamental promover um envelhecimento ativo, o autocuidado e os cuidadores serão enfoque da enfermagem comunitária, manter os idosos no ambiente residencial, apoiados por cuidadores informais devidamente capacitados e dotados de conhecimentos básicos que lhes permita uma tomada de decisão autónoma perante uma determinada situação. Afinal, o importante é que a pessoa faça uso da informação que tem para realizar as opções diárias que permitem ter uma vida mais saudável. Significa que o nível de literacia em saúde condiciona a tomada da decisão diária no autocuidado.

Destaca-se assim a importância da proximidade entre profissionais de saúde e os cuidadores no sentido de promover a literacia em saúde de quem cuida informalmente de alguém, pois um nível inadequado de literacia em saúde tem um impacto negativo ao nível da saúde individual e coletiva (DGS, Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, 2015).

1.3 LITERACIA EM SAÚDE

A Literacia é um direito humano sendo considerada uma ferramenta de capacitação pessoal, um meio para o desenvolvimento social e humano. Oportunidades educacionais dependem da literacia, considerada essencial para a erradicação da pobreza, a melhoria do status socioeconómico das comunidades, reduzindo as taxas de morbilidade e mortalidade, o aumento demográfico, proporcionando a igualdade de género e promovendo o desenvolvimento sustentável a nível local, regional e nacional (UNESCO, 2009).

Como é que alguém poderia pensar que literacia em saúde, definida como a capacidade de ler, compreender e agir sobre informações de saúde, seria algo que poderia estar garantido numa sociedade tecnologicamente avançada em pleno século XXI. Pelo contrário, falar-se em analfabetismo saúde ou, mais discretamente baixa literacia em saúde. As pessoas com baixa literacia em saúde estão em maior risco de não compreenderem as recomendações dos tratamentos, podem ter problemas em compreender a prescrição de medicamentos, e assim ter níveis de saúde mais baixos (Barrett, Puryear, & Westpheling, 2008). Quer isto dizer que esta é uma problemática que volta a emergir em pleno século

XXI como uma realidade mundial, fundamental para o desenvolvimento das pessoas e comunidades, tendo capacidade para gerir doenças crónicas, utilizando os serviços de saúde de forma adequada, em que os ganhos em saúde serão o resultado de uma sociedade letrada em saúde.

Atualmente existem diversos instrumentos que permitem identificar os níveis de literacia em saúde, dos quais salienta-se:

- *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)* - teste de reconhecimento de palavras que pode ser completado em dois minutos e que avalia somente as capacidades de leitura básicas.
- *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)* - Avalia a literacia funcional usando materiais de cuidados de saúde, incluindo informação para o paciente, receitas, impressos para registos e instruções para testes de diagnóstico. Avalia a capacidade de leitura, numeracia e compreensão de leitura, com um total de sessenta e sete itens.
- *Newest Vital Sign (NVS)* – Avalia a capacidade de leitura básica, numeracia e compreensão da leitura, tem a vantagem de necessitar apenas de três minutos para completar sendo de fácil aplicação.

Então todas as pessoas devem ter conhecimentos, habilidades pessoais e confiança que lhe permita tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e as condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e assumir compromissos. Ao melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde, e a sua capacidade de usá-la de forma eficaz, a literacia em saúde é fundamental para a capacitação (UNESCO, 2009).

No passado, o acesso à informação sobre a saúde estava reservado aos profissionais de saúde. Atualmente, existe uma grande diversidade de informações sobre saúde, que deve ser divulgada de forma adequada e adaptada à comunidade, de forma a assegurar que essa informação é compreendida e interpretada adequadamente, contribuindo para a tomada de decisão adequada, o cumprimento de planos terapêuticos medicamentosos, e evitar a recusa de intervenções recomendada (Mark, 2009).

Atualmente constitui um recurso fundamental para melhorar os níveis de saúde da população, assim através da “... promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, ... que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (DGS, 2015).

As pessoas desenvolvem comportamentos efetivamente promotores da sua saúde uma vez que compreendem com mais facilidade as informações prestadas pelos profissionais relativamente a cuidados preventivos e opções de tratamento acarretando implicações ao nível do desenvolvimento social, económico e da saúde (Serrão, 2014).

Abel, Hofmann, Ackermann, Bucher, e Sakarya (2014) salientam que em saúde comunitária a literacia em saúde pode ser definida como o conhecimento e as habilidades que a pessoa necessita para prevenir a doença e promover a saúde na vida diária . Em contextos clínicos, literacia em saúde pode referir-se ao conjunto de recursos pessoais que uma pessoa precisa para se mobilizar com sucesso nos serviços de saúde (Abel, Hofmann, Ackermann, Bucher, & Sakarya, 2014).

A literacia em saúde é uma prática que se desenvolve ao longo do ciclo de vida, adequando-se ao contexto, podendo ser considerado como um meio per si e não um fim.

Em abril de 2015 a Fundação Calouste Gulbenkian organizou a Conferência **International Health Literacy in Portugal**, de onde se destaca a conclusão de que a literacia em saúde é um fator relevante para a equidade e que está diretamente relacionada com a saúde, sendo ainda referido que aproximadamente 50% da população possui níveis inadequados de literacia (Assunção, 2015; Espanha, Ávila, & Mendes, 2015).

O Projeto “Saúde que Conta”, é uma iniciativa de investigação no âmbito da Capacitação do Cidadão em Saúde, coordenado por Ana Escoval, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e revelou que, nos últimos 15 anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e nos gastos em saúde. Através de uma rede de colaboração académica constituída por 12 escolas de saúde de todo o país, ENSP-UNL integrou o projeto europeu Health Literacy Survey – EU, tendo sido aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde em Portugal (HLS-EU-PT). Este questionário integra três domínios da saúde – Cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e quatro níveis de processamento da informação considerados essenciais ao processamento da tomada de decisão, ao nível do acesso, compreensão, avaliação e utilização. Este estudo revelou que dos inquiridos (1004 pessoas representativas de todas as regiões de Portugal) 61.4 % apresentavam níveis de literacia da saúde em geral inadequados e problemáticos. Ou seja, é fundamental que no discurso da promoção da saúde e prevenção da doença em todos os níveis, internacional, nacional e, em particular, ao nível local, estejam incluídas estratégias de promoção da literacia em saúde, devendo ser encaradas como investimentos sólidos e sustentáveis. (Escoval, 2014).

Então é fundamental promover um envelhecimento ativo, o autocuidado e os cuidadores informais será outra aposta, manter os idosos no ambiente residencial, apoiados por cuidadores informais devidamente capacitados e dotados de conhecimentos básicos que lhes permita uma tomada de decisão autónoma perante uma determinada situação.

Afinal, o importante é que a pessoa faça uso da informação que tem para realizar as opções diárias que permitem ter uma vida mais saudável. Significa que o nível de literacia em saúde condiciona a tomada da decisão diária no autocuidado.

Assim, Vassal (2016) sob as palavras de Adalberto Campos Fernandes refere que, o Programa Nacional para a Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados pretende apoiar e capacitar as pessoas e habilitá-las a tomar decisões sobre a sua saúde e a forma como utilizar os serviços de saúde, “... preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento...” (Despacho n.º 3618-A, 2016).

Destaca-se assim a importância da proximidade entre profissionais de saúde e os cuidadores no sentido de também promover a literacia em saúde de quem cuida de alguém, pois um nível inadequado de literacia em saúde tem um impacto negativo ao nível da saúde individual e coletiva.

De um modo geral, considera-se a literacia em saúde um determinante da saúde das pessoas e comunidades. A reduzida literacia em saúde dos cidadãos implica o aumento custos à sociedade, aos sistemas de saúde, às pessoas e às famílias. Assim, planear iniciativas promotoras da literacia em saúde para grupos-alvo de maior vulnerabilidade contribui para reduzir os diferenciais sociais e em saúde, e assim promover a equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde (Luís, 2010).

Os enfermeiros devem integrar no processo de capacitação dos cidadãos as competências em saúde, em particular sobre acessibilidade aos recursos e serviços de saúde e à compreensão da informação de saúde (WHO, 2013).

Então a literacia em saúde constitui um conceito chave na promoção e educação para saúde, na prevenção e gestão das doenças e empoderamento dos cidadãos e comunidade.

1.4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E EMPODERAMENTO

A primeira grande conferência internacional sobre Promoção da Saúde decorreu em novembro de 1986 com a redação da carta de Ottawa. Esta conferência convocou a OMS e os demais organismos internacionais a advogar em favor da saúde em todos os contextos, uma vez que a promoção da saúde não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, todos os setores são responsáveis pela construção de um bem-estar global (Carta de Ottawa, 1986).

A promoção da saúde inclui a educação, as medidas económicas, ambientais, sociais e legislativas destinadas a melhorar a saúde das populações. De acordo com a Carta de Ottawa,

“...as ações de promoção da saúde objetivam, reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente o seu potencial de saúde (...) as pessoas não podem realizar completamente o seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde.” (Carta de Ottawa, 1986, p. 2).

Por sua vez a Comissão Europeia através da Estratégia Health for Growth Programme 2014-2020 enfatiza a importância do desenvolvimento por parte de cada país de políticas destinadas a melhorar a saúde dos cidadãos e reduzir as desigualdades em saúde, através da promoção da saúde, do incentivo à inovação, do reforço da sustentabilidade dos sistemas de saúde e da proteção dos cidadãos (DGS, 2015). A saúde não pode ficar entregue exclusivamente aos profissionais do sector ou aos políticos, nem pode ser encarada simplesmente como uma área de negócio ou um serviço do Estado. Todos temos um papel a desempenhar (Crisp, et al., 2016).

Ou seja, cabe aos promotores de saúde advogar, capacitar e mediar (Laverack, 2008). Esta pode ser considerada como um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde. Assim, é capacitando os indivíduos que se consegue que sejam pró-ativos na mudança de estilos de vida, fornecendo um reforço de poder, o empoderamento é que se irá conseguir ganhos efetivos em saúde.

Por sua vez, na perspetiva do empoderamento, a educação para a saúde é tida como relação de parceria com o enfermeiro, com vista à construção e reconstrução do conhecimento por parte deste, sobre a doença e suas consequências, de forma que as pessoas possam tomar decisões informadas acerca do cuidado de si próprias.

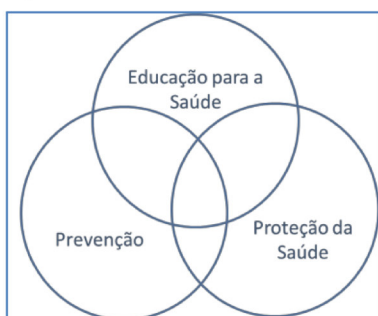
Assim, o empoderamento, é um processo educativo, relacional e progressista, que valoriza a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transformando a pessoa num ser crítico e agente de mudança da sua própria realidade, constituindo-se como cidadão e protagonista de sua vida.

O empoderamento significa então, um aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais, nas relações interpessoais e institucionais, capacita a pessoa a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar.

Então, pode ser considerado como um “processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, tendo em vista a melhoria das suas vidas e comunidades (...)” (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005, pàg.86). O processo é em si mesmo educativo e capacitante, dando consciência social às pessoas através de competências de intervenção, ou seja, capacidade de tomar decisões, aceder à informação, ter oportunidade de fazer escolhas coerentes e controlo sobre o percurso de vida. Este conceito pode também ser visto como um conceito relacional, uma vez que consiste em dar poder e autoridade a uma pessoa, e pode igualmente ser visto como um conceito motivacional, no sentido em que procura capacitar a pessoa para a sua autonomia. (Loureiro & Miranda, 2010)

Loureiro faz referência ao modelo de Promoção de Saúde de Tannahill (Figura 1), como sendo o modelo organizativo para a promoção de saúde, tendo como componentes basilares a Educação para a saúde, a prevenção e a proteção de saúde.

Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde de Tannahill



Fonte: (Tannahill, 2009, p. 397)

Segundo este modelo a interseção entre Educação e Prevenção “irá proporcionar os fundamentos para uma tomada de decisão...” tendo em consideração “...os fatores de risco e os fatores protetores para uma determinada situação e as vantagens e desvantagens das

medidas preventivas que se propõem.” Por sua vez da interseção da educação para a saúde com a proteção da saúde resultam “...as ações que visam facilitar o entendimento sobre as medidas legislativas, ou outras normativas, no contexto global dos problemas existentes e dos valores éticos da sociedade.”. Da interseção da prevenção com a proteção da saúde incorporam as “medidas legislativas ou normativas impostas, com evidência ao nível do benefício ...” para dar resposta a um determinado problema de saúde (Loureiro & Miranda, 2010, pp. 52-53).

Segundo Loureiro, e na opinião dos próprios autores este modelo pode ser considerado algo redutor na medida que não inclui as componentes do tratamento nem da recuperação, no entanto pode dizer-se que enfatiza as principais áreas de intervenção no âmbito da promoção de saúde, no sentido em que se define o que é importante para aumentar a saúde e reduzir o risco, através da interseção dos 3 domínios basilares. Apesar da virtualidade deste modelo, promoção de saúde para além de evitar os fatores de risco, é fundamental “...potenciar os fatores protetores, desenvolver e organizar os recursos existentes e criar novos recursos, para melhorar o nível de bem-estar e a sustentabilidade dos processos...” (Loureiro & Miranda, 2010, p. 53).

Assim os principais agentes da Promoção da Saúde são as pessoas como recurso de saúde, a participação o empowerment, a equidade, a sustentabilidade, a responsabilidade social e a abordagem comunitária. Então a Promoção da Saúde favorece o desenvolvimento pessoal e social através da partilha de informação e educação para a saúde, fazendo aumentar as opções existentes das pessoas exercitarem maior controlo sobre a sua própria saúde e sobre o seu ambiente, para tomarem opções adequadas à saúde. É fundamental que as pessoas e as comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores que determinam a sua saúde. De entre os principais fatores capacitadores destaca-se os ambientes favoráveis, o acesso à informação e as oportunidades para fazer as escolhas mais saudáveis.

Ao nível da intervenção comunitária a proximidade do enfermeiro junto das pessoas, o trabalho de parceria desenvolvido com toda a comunidade, em prol da mesma e das suas necessidades, é determinante no desenvolvimento de estratégias de intervenção, desde a educação para a saúde, com vista à capacitação dos indivíduos, organizações e comunidades.

Estudar a forma como os indivíduos tomam decisões acerca dos seus cuidados de saúde num contexto da prática de enfermagem teve como ponto de partida na estruturação

do Modelo de Promoção da Saúde desenvolvido por Nola Pender.

A identificação de comportamentos e atitudes potenciadores de saúde e bem-estar da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, em que o objetivo do enfermeiro é ajudar a pessoa a cuidar de si própria, tendo em consideração todos os condicionantes do meio /comunidade em que está inserida e influenciam as ações de saúde tomadas pelos indivíduos é a essência deste modelo. A sua estrutura permite ao enfermeiro planear, intervir e avaliar ações de forma a prestar cuidados à população individualmente ou em grupo (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Como refere Laverack (2008), os enfermeiros enquanto promotores de saúde que “... pretendam adotar uma prática empoderadora ...” no sentido de “... consolidar o poder interior dos indivíduos, e posteriormente ajudá-los a organizarem-se coletivamente para exercitarem o seu poder superior em relação a tudo o que influencia as suas vidas e a sua saúde...” (Laverack, 2008, p. 175).

Nesta perspetiva, a intervenção do enfermeiro é determinante como mobilizador de recursos, capacitador e educador, no sentido de clarificar os valores dos adultos, promover o aumento do conhecimento e a criação de uma consciência crítica, em que há uma redistribuição do poder entre a pessoa e o enfermeiro. Assim, as competências comunicativas que envolvem o grupo e as relações interpessoais, permitem ao enfermeiro enquanto promotor de saúde, partilhar o seu conhecimento sem impor ou negar o conhecimento gerado pela pessoa e comunidade.

Porém, para que tal aconteça é fundamental que a relação enfermeiro/pessoa seja uma relação de cooperação, confiança e empatia, existindo uma tomada de decisão partilhada. Este processo conduz a um aumento da motivação por parte da pessoa, para atuar sobre as questões relacionadas com a promoção da sua saúde, e conseqüentemente a um aumento da autoeficácia. Torna-se capaz de tomar decisões voluntárias e de efetuar escolhas relativas à sua saúde, escolhas capacitadas, com vista ao bem-estar bio-psico-social.

Como expressão da vontade e da preocupação política sobre a importância do papel do cidadão no sistema de saúde português na tomada de decisão informada sobre a sua saúde, quer a título individual ou coletivo, foi criado o “... Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional

e segura do medicamento...” (Despacho n.º 3618-A, 2016, p. 8660).

Os enfermeiros enquanto promotores da saúde devem estar conscientes das necessidades das diversas populações, proporcionando informações fiáveis, adequadas às suas necessidades de informação, essenciais a uma tomada de decisão informada. A existência de materiais de educação em saúde, linguisticamente apropriados, uma aposta em sessões de educação para a saúde focalizada nas necessidades dos cuidadores informais, pode ser um importante instrumento a utilizar por estes na promoção da saúde.

Segundo a OMS a educação para a saúde envolve um conjunto de experiências de aprendizagem que tem por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes positivas (OMS, 1998).

Considerado um dos eixos estratégicos do PNS - Revisão e Extensão a 2020, o desenvolvimento da cidadania em saúde passa pelo reforço do poder e da responsabilidade do cidadão para a melhoria individual e coletiva, exigindo um investimento na promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento, aumentando a literacia para a saúde, proporcionando proatividade, compromisso e autocontrolo do cidadão, com a finalidade de o tornar autónomo e responsável, fomentando o empoderamento (DGS, 2015).

Desta forma, a educação em saúde é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos dos serviços de saúde. Assim, pode-se pensar a Educação em Saúde como instrumento de promoção de saúde.

Neste contexto, perspetiva-se que a população alvo de cuidados de enfermagem na comunidade, qualquer que seja o sistema que influencie ou seja influenciado, pode melhorar o seu bem-estar, implicando um compromisso e responsabilização de todos os sistemas em interação, assim como a perceção dos benefícios para o sistema pessoa, família, grupo ou comunidade (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Assim, na abordagem da promoção da saúde é necessário evoluir de uma intervenção centrada na relação com pessoa, para uma prática em que se invista na competência desta, participando nessa interação capaz de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário. O enfermeiro assume

a função de um mediador entre o saber baseado na evidência e a aplicabilidade deste no seu contexto de cuidados, refletindo sobre prática clínica vivenciada.

Desta forma são cada vez mais necessários enfermeiros com formação específica em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, integrando projetos, liderando a intervenção comunitária, mobilizando recursos, estabelecendo parcerias, desenvolvendo estratégias, motivando e envolvendo os outros profissionais de saúde, e os cidadãos, de forma a dar resposta às reais necessidades da população.

2 DIAGNÓSTICO SITUAÇÃO

Na primeira fase do planeamento em saúde é elaborado o diagnóstico de situação. Este deverá corresponder às necessidades da população, e surge frequentemente da caracterização impressiva da situação (Tavares, 1990).

Inicialmente foi solicitada autorização junto da Direção do ACES As e Núcleo de Formação do ACES AS no sentido de clarificar o trabalho que iria ser desenvolvido pela mestranda durante os estágios (Apêndice II). Foi também solicitada autorização à Direção do ACES AS e Coordenação da UCC para mencionar o nome da instituição no projeto. (Apêndice III)

O diagnóstico de situação foi desenvolvido no Estágio do Modulo I, pelo que a mestranda achou pertinente contextualizar o local de intervenção, identificar as técnicas e os procedimentos utilizados na identificação das necessidades de saúde, caracterizar a população alvo e amostra, terminando com a apresentação e análise dos resultados que permitiram identificar as necessidades de saúde e assim estabelecer um diagnóstico de situação.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL INTERVENÇÃO

A escolha do local de estágio, baseou-se na experiência profissional da mestrada na área dos cuidados primários, e pela diversidade e riqueza do trabalho desenvolvido pela UCC junto da comunidade, onde o enfermeiro especialista em saúde comunitária tem uma ação determinante,

“...no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas...” (OE, 2011).

Os Estágios do Modulo I e II decorreram na UCC localizada no ACES AS. O Concelho de Seixal encontra-se situado na Península de Setúbal e é constituído por quatro freguesias: Amora, Corroios, Fernão Ferro e União das freguesias de Aldeia de Paio Pires

Seixal. Tem uma área geográfica de 94 Km² e em 2011, 158 269 habitantes, correspondendo a 62 261 famílias, segundo dados do CENSUS 2011.

O Índice de Envelhecimento¹ no Concelho do Seixal aumentou de 60.3% em 2001 para 110.9% em 2015. Por sua vez a Taxa de natalidade² diminuiu de 13% em 2001 para 9.3% em 2015. O que significa que no período 2001 a 2015 no concelho do Seixal registou um envelhecimento da população, acompanhado por um aumento do Índice de dependência dos idosos³ de 8,7% em 2001 para 22,6% em 2015. (PORDATA, 2016).

Figura 2- Delimitação Concelho



Fonte: IN2SET, 2016

A constituição da UCC deste ACES AS teve lugar em outubro de 2010, integra todo o concelho (Seixal, 2008). Abrange uma população de 165 439 utentes, inscritos nas diferentes Unidades Funcionais (40 332 utentes - Freguesia de Corroios; 50 387 utentes - Freguesia de Amora; 48 522 utentes – União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires; 16 550 utentes – Freguesia de Fernão Ferro), dados de outubro 2016 do GI-ACES AS.

A oferta assistencial da UCC decorre no período das 8 - 20h durante a semana, após as 20h, sábados, domingos e feriados são planeadas de acordo com as necessidades. Os horários são ajustados, em conformidade com a programação prévia das atividades. Na ECCI os cuidados prestados durante a semana no período das 8-20h e aos sábados, domingos e feriados no período das 8-16h, sempre que necessário.

¹ **Índice Envelhecimento** - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos). (meta informação – INE)

² **Taxa Natalidade Bruta** - Número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1000 (10³) habitantes). (meta informação – INE)

³ **Índice Dependência dos Idosos** - Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos). (meta informação – INE)

A UCC é coordenada por uma Enfermeira com Mestrado em Enfermagem Comunitária, sendo constituída por, 6 Enfermeiras com Especialização (2 Saúde infantil e juvenil, 1 Saúde Materna, 2 Saúde Comunitária e 1 Reabilitação), 4 Enfermeiras generalistas, 1 Fisioterapeuta, 1 Técnica administrativa, 2 Assistentes operacionais. Esta desenvolve uma prática clínica considerando os aspetos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada indivíduo/família e as realidades do contexto da comunidade da sua área de intervenção, atuando ao longo do ciclo vital aos cinco níveis de prevenção:

- **Prevenção primordial** (evitar a emergência e o estabelecimento de padrões de vida que aumentem o risco de doença, atuando na população em geral e/ou em grupos selecionados saudáveis);

- **Prevenção primária** (evitar fatores de risco, determinantes ou causas de doença para manutenção e proteção da saúde e prevenção da doença, atuando em indivíduos, grupos ou população total saudável);

- **Prevenção secundária** (rastreamento, deteção e tratamento precoce);

- **Prevenção terciária** (limitar a progressão da doença e evitar as suas complicações, promover a adaptação às sequelas e a reintegração no meio, prevenir recorrências);

- **Prevenção quaternária** (evitar o excesso de intervencionismo médico e a iatrogenia, implica o respeito pela autonomia do utente, o que pressupõe a possibilidade de este aceitar ou rejeitar opções terapêuticas ou preventivas).

Os profissionais da UCC distribuem-se pela a Equipa de Intervenção Comunitária (EIC) que atua fundamentalmente ao nível de famílias e grupos vulneráveis e de risco na comunidade; e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que presta cuidados domiciliários a utentes dependentes de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, promovendo a articulação/acompanhamento e formação das respetivas famílias e cuidadores formais e informais (UCC SEIXAL, 2008). Estas duas equipas interagem e intersubstituem-se entre si. Utilizam com metodologia de trabalho a de responsável por área geográfica, cada elemento é responsável por uma determinada área geográfica, trabalhando em articulação com os parceiros comunitários e Unidades Funcionais do ACES. Ao nível da ECCI, aplica-se a mesma metodologia, com a definição do Enfermeiro Gestor de Caso.

A UCC tem como objetivo a prestação de 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, intervindo particularmente ao nível da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Tem como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde na população da área de abrangência, visando a obtenção de ganhos em saúde, dando cumprimento à missão do ACES AS.

O Plano de Ação desta unidade funcional assenta num diagnóstico de saúde elaborado com contributos de dados recolhidos na Rede Social do Seixal e compreende os projetos que se descrevem de modo a dar resposta às necessidades de saúde e sociais da população alvo, como se pode verificar no Apêndice IV.

Atualmente todos os projetos mantêm-se em desenvolvimento, a UCC desenvolve toda a sua intervenção comunitária em parceria com a comunidade, envolvendo todas as entidades concelhias nas mais diversas áreas da sociedade e saúde abrangendo todo o ciclo vital da pessoa.

2.2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

A problemática das necessidades educativas dos cuidadores informais vem sendo abordada desde 2014 pela USF concelho do Seixal, como uma necessidade de intervenção emergente, documentada no relatório de atividades de 2015 desta unidade funcional. Em reunião com a Responsável da Equipa de Enfermagem desta unidade funcional e com a equipa de enfermagem da UCC foi verbalmente expressa por estas como sendo uma área que carecia de intervenção emergente.

Porém a escolha da área temática também teve em consideração a necessidade sentida pela mestrandia durante o seu exercício profissional ao nível dos cuidados saúde primários, e que simultaneamente vai de encontro à linha estratégica de intervenção do ACES AS e atuais orientações na área da saúde da DGS enquadrando-se no contexto político atual, contribuindo desta forma para a melhoria no nível da literacia em saúde dos cuidadores informais do Concelho do Seixal. Desta forma a mestrandia propôs-se a desenvolver o Projeto de intervenção comunitária **Promoção da Literacia em Saúde de Cuidadores de Idosos Em Acolhimento Familiar.**

De forma a se proceder à identificação do nível de literacia em saúde deste grupo, procedeu-se a uma revisão da literatura sobre o estado da arte ao nível da comunidade

científica sobre a temática, e simultaneamente sobre que instrumentos de recolha de dados se encontravam disponíveis, devidamente validados e adaptados à população Portuguesa.

A escolha da mestranda recaiu sobre o *Newest Vital Sign* (Anexo I) que mede a literacia saúde funcional, com base num rótulo nutricional e com seis questões, requerendo entre três a cinco minutos para o seu preenchimento. A versão original encontra-se em língua inglesa, e foi traduzida para português tendo sido efetuada a adaptação cultural e validação para a população portuguesa. Este instrumento é de administração rápida e fiável, para a avaliação de níveis de LS na população portuguesa, e ao mesmo tempo adequado para utilização no âmbito dos cuidados de saúde primários (Martins & Andrade, 2014).

O teste foi desenvolvido com base em cinco cenários diferentes: (1) instruções da bula de um medicamento para dores de cabeça, (2) o formulário de consentimento informado para uma angiografia coronária, (3) instruções para auto-cuidado no caso de falha cardíaca, (4) um rótulo nutricional de uma embalagem de gelado, e (5) instruções para a toma de medicação para a asma. Os cenários foram escolhidos com base no tipo de competência relacionadas com a literacia necessárias para a compreensão de situações relacionadas com a saúde.

Dos cinco cenários avaliados na validação do estudo, o mais eficaz a discriminar adequada literacia em saúde, de uma inadequada literacia, era aquele que requeria mais e mais complexas competências numéricas: o rótulo nutricional de uma embalagem de gelado (Weiss, et al., 2005).

Assim, durante a aplicação do teste, é dada uma cópia do rótulo nutricional ao cuidador que deverá ser consultada ao longo de toda a avaliação. As perguntas são então colocadas em voz alta pelo investigador. É atribuído 1 ponto por cada resposta correta e 0 pontos por cada resposta errada, considerando-se uma adequada literacia em saúde a existência de 4 ou mais respostas certas, enquanto que menos ou 3 respostas corretas indica a possibilidade de baixa literacia em saúde (WHO, 2013).

As evidências revelam que o uso de um rótulo para avaliar a literacia em saúde é intuitivamente apelativo, uma vez que rótulos nutricionais são itens familiares importantes na manutenção da saúde e fundamentais para o controlo de diversas doenças crónicas (Weiss et al., 2005; Osborn et al., 2007). Assim, seja na leitura de um rótulo ou na compreensão de instruções médicas, as pessoas necessitam de decorar números e realizar cálculos matemáticos; identificar e tomar consciência dos diferentes ingredientes que

podem ser potencialmente prejudiciais à sua saúde e tomar decisões baseadas na informação fornecida.

Ou seja, Martins e Andrade salientam que o NVS

“... foi construído para possibilitar uma administração simples e fácil e poder assim ser usado por si só, ou acoplado a outras medidas de saúde, como parte de um protocolo padrão de avaliação de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários ou como medida de suporte de um plano de promoção da saúde” (Martins & Andrade, 2014, p. 82).

Foi solicitada autorização para a sua aplicação, por via eletrónica, aos autores da validação do NVS assim como ao Laboratório Pfizer detentor dos direitos de autores deste instrumento, tendo sido concedidas por ambos (Apêndice V).

Para além de caracterizar o nível de literacia em saúde cuidadores, era importante ter dados que permitissem caracterizar o domínio de cuidado ao nível da comunicação, segurança do idoso, higiene, alimentação, eliminação, mobilização, noções básicas de primeiros socorros, manipulação de dispositivos médicos, a perceção de autoeficácia do prestador de cuidados, dos recursos disponíveis e condições habitacionais dessa prática, e também o grau de dependência da pessoa idosa com dependência, e a sua condição de saúde. Assim, foi aplicado um formulário com uma grelha de observação aos cuidadores e pessoa idosa dependente (Apêndice VI). Este instrumento permitiu que os cuidadores respondessem a questões formuladas pela mestrande, e simultaneamente observar o conhecimento do cuidador em contexto sobre as temáticas questionadas. A mestrande também utilizou as notas de campo como registos detalhados, descritivos e focados no contexto do cuidador e do idoso, as suas ações e interações, complementando a grelha de observação. Para uma melhor caracterização do nível de dependência da pessoa idosa foi aplicado o Índice de Barthel. É constituído por 10 questões e a sua pontuação pode variar entre 0 e 20, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de uma melhor funcionalidade. Consideramos os pontos de corte utilizados por Martins (2006, p. 117-118) “...totalmente dependentes (menos de 8 pontos), incapacidade grave (de 9 a 12 pontos), incapacidade moderada (de 13 a 19 pontos) e independentes (20 pontos)” (Anexo II).

Antes de aplicar o formulário à população alvo, este foi submetido a pré-teste a dois cuidadores e duas pessoas idosas de outra unidade funcional. Este pré-teste teve como objetivo a avaliar se os termos utilizados eram explícitos e claros, se as questões formuladas permitiam recolher os dados esperados. Desta aplicação resultou na alteração de quatro questões com adequação linguagem, ao nível dos tópicos/ questões da grelha de

observação e formulário houve necessidade de previamente identificar com O - observação e P- questão, facilitando a aplicação do mesmo.

Os cuidadores que constituem a amostra foram convidados (amostra de conveniência) a participar no estudo após contato telefônico da responsável da equipa enfermagem da USF do Concelho do Seixal como elemento de ligação com os cuidadores identificados, tendo sido efetuado agendamento da visita domiciliária da mestranda, para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados, conforme conveniência do cuidador. No dia marcado, o consentimento livre e esclarecido escrito foi entregue ao cuidador tendo sido clarificada a natureza do projeto e todas as dúvidas existentes, informado do direito de recusar a participação ou desistir durante a mesma, sem que isso acarretasse qualquer implicação ou consequência ou risco para o participante (Apêndice VII). Foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade da informação recolhida, pelo que após o seu consentimento verbal foram aplicados os instrumentos de recolha de dados.

A aplicação do formulário e da grelha de observação teve uma duração aproximada de 50 minutos, excedendo os 20 minutos utilizados no pré-teste. Esta discrepância de tempos está relacionada com utilização de uma metodologia de intervenção, durante a aplicação do formulário e da grelha de observação, foram emergindo necessidades educativas que careciam de intervenção imediata junto do cuidador. A mestranda achou pertinente não perder a oportunidade de formar no local e no momento, pois todos os momentos são de aprendizagem, e tendo em consideração que o contexto era aquele, seria fundamental não perder aquela oportunidade para colocar em prática as estratégias de intervenção comunitária por parte do enfermeiro.

A proximidade com os prestadores de cuidados e a pessoa com dependência foi muito importante para o entendimento das realidades e necessidades, em que vivem estas pessoas, frequentemente, limitadas ao espaço do domicílio. Esta proximidade permitiu ter uma perceção mais profunda da problemática em estudo, e assim delimitar a população alvo e amostra.

2.3 POPULAÇÃO, POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população de uma investigação constitui-se como o conjunto de pessoas com características semelhantes que interessam ao investigador e que se constituem como seu objeto de estudo sendo a sua população-alvo (Polit, Beck, & Hunger, 2004).

Para o presente trabalho, a população-alvo foi considerada o conjunto de cuidadores informais em ambiente residencial como famílias de acolhimento tendo ao seu cuidado pessoas idosas dependentes residentes numa Freguesia do Concelho do Seixal. Os critérios definidos para inclusão na amostra foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter ao seu cuidado pessoas idosas dependentes e aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo.

Assim encontravam-se sinalizadas 78 famílias de acolhimento de pessoas idosas dependentes, destas, estavam 15 famílias identificadas pela USF do Concelho do Seixal, e aceitaram participar no estudo 9 destas famílias de acolhimento (6 famílias não aceitaram participar no estudo). Nestas 9 famílias de acolhimento existiam 24 cuidadores, dos quais aceitaram participar no estudo 11 cuidadores. Estas 9 famílias tinham ao seu cuidado 54 pessoas idosas, facultando a observação de 24 pessoas idosas nestes ambientes residenciais.

Desta forma neste estudo a amostra considerada de conveniência foi constituída por 11 cuidadores e 24 pessoas idosas com dependência.

2.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos, resultantes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Os dados recolhidos foram organizados com recurso ao programa de Excel, e são apresentados pela ordem sequencial das questões do formulário e grelha de observação.

Após aplicação dos instrumentos de recolha de dados, dois cuidadores foram excluídos do estudo por se tratar de um lar ilegal, assim a amostra de 11 cuidadores inicial, passou para 9 cuidadores para a análise dos resultados.

Seguidamente pretende-se retratar os cuidadores segundo uma caracterização sociodemográfica (Apêndice VIII).

A Idade varia entre 49 e 70 anos, com uma média de 59,6 anos, dos quais 55,5% dos cuidadores tem idade superior ou igual a 60 anos e 11% tem menos que 50 anos, sendo a idade média de 60 anos. A amostra é constituída predominantemente por cuidadores do sexo feminino 89% e 11% sexo masculino. De facto, a maioria dos estudos identificam o cuidador principal com sendo uma mulher de meia-idade, e está de acordo com o papel histórico, social e cultural que é atribuído à mulher face ao cuidar. No que respeita ao

estado civil 44,4% são casados e 11% são solteiros (Mizuno & Kinuko, 2005; Martins, 2006; Guedes, 2011; Tiago, 2012; Lopes & Monteiro, 2015). O género masculino começa a aparecer na prestação de cuidados. Isto deve-se a uma alteração da mentalidade onde a mulher aparecia como cuidadora do lar e da família, o que no presente com a adaptação aos novos estilos de vida e as novas exigências da sociedade estas ideologias se encontram em mudança (Tobio, Tomás, Gómez & Palomo, 2010).

Relativamente à composição do agregado familiar 55.5% residem com o cônjuge e 33,3% reside com o cônjuge e os filhos, 44,4% dos cuidadores tem mais de 9 anos de escolaridade, e 33,3% tem o ensino primário incompleto ou sabe ler e escrever, 22% tem o curso profissional de geriatria. No entanto, quando a saúde se deteriora e que as pessoas envelhecem, as pessoas sem filhos tendem a enfrentar os déficits de apoio informal consideráveis, que parecem não ser totalmente compensado por um acesso mais frequente para a prestação de cuidados formal (Albertini & Mencarini, 2014). Um outro aspeto relevante é o nível de escolaridade dos cuidadores que segundo Calommé et al (2011) aponta para que uma escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo do ensino básico pode ter influência no cuidado através da realização de atividades como o auxílio na toma da medicação, acompanhamento do idoso a consultas médicas, capacidade para compreender e transmitir orientações médicas, entre outros aspetos importantes na literacia em saúde. Sendo que a qualidade de vida do idoso é prioritária, um cuidador com mais escolaridade poderá ser um factor positivo no melhor executar das atividades referidas (Colomé, et al., 2011).

Quanto à situação laboral atual todos os cuidadores referem não exercerem outra atividade para além de cuidar de idosos. Quando questionados sobre a sua atividade laboral anterior, todos cuidadores referiram que tinham tido outras atividades laborais antes de cuidarem de idosos. Sendo 88,9% dos cuidadores remunerados pelos cuidados que prestam. Nesta fase a mestranda depara-se com uma situação que contraria o cuidado informal, o fato de ser remunerado esbate-se no cuidado formal. No entanto não podem ser considerados cuidados formais, pois quando executados por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, é que ganham a designação de cuidadores formais, pois existe uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, podendo esta atividade variar de acordo com o contexto (Sequeira, 2010). Dada esta ambiguidade, a mestranda teria que ponderar sobre a viabilidade do presente estudo. Assim, face ao enquadramento efetuado anteriormente,

estes cuidadores são uma realidade, o enquadramento legal das famílias de acolhimento de idosos existe, não se encontrando adequado à realidade vigente, e com que a mestranda se deparou em contexto real. Apesar das situações destes cuidadores estarem devidamente identificadas e sinalizadas no Instituto de Segurança Social, entidades de saúde e autarquia, há pelo menos 3 anos, nada foi alterado. Estes cuidadores continuam a cuidar de idosos, desconhecendo-se as condições de segurança, conforto, alimentação, higiene dessa prática. O Decreto-lei n.º 391/91, de 19 outubro, que contém o regime de acolhimento familiar de idosos e adultos com deficiência, não faz parte de um sistema coerente e integrado. No âmbito do Direito Civil,

“...os instrumentos clássicos de tutela de incapazes revelam-se inadequados à situação das pessoas idosas, sendo insatisfatórios, quanto aos modelos de intervenção judicial e de iniciativa e fiscalização do Ministério Público, bem como quanto às soluções de possíveis conflitos de direitos ...” (CNECV, 2014, p. 8).

Uma vez que não existem estudos acerca da realidade das famílias de acolhimento considerando-se uma situação híbrida entre o cuidado em família e o cuidado em instituição: trata-se de uma ambiente familiar, em que se são famílias que acolhem idosos nas suas residências; como apresenta, também, características institucionais, em que existe uma obrigatoriedade formal destes cuidadores em dar resposta a todas as necessidades dos idosos; a mestranda inclui no estudo as famílias que acolhem idosos priorizando a dignidade do idoso, os seus direitos, as suas convicções, vontade, bem estar e saúde enquanto pessoa e não a tipologia do prestador.

Quanto ao tipo de habitação, 82% cuidadores residem em moradias, e 18% outros (anexo de casa), todas as residências têm saneamento básico e 82% têm animais domésticos, todos utilizam o telemóvel como meio de comunicação, 50% tem telefone fixo e 36% têm computador.

Quanto à distribuição dos cuidadores de acordo com o grau de parentesco com a pessoa idosa dependente, verifica-se que 91% dos cuidadores não tem nenhuma relação parentesco com Idoso dos quais 45% identificam-se como amigos, e coabitam na mesma habitação que o idoso 55% dos cuidadores. Ou seja, significa que a maior parte das pessoas idosas residem com os cuidadores nas residências destes, sendo estes a assumir o papel da família e assumem-se como famílias de acolhimento. Quando questionados sobre o enquadramento legal da família de acolhimento, todos referiram que já tinham tido a visita da Segurança Social. Estes cuidadores diariamente cuidam entre 3 a 9 idosos, esses

cuidados são prestados em conjunto com outros cuidadores que oscila entre uma e três pessoas durante as 24 horas, permanecendo mais de 12 horas com o idoso 73% dos cuidadores. Quando ao motivo porque começaram a cuidar de idosos, 66,6% cuidadores começaram por cuidar de um familiar direto e 34,4 % por iniciativa própria e acolhem idosos há mais de 4 anos 64% dos cuidadores.

Neste contexto emergem necessidades de formação em 82 % dos cuidadores predominantemente na área da alimentação, posicionamentos, transferências, mobilização, levante, higiene e manipulação de estomas.

No que diz respeito à avaliação da literacia em saúde pelo preenchimento da escala Newest Vital Signal (Apêndice IX), verifica-se que apenas 22,2% dos cuidadores regista entre 4 e 6 respostas corretas (adequada literacia em saúde), sendo que a maioria dos cuidadores (77,8%) apresenta entre 0 a 3 respostas corretas, ou seja, apresenta uma elevada probabilidade de ter baixa literacia em saúde (0 a 1 resposta correta – inadequada literacia em saúde; 2 a 3 respostas corretas – literacia em saúde marginal). Nenhum participante acertou nas 6 respostas corretas. Estes resultados indicam baixos níveis de literacia em saúde, o que poderá influenciar negativamente a gestão da saúde e doença destas pessoas.

Verifica-se também que todos os participantes com o ensino básico ou sabem ler/escrever apresentam inadequada literacia. Dentro da adequada literacia os cuidadores têm 9 ou mais anos de escolaridade. Contudo, verifica-se que 80% dos cuidadores com 12 anos escolaridade apresentam uma baixa literacia em saúde. Ou seja, estes dados contrariam alguns estudos que apontam a baixa escolaridade como um dos fatores que contribuem para uma baixa literacia em saúde. O facto uma grande percentagem dos participantes deste estudo apresentar 12 anos de escolaridade (55,5% têm o ensino secundário) e apresentar baixa literacia em saúde, significa que o nível de literacia em saúde nem sempre está relacionado com o grau de escolarização (Nutbeam, 2008).

Durante a aplicação do NVS todos os cuidadores na primeira abordagem não compreenderam as questões, pelo que a mestranda teve que clarificar o conteúdo das questões para melhor compreensão destas. Estas dificuldades de compreensão da informação que se é dada podem de alguma forma ser transportadas para prática clínica pelos profissionais de saúde quando os doentes não conseguem compreender e atender às informações clínicas que lhes são prescritas e que têm dificuldade em verbalizar que não compreenderam (Drent, 2014).

Nesta fase do estudo pretende-se fazer uma breve caracterização sociodemográfica das pessoas idosas segundo sexo, idade, estado civil, patologias predominantes e níveis de dependência ABVD de acordo com o Índice de Barthel. Os cuidadores foram inquiridos acerca das pessoas idosas dependentes a quem prestam cuidados (Apêndice X).

A amostra é constituída predominantemente por pessoas do sexo feminino (74%). A idade variou entre os 60 (valor mínimo) e os 102 anos (valor máximo), 74 % dos idosos têm idade superior a 80 anos e 8,3% tem idade inferior a 65 anos. Em relação ao estado civil, 62,5 % das pessoas idosas são viúvas 25% casadas e 12,5 % solteiras.

Relativamente ao tipo de patologia predominante e que está relacionada com a causa do nível de dependência 70% dos idosos têm Patologia Demencial, 39% Doenças Crónicas não Comunicáveis (DCNC)⁴ e 22 % com sequelas resultantes de AVC. A avaliação da dependência foi efetuada mediante a capacidade da pessoa idosa para cumprir as ABVD, assim 35% das pessoas eram totalmente dependentes, 26% apresentavam dependência grave, 30% uma dependência moderada e apenas 9% era independente. Estes dados significam que as demências estão associadas a elevado nível de dependência, uma vez que a deterioração mental vai provocar o prejuízo nas capacidades da pessoa no desempenho das suas atividades de vida diária, nas atividades profissionais, atividades familiares, atividades sociais (Carvalho, et al., 2014).

Na prestação de cuidados, reconhece-se a importância do cuidador e torna-se emergente a identificar as necessidades educativas destes no sentido de otimizar as intervenções junto da pessoa idosa. Através da aplicação do formulário e da grelha de observação, foi possível questionar e simultaneamente observar o cuidador, procurando perceber no decurso do desempenho das suas funções o conhecimento e as habilidades, do prestador de cuidados, face às necessidades do idoso de quem cuida em diversas áreas de intervenção.

No Quadro 1, os resultados são apresentados sob a forma de média das respostas Não e Sim às questões formuladas e observadas de acordo com o Formulário e da Grelha de observação.

⁴ **Doenças Crónicas não Comunicáveis (DCNC)** - doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes

Quadro 1- Necessidades Educativas Identificadas

Áreas Intervenção	Tema	Não	SIM
Comunicação	• Nome	86%	14%
	• Tom Voz alterado	100%	0
	• Linguagem Adequada	0	100%
	• Ambiente calmo	0	100%
Segurança	• Prevenção Infecções	73%	17%
	• Prevenção Queimaduras (lareiras)	17%	73%
	• Prevenção Úlceras Pressão	43%	57%
	• Prevenção Quedas	54,4%	45,6%
	• Medicação	49%	51%
	• Prevenção Engasgamento	54,7%	45,3%
Higiene	• Pele	0%	100%
	• Cabeça	0%	100%
	• Mãos e unhas	0%	100%
	• Vestuário	0%	100%
	• Calçado	0%	100%
	• Boca	27%	73%
Alimentação	• Geral		
	○ Pirâmide alimentos	100%	0
	○ Validades e rótulos	100%	0
	• Confeção/ Manipulação	100%	0
	○ Mais do que 1 dieta	100%	0
	○ Dietas diabéticos e hipertensos	100%	0
	• SNG	73%	27%
• PEG	82%	18%	
Eliminação	• Fralda	0	100%
	• Algália (Intervenção Enfermeiro)	0	100%
	• Estomas	73%	27%
Noções Básicas Primeiros Socorros	• Hipertermia	71%	29%
	• Diarreia	59%	41%
	• Sobredosagem medicamentos	100%	0
	• Engasgamento	76%	24%

Fonte: Dados recolhidos do formulário e da grelha de observação

No âmbito da Comunicação observou-se que 86% dos cuidadores não trata o idoso pelo nome, nenhum cuidador utilizou um tom voz alterado, 100% utiliza uma linguagem adequada e propiciam um ambiente calmo aos idosos.

Ao nível da segurança 73% dos cuidadores não demonstra conhecimento na área da prevenção de infeções. Estes verbalizam que lavam as mãos e mudam de luvas entre os utentes, mas observa-se o contrário, usam o mesmo par de luvas para todos os idosos observados e não lavam as mãos entre os idosos. Todos os cuidadores apresentavam unhas curtas e limpas, assim como os idosos. Quanto à prevenção de queimaduras 43% dos

cuidadores não demonstra conhecimento. Nenhum idoso tinha hábitos tabágicos, 22,2% dos cuidadores tinham hábitos tabágicos, mas verbalizam que não fumam dentro da habitação, não se observaram cinzeiros e não havia odor ambiental a tabaco no interior de nenhuma habitação. Relativamente á utilização de lareiras, 66,6% das habitações tinham lareira e sem proteção, os cuidadores verbalizaram que não utilizavam no Inverno, utilizavam os aquecedores portáteis em todas as habitações, nenhum utilizava mantas ou cobertores elétricos.

Relativamente à prevenção de úlceras de pressão, 54,4 % não demonstra conhecimentos. Nos utentes acamados, 54,4% idosos não tem cama articulada, não alterna decúbitos frequentemente, não faz levantar para o cadeirão, e quando está na cadeira de rodas, não alivia o peso nas nádegas. Todas as camas tinham roupa limpa, utilizam resguardo de plástico e a roupa estava esticada.

No âmbito da prevenção de quedas, 49% não demonstra conhecimentos, pois as habitações têm escadas de acesso ao 1º andar, com corrimão, sem antiderrapante nos degraus, pavimento em tijoleira. Não se observou tapetes em nenhuma habitação.

Relativamente à Medicação, 49% dos cuidadores não demonstra conhecimentos, estes referem que cada idoso tem medicamentos e prescrição própria, e que são acondicionados em caixas individualizadas em armário, mas é observado que a medicação está toda junta, sem individualização de caixas e encontra-se em cima da bancada da cozinha, facilmente acessível ao idoso, e deixa a medicação para o idoso tomar mais tarde sem supervisão. Todos os cuidadores referiram que lavam as mãos antes da entrega da medicação.

Quanto à prevenção do engasgamento, 49 % não demonstra conhecimentos, pois foi observado que o idoso dependente come sozinho sem supervisão, ingere alimentação deitado pois a cama não é articulada, não possibilitando a elevação da cabeceira.

Na área da Higiene, a totalidade dos idosos apresentava pele limpa e íntegra, sem lesões, couro cabeludo limpo, unhas limpas e cortadas, vestuário e calçado limpo e adequado ao idoso e á temperatura ambiental. Relativamente à higiene da boca 27% dos idosos tinham prótese dentária, os cuidadores verbalizaram que não têm hábito de cuidados de higiene diários.

Quanto à alimentação, 100 % dos cuidadores referem que oferece 3 refeições por dia, não conhecem a pirâmide dos alimentos, não conferem rótulos nem datas de validade dos alimentos embalados, a alimentação é confeccionada diariamente, uma dieta para cada

refeição comum todos os idosos independentemente das patologias destes, sendo adaptada ao grau de dependência e necessidades do idoso. Relativamente à manipulação de SNG, 73% dos cuidadores refere não ter conhecimento sobre preparação da alimentação e cuidados a ter sobre alimentar por SNG. Quanto à PEG, 82% dos cuidadores desconhece este método de fornecimento de alimentação.

No que respeita à eliminação, 100 % dos cuidadores referem que os idosos com incontinência usam fralda, sendo esta trocada três vezes por dia em média, quando o idoso tem algália, substituiu o saco coletor uma a duas vezes por semana, em caso de dificuldades relacionadas com o funcionamento da mesma recorre aos cuidados de enfermagem da unidade funcional, 73% dos cuidadores refere não ter conhecimentos sobre os cuidados a ter com estomas.

Quando inquiridos sobre o procedimento em situações de Hipertermia, 71% dos cuidadores não utiliza o termómetro para avaliar a temperatura, recorrendo a outros processos (colocar mão na testa, colocar os lábios na testa, estar vermelho), desconhecem a partir de que valores se considera hipertermia, desconhecem a terminologia Antipirético e nas situações que parece ter hipertermia administra remédio para a hipertermia, referindo-se a uma marca comercial, não utilizam e desconhecem outros procedimentos para o controlo da temperatura. Em situações de diarreia, 59% dos cuidadores refere que aumenta a ingestão de água e chá no idoso, medicando com remédio referindo-se a uma marca comercial. Quanto à sobredosagem de medicamentos, nenhum cuidador conhece o número antivenenos. Em situações de engasgamento, 76% dos cuidadores refere não sabe como intervir e desconhece o que é a manobra de Heimlich.

A amplitude das necessidades de cuidados é imensa, no entanto parte destas assenta no conhecimento e nas capacidades do prestador de cuidados, considerando também a condição de saúde da pessoa idosa sob cuidado. Importa salientar que o conhecimento ou a ausência deste é determinante na identificação real das necessidades.

Assim quanto maior é o conhecimento relativo ao que caracteriza ser prestador de cuidados, os recursos existentes, o desfecho inerente à patologia subjacente ou às perdas relativas ao processo de envelhecimento e a intensidade de carga de trabalho que importa ser prestador de cuidados, maior a solicitação de cuidados (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

Durante a aplicação os instrumentos de recolha de dados foram emergindo necessidades educativas que careciam de intervenção imediata junto do cuidador. A

mestranda achou pertinente não perder a oportunidade de formar no local e no momento, pois todos os momentos são de aprendizagem, e tendo em consideração que o contexto era aquele, seria fundamental não perder aquela oportunidade como uma das estratégias de intervenção comunitária por parte do enfermeiro.

Os resultados preliminares foram apresentados à equipa da USF e da UCC, determinando-se em reunião de peritos as necessidades educativas prioritárias, tendo em consideração a população alvo. Face à contradição das necessidades educativas observadas e verbalizadas pelos cuidadores, ficou determinado que o projeto educativo a implementar seria mais abrangente do que inicialmente havia pensado, envolvendo todas as áreas de intervenção observadas, por serem consideradas essenciais na prestação básica de cuidados ao idoso em acolhimento familiar. Ou seja, considerando a condição de saúde dos idosos sob cuidados, verificamos de vários estudos que as mesmas albergam uma grande amplitude de domínios, como: autocuidado, manutenção da integridade física e prevenção de acidentes (quedas, queimaduras...) suporte emocional, (promover, incentivar, supervisão), companhia, respostas burocráticas e gestão da casa, gestão financeira, apoio económico, tarefas domésticas, transporte, constituir elo de ligação com a equipa de saúde, gestão do regime terapêutico (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006; Sequeira, 2010).

3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Na terceira etapa do processo de planeamento são formulados os objetivos. Os objetivos correspondem “aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo” (Tavares, 1990, p. 113).

Na formulação dos objetivos estes devem conter: a população-alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido.

No planeamento deste projeto foi determinado como prioritário intervir na promoção da literacia dos cuidadores de idosos em acolhimento familiar, dada a baixa literacia em saúde identificada na amostra, assim como necessidades formativas manifestadas pelos cuidadores, e necessidades observadas pela mestrandia.

Partindo da temática a realização de dois módulos de estágio consecutivos foram estabelecidos objetivos gerais comuns. No primeiro Módulo de estágio os objetivos específicos estão orientados para o diagnóstico de situação com delimitação da área a intervir e avaliação das necessidades existentes. No segundo Módulo de estágio os objetivos específicos estão orientados para a implementação do projeto de intervenção e planeamento da sua continuidade.

Para tal, delineou-se como objetivos:

Objetivos Gerais

- Promover a Literacia em Saúde dos cuidadores de idosos em acolhimento familiar identificados na Freguesia de Fernão Ferro;
- Sensibilizar a comunidade para a importância da formação do cuidador no cuidado do idoso.

Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demograficamente os cuidadores
- Caracterizar socio demograficamente as pessoas idosas
- Identificar os níveis de literacia dos cuidadores
- Identificar as necessidades educativas dos cuidadores de idosos
- Capacitar os cuidadores informais para o processo de cuidar da pessoa Idosa integrada em acolhimento familiar (Comunicação, Segurança, Alimentação,

Higiene, Eliminação e Noções Básicas de Primeiros Socorros)

- Desenvolver um Projeto de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores de idosos em acolhimento familiar.

Indicadores

- N° de formulários e Grelhas de observação aplicados/n° total de cuidadores idosos
- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados/n° total de cuidadores idosos
- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 0-1 questões corretas (Nível de Literacia Inadequada) / N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 2-3 questões corretas (Nível de Literacia Marginal) / N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 4-6 questões corretas (Nível de Literacia Adequada) / N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em Comunicação / N° total de cuidadores informais observados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em Segurança / N° total de cuidadores informais observados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em Prevenção Infeções / N° total de cuidadores informais observados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em Alimentação / N° total de cuidadores informais observados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em Higiene / N° total de cuidadores informais observados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em Eliminação / N° total de cuidadores informais observados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em Noções Básicas de Primeiros Socorros / N° total de cuidadores informais observados.

4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS/INTERVENÇÕES

Entende-se por estratégia, o percurso que se define para atingir determinado objetivo ou meta estabelecida. Segundo Tavares (1990), a definição da estratégia é fundamental pois, permite estudar as alternativas e estimar os seus custos face aos recursos e tempo disponíveis. As estratégias selecionadas tiveram por base os objetivos que se pretendiam se atingir no presente projeto de intervenção e os recursos disponíveis para desenvolver as atividades planeadas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, “contribui para o processo de capacitação de grupos comunidades (...) fundamenta e assenta as práticas um modelo intervenção (...) apropriado pela equipa, onde o foco dos cuidados são os grupos específicos e de maior vulnerabilidade e a comunidade, em diferentes contextos de saúde” (Ordem Enfermeiros, 2011). Neste projeto, a intervenção comunitária centrada no grupo, passa inicialmente por uma intervenção/ação em contexto situacional no meio junto do cuidador, sem perder a oportunidade do momento. O envolvimento dos parceiros comunitários - ACES, UCC, Unidades Funcionais Saúde, IPSS, Junta de Freguesia revelou-se uma estratégia preponderante na sensibilização da comunidade para esta problemática.

A enfermagem dado o seu corpo de conhecimento e a interação constante que trava com a população, constitui o grupo de profissionais mais competente para responder a este desafiante conjunto de necessidades. Desta forma a mestrandia integrada na equipa da UCC teve necessidade de conhecer a comunidade de uma forma geral, de forma a contextualizar a sua intervenção, integrando-se nas atividades da UCC.

A conceção, planeamento e implementação do Projeto Educativo Orientar para Cuidar junto da comunidade, permitiu criar um projeto de intervenção de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores de idosos em acolhimento familiar e assim melhorar os níveis de literacia em saúde, melhorar o conhecimento da população em relação ao cuidado com o idoso e ao desenvolvimento de habilidades dos cuidadores que influenciam a saúde individual e da comunidade.

5 ELABORAÇÃO DE PROJETOS

Um projeto de intervenção comunitária tem como propósito dar uma resposta concreta a um problema possível ou real decorrente num período de tempo bem delimitado e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma ação concertada entre vários agentes e a própria comunidade local. As intervenções implementadas assentaram, essencialmente, na capacitação da população alvo do presente projeto, através de educação para a saúde, quer em grupo quer individualmente, na promoção da literacia em saúde.

Esta intervenção, vai de encontro às orientações estratégicas preconizadas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Revisão e Extensão a 2020 em que as atuais necessidades de saúde e as estratégias nacionais e internacionais privilegiam as intervenções centradas na família, nos grupos e na comunidade, permitindo uma visão integrada do conjunto dos problemas de saúde, onde cada indivíduo assume um papel fundamental.

5.1 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A concretização deste projeto tem implícito a otimização dos recursos humanos e materiais, apresentado no Quadro 2:

Quadro 2 - Recursos Humanos e Materiais

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS
<ul style="list-style-type: none">- Diretor Executivo do ACES AS;- Orientadora do local de estágio- Profissionais da Equipa da UCC- Profissionais da Equipa da USF- Junta Freguesia- Centro Paroquial- IPSS- Enfermeira Coordenadora da UCC- Mestranda	<ul style="list-style-type: none">- Sala de reuniões do edifício do Centro de saúde do Seixal;- Sala de reuniões do edifício da USF- Auditório da Junta Freguesia- Gabinete de enfermagem da UCC;- Computador, Retroprojektor impressora e fotocopiadora- Viatura automóvel;- Dispositivos médicos

O cálculo dos recursos necessários para atingir os objetivos propostos tem como ponto de partida o conhecimento dos recursos existentes. Esta comparação pode indicar se os recursos são ou não suficientes quer do ponto de vista qualitativo como quantitativo (Imperatori & Giraldes, 1982).

5.2 PARCERIAS / ENTIDADES ENVOLVIDAS

Na concretização do presente projeto de intervenção comunitária desde o seu desenho, esteve presente a necessidade de envolver todos os parceiros que interagem com a população alvo, pois o trabalho em parceria constitui um dos requisitos fundamentais, enquanto resposta à multidimensionalidade e complexidade dos problemas relacionados com os cuidadores em acolhimento familiar e a pessoa idosa.

Trabalhar em parceria permitiu reunir esforços, rentabilizar recursos, integrar diferentes perspetivas e complementar competências de forma a conferir maior eficácia e eficiência às intervenções.

O trabalho em rede e o estabelecimento de parcerias constitui hoje um dos pilares fundamentais da racionalização de procedimentos e da gestão eficiente de meios e recurso, constituindo uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Partindo do pressuposto que a parceria deve ser estabelecida a partir das necessidades específicas detetadas com a população-alvo começou-se por se contactar a Equipa da USF e da UCC no sentido de se delinear uma intervenção integrada.

Contactou-se a Junta de Freguesia por ser a entidade que interage com a comunidade onde é efetuado o atendimento social, e está desperta para esta problemática como sendo de intervenção emergente e que faz parte da sua agenda política. É uma entidade de proximidade, que incluiu,

“todos os que envolvem a concretização de uma série de atividades ligadas à vida quotidiana e familiar, estando implantados numa unidade territorial e implicando o estabelecimento de uma relação de confiança entre prestador e cliente, no sentido de construir respostas adequadas a necessidades individuais e comunitárias específicas, o que lhe confere um carácter de utilidade social” (Esgaio, 2010, p. 70).

Foram efetuadas três reuniões com estas entidades com o objetivo de se planear a intervenção conjunta.

A estratégia orçamental passou pela mobilização e utilização de recursos próprios da UCC. O projeto de intervenção foi desenvolvido durante os Estágios do Modulo I e II. Em termos de operacionalização do projeto foram afetadas horas de profissionais de saúde da UCC e ACES AS. Em termos de *Overhead*, material didático, material de consumo e equipamento de apoio tem cabimento orçamental na UCC, a Junta de Freguesia disponibilizou a impressão dos posters e folhetos de divulgação do projeto na comunidade podendo assim ser continuado no tempo (Apêndice XI).

A divulgação do projeto na comunidade envolveu a parceria com as IPSS locais, Junta de Freguesia e Unidades funcionais, pelo que foi efetuada uma reunião conjunta de apresentação do projeto. Nesta reunião também estiveram presentes outros profissionais do ACES AS (médico, psicólogo, assistente social) que tiveram conhecimento do cronograma de operacionalização do projeto (Apêndice XII).

O cronograma traçado foi cumprido nos tempos previstos e foram igualmente cumpridas todas etapas do planeamento em saúde (Apêndice I).

5.3 PROJETO EDUCATIVO – CURSO ORIENTAR PARA CUIDAR

No desenvolvimento do Projeto Educativo Orientar para Cuidar com a operacionalização do 1º Curso de Orientação para Cuidadores Informais de Idosos seria importante demonstrar a importância prática do problema, tendo por base o diagnóstico de situação elaborado (Apêndice XIII).

A comunidade é por excelência o local de eleição para a intervenção comunitária. Cada vez mais é importante que a pessoa detenha conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e as condições de vida. Destaca-se assim a importância da proximidade entre profissionais de saúde e os cuidadores no sentido de também promover a literacia em saúde de quem cuida informalmente de alguém, pois um nível inadequado de literacia em saúde tem um impacto negativo ao nível da saúde individual e coletiva.

A problemática das necessidades educativas dos cuidadores informais vem sendo abordada pela UCC no concelho do Seixal, como uma necessidade de intervenção emergente destacando-se o potencial interesse e valor social ao nível da comunidade.

Este projeto tem como Objetivos Gerais:

- Sensibilizar a comunidade para a importância da formação do cuidador informal no

cuidado do idoso;

- Promover a capacitação dos cuidadores informais para o processo de cuidar da pessoa idosa integrada em família de acolhimento em ambiente residencial na Freguesia de Fernão Ferro (No âmbito do envelhecimento, Comunicação e relação com o utente, Segurança utente e ambiente, Alimentação, Higiene, Eliminação e Noções Básicas de Primeiros Socorros);

E tem como objetivos operacionais:

- N° de instituições envolvidas na divulgação
- N° de Parceiros
- N° total de formandos que frequentaram curso /Número de formandos inscritos no curso
- N° de formandos que terminam curso / N° total de formandos que iniciam curso
- N° de cuidadores com Nível de Literacia Inadequada Inicio Curso/N° Total cuidadores
- N° de cuidadores com Nível de Literacia Marginal Inicio Curso / N° Total cuidadores
- N° de cuidadores Nível de Literacia Adequada Inicio Curso / N° Total cuidadores
- N° de cuidadores com Nível de Literacia Inadequada Final Curso / N° Total cuidadores
- N° de cuidadores com Nível de Literacia Marginal Final Curso / N° Total cuidadores
- N° de cuidadores Nível de Literacia Adequada Final Curso / N° Total cuidadores
- 30% dos formandos com Nível de Literacia Inadequada tenha Nível de Literacia Marginal
- 30% dos formandos com Nível de Literacia Marginal tenha Nível de Literacia Adequada

6 QUESTÕES ÉTICAS

Foi solicitada autorização à Direção do ACES AS e Núcleo de Formação do ACES AS no sentido de autorização o desenvolvimento do projeto neste ACES, e à Coordenação da UCC, para que se pudesse mencionar o nome da UF no atual projeto (Apêndice II e III).

Uma vez que o Laboratório Pfizer em Portugal é o detentor dos direitos de autor da Escala NVS versão Portuguesa foi solicitada autorização para a sua aplicação, por via eletrónica (Apêndice V).

Todos os contactos iniciais foram mediados pelos enfermeiros da USF do Concelho do Seixal. Não houve acesso aos processos clínicos dos idosos. Os contactos dos cuidadores foram fornecidos por estes enfermeiros após a confirmação telefónica dos participantes que pretendiam participar no estudo.

Foi elaborado um formulário de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice VI) que foi discutido por todos os participantes onde, explicitamente, constavam: os objetivos do estudo; as condições em que este decorreria; o nome e o contacto da mestranda; os métodos a utilizar; o carácter voluntário da participação do cuidador; a garantia da possibilidade de desistência de participação em qualquer momento; a garantia de confidencialidade e, ainda, as formas previstas para a proteção da privacidade e intimidade dos participantes. A obtenção do consentimento da pessoa idosa com dependência era efetuada na presença cuidador e obtido de forma verbal. Os formulários foram codificados sendo utilizados somente para efeitos deste estudo, sendo posteriormente inutilizados.

Na fase de diagnóstico da situação aquando da aplicação dos instrumentos de recolha de dados nos domicílios dos cuidadores, a mestranda teve contato com algumas realidades de prestação de cuidados cujo enquadramento extrapolava o acolhimento familiar, tendo gerado algum conflito de interesses para o estudo no momento. O conflito de interesses foi resolvido com a exclusão destas realidades do estudo.

7 AVALIAÇÃO

A avaliação é uma forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Esta fase compreende, por um lado, a avaliação das atividades e objetivos específicos, e por outro, a avaliação dos indicadores definidos. A avaliação global realizada neste Relatório de Estágio compõe-se da verificação da consecução dos objetivos fixados e indicadores traçados.

De forma a aprofundar o conhecimento da mestrandia sobre a intervenção comunitária da UCC ao nível da comunidade, esta teve a oportunidade de participar em seis sessões de educação para a saúde com crianças idade pré-escolar (3 sessões), com jovens frequentadores 9º ano e jovens adultos de curso profissional 11º ano. Acompanhamento de jovens no projeto voluntariado na UCC. Ao nível da comunidade mais idosa, participou na reunião com parceiros sociais no âmbito do Projeto linha 65⁵ com objetivo de estabelecer um programa de apoio concertado como resposta às diversas situações problemáticas identificadas, fazendo a articulação destas situações com a sua atividade profissional. Ao nível da intervenção comunitária junto das famílias no âmbito do Projeto “À conversa com os pais” numa intervenção concertada entre a Escola, Família e Comunidade de mãos dadas, a mestrandia frequentou o Workshop “Conversas sobre Saúde Mental na Adolescência” organizada pela UCC e com participação da Pedopsiquiatra Ana Vasconcelos.

A aplicação do formulário e grelha de observação aos cuidadores de idosos em acolhimento familiar permitiu fazer o diagnóstico de situação deste grupo, sendo uma comunidade específica cuja intervenção do enfermeiro enquanto agente formal de cuidados é fundamental como suporte e apoio destes na atividade que desenvolvem junto das pessoas idosas. A consciencialização destes cuidadores da especificidade de cuidados que prestam a estas pessoas foi importante na medida em que explanaram as suas dúvidas aquando da aplicação do formulário, e que permitiu à mestrandia intervir naquele momento, aproveitando a oportunidade para capacitar esses cuidadores sobre necessidade

⁵ Linha telefónica destinada a pessoas com mais de 65 anos e a pessoas que se encontram em situação de dependência de outros, Linha 24 h para denúncia rápida e efetiva de maus tratos físicos e psicológicos para pessoas idosas e dependentes. Tem como parceiros a CRIAR-T, ACES AS, UCC, Juntas freguesia do Concelho, Câmara Municipal, Ministério público e ISS – Setúbal.

formativas manifestadas pelos mesmos ou observadas pela mestranda, pois todas as oportunidades de empoderamento são únicas para capacitar os cuidadores informais para o processo de cuidar da pessoa Idosa integrada em acolhimento familiar (Comunicação, Segurança, Alimentação, Higiene, Eliminação e Noções Básicas de Primeiros Socorros). Inicialmente os cuidadores olharam para este trabalho com alguma desconfiança, uma vez que este grupo legalmente se encontra numa situação híbrida como explicado anteriormente, com a entrega do consentimento livre e esclarecido e com a clarificação do objetivo do trabalho, rapidamente aceitaram participar. Os que aceitaram participar abriram as portas de suas residências, possibilitaram à mestrada observar o ambiente residencial, verbalizaram agrado pelos profissionais de saúde investirem na identificação e satisfação das suas necessidades formativas, e a comunidade local estar preocupada com estas pessoas idosas.

Desta forma, a mestranda conseguiu sensibilizar o próprio grupo para a importância da formação do cuidador no cuidado do idoso. Simultaneamente a participação de diversos profissionais da área da saúde e social na apresentação formal deste projeto, assim como junto do Presidente da Junta de freguesia, bem como a divulgação do projeto nas diversas instituições de saúde, IPSS e Junta de freguesia com a fixação de poster e distribuição de folhetos, possibilitou a sensibilização da comunidade para esta problemática (Apêndice XI).

Através dos dados recolhidos através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados a 60 % dos cuidadores identificados, permitindo caracterizar sócio demograficamente destes, assim como caracterizar sócio demograficamente as pessoas idosas, e identificar as necessidades educativas dos cuidadores de idosos. Foram excluídos dois cuidadores do estudo por o ambiente residencial ser um lar ilegal e quatro não aceitaram participar no estudo.

A aplicação da Escala NVS permitiu a identificar que 77,8% dos cuidadores os apresenta uma elevada probabilidade de ter baixa literacia em saúde, 22,2% dos cuidadores apresentam uma adequada literacia em saúde. Nenhum participante acertou totalidade das respostas corretas. Dentro da adequada literacia o cuidador tem 9 ou mais anos de escolaridade. Contudo, verifica-se que mesmo 80% dos cuidadores com 12 anos escolaridade apresentam uma baixa literacia em saúde (Quadro 3).

Desta forma o Quadro 3 resume os indicadores de avaliação propostos:

Quadro 3 - Indicadores Avaliação Propostos

INDICADOR	VALOR
Nº de formulários e Grelhas de observação aplicados / nº total de cuidadores idosos Identificados	60%
Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados/nº total de cuidadores idosos	100%
Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 0-1 questões corretas (Nível de Literacia Inadequada) / Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados	33,3%
Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 2-3 questões corretas (Nível de Literacia Marginal) / Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados	44,4%
Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 4-6 questões corretas (Nível de Literacia Adequada) / Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados	22,2%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Comunicação (Nome) / Nº total de cuidadores informais observados	86%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Segurança (Prevenção Infecções)/ Nº total de cuidadores informais observados	73%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Segurança (Prevenção Úlceras Pressão)/ Nº total de cuidadores informais observados	43%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Segurança (Prevenção Quedas) / Nº total de cuidadores informais observados	54,4%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Segurança (Medicação) / Nº total de cuidadores informais observados	49%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Segurança (Prevenção Engasgamento) / Nº total de cuidadores informais observados	54,7
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Alimentação (Geral/Confeção) / Nº total de cuidadores informais observados	100%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Alimentação (SNG) / Nº total de cuidadores informais observados	73%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Alimentação (PEG) / Nº total de cuidadores informais observados	82%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Higiene (Oral) / Nº total de cuidadores informais observados	27%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Eliminação (Estomas) / Nº total de cuidadores informais observados	73%
Nº de cuidadores informais com necessidades de formação em Noções Básicas de Primeiros Socorros / Nº total de cuidadores informais observados	76,5%

Fonte: Instrumentos recolha de dados

Ou seja, em pelo menos 73% dos cuidadores emergem necessidades educativas na área da comunicação, segurança, alimentação, eliminação e noções básicas de primeiros socorros.

Assim, face às necessidades formativas identificadas (Quadro 4) a mestranda desenvolveu um Projeto de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores de idosos em acolhimento familiar – Curso Orientar para Cuidar, e que foi implementado pela UCC em 18 novembro 2016, com a participação da mestranda, inscreveram-se no curso 25 cuidadores e iniciaram 17 cuidadores. Futuramente outras edições deste curso vão ocorrer nas restantes freguesias do município.

É premente uma intervenção articulada (saúde, educação e social) junto da comunidade. Este projeto surge do conhecimento deste problema, pela mestranda, da sua experiência e do contato com a realidade dos cuidadores em acolhimento familiar, com confirmação da visão e intenção dos parceiros que também intervém na comunidade, assumido como uma estratégia de elevado valor social para ser implementada, na comunidade.

8 ANÁLISE REFLEXIVA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das pessoas e comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos.

A concretização deste projeto, realizado no contexto de estágio ultima um percurso académico que permitiu o reconhecimento, a aquisição e o desenvolvimento de competências no âmbito da especialização em enfermagem comunitária, proporcionando uma reflexão sobre o conhecimento pois “...a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2005, p. 14). Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária não basta ter conhecimentos da prática diária, é fundamental adquirir o método e o rigor científico na aquisição de competências que lhe permita uma abordagem complexa de situações singulares, e assegurar a transferência do conhecimento especializado para a prática quotidiana.

O percurso profissional da mestranda teve início há 23 anos, desenvolvendo a sua atividade profissional no âmbito dos cuidados saúde primários nos últimos 16 anos. Esteve durante sete anos como coordenadora de uma Unidade de Cuidados Continuados do Concelho do Seixal, e simultaneamente na prestação direta de cuidados enfermagem domiciliários. Desde 2008 integrou a USF onde exerce funções como enfermeira de família, desde então é Coordenadora da Equipa de Enfermagem e membro do Conselho Técnico da USF desde 2013. Tendo por base a sua experiência profissional, a mestranda obteve creditação do Módulo de Estágio III.

Desde sempre que o desempenho profissional da mestranda tem sido norteado por competências científicas, técnicas e humanas, capacitando-a para a prestação de cuidados

de enfermagem à pessoa, família e comunidade, considera-se que existiam já competências neste âmbito só agora reconhecidas como tal (REPE, 2015).

Como futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária é da sua competência identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada cultura e área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados, desenvolvendo uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários tendo em consideração o contexto social, económico e político.

Em termos metodológicos a utilização da revisão de literatura sobre a problemática em estudo, e do planeamento em saúde permitiram a conceptualização de conhecimentos anteriormente adquiridos ao longo do exercício profissional da mestranda, proporcionando a organização e articulação do conhecimento com a prática clínica, proporcionando o desenvolvimento de novas competências inerentes à formação académica que agora termina.

A problemática dos cuidadores de idosos no domicílio era uma inquietação para a mestranda, que havia emergido da sua experiência em cuidados saúde primários anterior. A realização deste projeto proporcionou a consciencialização da sua responsabilidade profissional na tomada de decisão à luz dos pressupostos éticos e legais, numa intervenção comunitária segura e adequada às necessidades da comunidade consolidada através do conhecimento proveniente da evidência científica.

A revisão da literatura revelou que a nível nacional, os projetos existentes direcionados para cuidadores de idosos em acolhimento familiar são muito escassos. No âmbito da literacia em saúde existem muitos trabalhos quer a nível Nacional e Internacional. No entanto quando se associa a literacia em saúde como uma determinante dos cuidados prestados ao idoso em acolhimento familiar são muito poucos os trabalhos que abordam esta problemática. Assim, dando resposta a uma necessidade expressa pela equipa da UCC Seixal, sendo uma prioridade de intervenção desta, que vai de encontro à linha estratégica de intervenção do ACES AS. Por sua vez, enquadra-se nas atuais orientações estratégicas do PNS 2015 com extensão 2020 enquadrando-se no contexto político atual, contribuir para a melhoria no nível literacia em saúde dos cuidadores informais do Concelho do Seixal, revelou-se um grande desafio, mas também uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim a componente da investigação contribuiu para a aquisição de competências relacionadas com a produção de novo saber e a necessidade da adequação das estratégias e intervenções para dar resposta às necessidades de saúde identificadas.

No Estágio do Modulo I foi fundamental para compreender e entender os determinantes dos problemas de saúde de grupos integrados na comunidade, como o são os cuidadores de idosos em acolhimento familiar, ao fazer o diagnóstico de saúde, o que permitiu a aquisição de competências na avaliação do estado de saúde de um grupo/comunidade, gerindo e interpretando as informações obtidas.

A identificação das necessidades em saúde de um grupo específico de uma comunidade, com a sua identificação, definição de objetivos, prioridades, estratégias de intervenção, contribuiu para o desenvolvimento de competências de planeamento estratégico em saúde e desenvolvimento de um pensamento crítico relativo aos problemas existentes.

O Estágio do Modulo II proporcionou à mestranda o desenvolvimento do projeto de intervenção no âmbito da promoção da literacia em saúde dos cuidadores de idosos em acolhimento familiar de forma a contribuir para a capacitação do grupo e comunidade.

O estabelecimento de parcerias, com a autarquia, IPSS locais e profissionais, com vista à participação multisectorial, contribui para consolidar o desenvolvimento de competências no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

As intervenções realizadas visam a promoção de saúde, procurando capacitar os cuidadores para que, no exercício da sua autonomia, tenham conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e as condições de vida. A articulação com o enquadramento teórico de Nola Pender, ao nível da promoção de saúde salientando o compromisso e responsabilização de todos os sistemas em interação, assim como a perceção dos benefícios para o sistema pessoa, família, grupo ou comunidade.

O desenvolvimento de competências de gestão dos cuidados, através da metodologia utilizada proporcionou a organização das atividades a realizar, consolidado pela mestranda.

A implementação deste projeto constitui o ponto de partida para a otimização e dinamização da rede de suporte educativo deste grupo específico na comunidade, mas que futuramente abrangerá todo o Concelho do Seixal.

9 CONCLUSÃO

A concretização deste relatório encerra o percurso académico do Mestrado em Enfermagem Natureza Profissional na área de especialização Enfermagem Comunitária descrevendo de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas no Estágio Módulo I e II dando resposta às prioridades que emergiram no âmbito da literacia em saúde dos cuidadores de idosos em acolhimento familiar à luz de um enquadramento teórico e metodológico.

O envelhecimento faz parte da vida de cada pessoa a partir do momento que nasce. Todo o ser humano tem a necessidade de ser cuidado e a capacidade de cuidar do outro.

Assim o cuidado ao idoso com dependência constitui um grande desafio para os prestadores de cuidados, principalmente para os cuidadores informais que sendo familiar, vizinho, amigo assumem a responsabilidade destes cuidados, remunerado ou não.

O acolhimento familiar é uma resposta social que não tem sido uma opção prioritária em termos comunitários. Encontra-se numa situação híbrida, não se enquadrando na esfera dos cuidadores informais porque são remunerados, também não são profissionais do cuidado uma vez que não regulados como os enfermeiros enquanto profissionais de saúde.

Ao melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde, e a sua capacidade de usá-la de forma eficaz, a literacia em saúde é fundamental para a capacitação. A literacia em saúde implica que a pessoa detenha conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e as condições de vida.

Destaca-se assim a importância da proximidade entre profissionais de saúde e os cuidadores no sentido promover a literacia em saúde de quem cuida informalmente de alguém, pois um nível inadequado de literacia em saúde tem um impacto negativo ao nível da saúde individual e coletiva.

Então a literacia em saúde constitui uma condição chave na promoção e educação para saúde, na prevenção e gestão das doenças e empoderamento dos cidadãos e comunidade.

Pela pertinência da temática e face ao diagnóstico de situação local, foi desenvolvido pela mestranda o projeto- **Promoção da Literacia em Saúde dos Cuidadores de Idosos em Acolhimento Familiar**, inserindo-se no plano estratégico de intervenção comunitária emergente, indo de encontro à linha estratégica de intervenção do ACES AS, enquadrando-se no contexto político atual, contribuindo desta forma para a melhoria no nível literacia em saúde dos cuidadores informais do Concelho.

A escolha do local de estágio, baseou-se na experiência profissional da mestrada na área dos cuidados primários, e pela diversidade e riqueza do trabalho desenvolvido pela UCC junto da comunidade, onde o enfermeiro especialista em saúde comunitária tem uma ação determinante.

Assim encontravam-se sinalizadas 78 famílias de acolhimento de pessoas idosas dependentes. Destas, estavam 15 famílias identificadas pela USF do Concelho do Seixal, e aceitaram participar no estudo 9 destas famílias de acolhimento. Nestas 9 famílias de acolhimento existiam 24 cuidadores, dos quais aceitaram participar no estudo 11 cuidadores. Estas 9 famílias tinham ao seu cuidado 54 pessoas idosas, facultando a observação de 24 pessoas idosas nestes ambientes residenciais. Desta forma neste estudo a amostra considerada de conveniência foi constituída por 11 cuidadores e 24 pessoas idosas com dependência.

Dos 11 cuidadores de Pessoas idosas em acolhimento familiar dois foram excluídos por ser lar ilegal. Os cuidadores apresentam uma média de 59,6 anos. A amostra é constituída predominantemente por cuidadores do sexo feminino 89% e 11% sexo masculino, 44,4% dos cuidadores tem mais de 9 anos de escolaridade, e 33,3% tem o ensino primário incompleto ou sabe ler e escrever. Quanto à situação laboral atual todos os cuidadores referem não exercerem outra atividade para além de cuidar de idosos, sendo 88,9% remunerados pelos cuidados que prestam. Em 73% das situações permanecem mais de 12 horas com o idoso, e 66,6% cuidadores começaram por cuidar de um familiar direto. Neste contexto emergem necessidades de formação em 82 % dos cuidadores predominantemente na área da alimentação, posicionamentos, transferências, mobilização, levante, higiene e manipulação de estomas.

A aplicação da Escala NVS permitiu a identificar que 77,8% dos cuidadores os apresenta uma elevada probabilidade de ter baixa literacia em saúde, 22,2% dos cuidadores apresentam uma adequada literacia em saúde. Verifica-se também que todos os participantes com o ensino básico ou sabem ler/escrever apresentam inadequada literacia.

Dentro da adequada literacia os cuidadores têm 9 ou mais anos de escolaridade. Contudo, verifica-se que 80% dos cuidadores com 12 anos de escolaridade apresentam uma baixa literacia em saúde.

Das 54 pessoas idosas identificadas foram observadas 24, predomina o sexo feminino e idade superior a 80 anos. Relativamente ao tipo de patologia que está relacionada com a causa do nível de dependência predomina a Patologia Demencial, A avaliação da dependência foi efetuada através do Índice de Barthel, 61% das pessoas eram totalmente dependentes e 26% apresentavam dependência grave.

Em pelo menos 73% dos cuidadores emergem necessidades educativas na área da comunicação, segurança, alimentação, eliminação e noções básicas de primeiros socorros.

Assim, face às necessidades educativas identificadas a mestranda desenvolveu um Projeto de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores de idosos em acolhimento familiar – Curso Orientar para Cuidar, e que foi implementado pela UCC em 18 novembro 2017, com a participação da mestranda, inscreveram-se no curso 25 cuidadores e iniciaram 17 cuidadores. Futuramente outras edições deste curso vão ocorrer nas restantes freguesias do município.

Para a consecução deste trabalho foi fundamental para a mestranda conhecer as diversas atividades em que a UCC está envolvida ao nível da intervenção comunitária. A importância dos parceiros ao nível da saúde, educação e social no trabalho em rede desenvolvido pela UCC, na abordagem multidisciplinar numa ação concertada entre todos.

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária não basta ter conhecimentos da prática diária, é fundamental adquirir o método e o rigor científico na aquisição de competências que lhe permita uma abordagem complexa de situações singulares, e assegurar a transferência do conhecimento especializado para a prática quotidiana.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, T., Hofmann, K., Ackermann, S., Bucher, S., & Sakarya, S. (30 de Janeiro de 2014). Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Oxford Journals Medicine & Health Health Promotion International Volume 30, Issue 3* Pp. 725-735, 30(doi: 10.1093/heapro/dat096).
- Albertini, M., & Mencarini, L. (2014). Childlessness and Support Networks in Later Life: New Pressures on Familistic Welfare States? *Journal of Family Issues*, 35, 331–357 . doi: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0192513X12462537>.
- Assunção, V. A. (2015). *Avaliação da literacia em saúde oral e da saúde oral dos alistados e oficiais da Escola da Guarda – GNR*. Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa.
- Barrett, S. E., Puryear, J. S., & Westpheling, K. (Janeiro de 2008). Health Literacy Practices in Primary Care Settings: Examples from the field.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto, Porto. Acesso em 7 de Junho de 2016, disponível em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito* (2ª Edição). Coimbra: Quarteto.
- Carta de Otawa*. (03 de Dezembro de 1986). Acesso em 18 de Junho de 2016, disponível em Biblioteca Virtual em Saúde: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>
- Carvalho, A., Faria, S., Melo, A. T., Marta, Gonçalves, C., Paquete, P. S., . . . Lino, J. (2014). *Demência na Terceira Idade: Contributos Teóricos, Competências e Mobilizar Estratégias de Intervenção*. ADRAVE- Agência de Desenvolvimento Agência de Desenvolvimento.

- CNECV. (Julho de 2014). Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições. *80/CNECV/2014*. Acesso em 20 de 11 de 2015, disponível em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Colomé, I. C., Marqui, A. B., Jahn, A. d., Resta, D. G., Carli, R. d., Winck, M. T., & Nora, T. T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Electrónica de Enfermagem*, *13*(2), 306-312.
- Commission, E. (December de 2007). Health and long-term care in the European Union. *Eurobarometer - TNS Opinion & Socia*, *283*, p. 247. Acesso em 28 de Novembro de 2016, disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
- Commission, E. (2008). *Long-term Care in the European Union*. Fonte: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiam8qK6OzQAhUDbxQKHxcAARAQFggvMAI&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FBlobServlet%3FdocId%3D2781%26langId%3Den&usg=AFQjCNEH61s7qwkmZN3afEWZ1QXbboSvDg>
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (21 de Dezembro de 2016). Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. (<https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/um-futuro-para-a-saude-publication.pdf>). (F. C. Gulbenkian, Ed.) Lisboa, 2014.
- Deodato, S. (Dezembro de 2004). V Seminário Ética - A excelência do exercício, Prespetiva ética e deontológica. *Ordem dos Enfermeiros*, *nº 15*, 26 - 30.
- Deodato, S. (Fevereiro de 2014). Decisão Ética em Enfermagem - Do problema aos fundamentos para o agir. Almedina.
- Despacho. (2009). Regulamento da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. In: n. 10143/09. Diário da República.
- Despacho n.º 3618-A. (16 de Março de 2016). *Diário da República*, *2.ª série — N.º 49*, 8660(5)- 8660(6).
- DGS. (2 de Julho de 2004). Programa Nacional para a Saúde Pessoas Idosas. (<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>). Fonte: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Fonte: <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

- DGS. (Maio de 2015). *PNS - Revisão e Extensão a 2020*. Acesso em 3 Dezembro de 2016, disponível em Direção Geral da Saúde: <http://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada/>
- DL nº 101. (6 de Junho de 2006). *Diário República nº109, I SÉRIE-A*, 3856-3865.
- DL nº 391. (10 de Outubro de 1991). *DR nº233 - ISerie - A*, 5277-5281.
- Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1999). *Health Promotion: Models and Values* (Secund Edition). Oxford: University Press.
- Drent, A. (2014). *The Newest Vital Sign's Impact on Provider Communication*. Degree of Master of Arts, The University of Wisconsin-Milwaukee .
- ERS. (2015). Fonte: Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf
- Escoval, A. (17 de Setembro de 2014). <http://www.saudequeconta.org>. Acesso em 15 de Maio de 2016, disponível em Saude que conta: <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia>
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: a Contribution for the Knowledge on Health and Communications. *100*(doi: 10.1016/j.procs.2016.09.277). (P. C. Science, Ed.) Conference on ENTERprise Information Systems / International Conference on Project MANagement / Conference on Health and Social Care Information Systems and Technologies, CENTERIS / ProjMAN / HCist 2016, October 5-7, 2016: 1033-1041.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2015). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, C. G. (2009). *Envelhecimento e Lazer: um caminho para a qualidade de vida*. Mestrado Saúde Pública, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Portugal: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidde Católica Editora.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Porto: Lusodidacta.

- Forum, E. P. (Junho de 2016). Acesso em 4 de 12 de 2016, disponível em http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-consensus-paper_2016.pdf
- Freire. (2003). *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários á prática educativa*. São Paulo : Paz e Terra.
- Gil, A. P. (2010). *Heróis do Quotidiano- Dinâmicas Familiares Na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o doente Idoso no Domicílio*. Teses Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Gomes, M. J., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In: F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia: um* (1ª Edição ed.). Viseu: PsicoSoma.
- Gordilho, A., Sérgio, J., Silvestre, J., Ramos, L. R., Freire, M. P., Espindola, N., . . . Karsch, Ú. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso* Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade. disponível : http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf ed.
- Gori, C., Fernández, J.-L., & Wittenberg, R. (2016). *Longterm care reforms in OECD countries*. Great Britain: Policy Press.
- Guedes, S. I. (2011). *Cuidar de Idosos com Dependência em Contexto Domiciliário: Necessidades Formativas dos Familiares Cuidadores*. Tese Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Metadologia do planeamento da saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (Obras Avulsas ed.). Lisboa: Escola Nacional Saude Pública.
- INE. (2014). <https://www.ine.pt/documentos/municipios/1510.pdf>. Fonte: <https://www.ine.pt/documentos/municipios/1510.pdf>
- ISS, I. d. (19 de Fevereiro de 2014). Guia Prático – Acolhimento Familiar – Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência. www.seg-social.pt.
- Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., & Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e Economia Social, perspetivas atuais*. Viseu: Psico&Soma - Livraria, editora, Formação e empresas, Lda.

- Kickbusch, I. e. (2013). Health literacy. The solid facts. WHO Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-wellbeing/>.
- Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*, 21, 253-268.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde - Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lemos, J. A. (2012). *Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Leuschner, A. (2005). Política de Saúde na área do Envelhecimento e da Demência. In: A. M. A. Caldas, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 237-250). Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Lopes, M. F., & Monteiro, M. (2015). Cuidadores Informais: da Vivência à Sobrecarga da Experiência Saúde: do Desafio ao compromisso (p. 497). Chaves: Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Acção*. Coimbra: Almedina.
- Luís, L. F. (2010). *Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4264/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Luis%20Francisco%20Soares%20Luis.pdf>.
- Mancuso, J. (Março de 2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 77-89.
- Mark, L. (Novembro/Decembe de 2009). Health literacy and the elderly. *Osteopathic Family Physician*, Vol 1(Nº 3), pp. 64-69. Fonte: <http://www.ofpjournal.com/index.php/ofp/article/download/83/54>.
- Martins, A. C., & Andrade, I. M. (Novembro/ Dezembro de 2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 3*(<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1399>), 75-84.

- Martins, C. (Dezembro de 2011). Cuidados Enfermagem Especializados - Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento - MCEEC. *Ordem Enfermeiros*, 38(III Conferência de Regulação Conselho Enfermagem), 44- 46.
- Martins, T. (2006). *AVC - Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de vida e Bem estar dos doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra. 1ª ed; Formasau.
- Mendes, F., Gemito, L., Cruz, D., & Lopes, M. (2013). *Enfermagem Contemporânea - Dez temas , Dez Debates* (Vol. nº1). Universidade de Évora.
- Monaham, D. J. (2011). Utilization patterns of caregiver education and support programs. In: R. W.Toseland, D. Haigler, & D. J. Monaham, *Education and support programs for caregivers. Research Practice Policy* (pp. 29-43). New York: Springer.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078.
- Ordem Enfermeiros. (18 de 02 de 2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acesso em 06 de 05 de 2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Ordem Enfermeiros. (18 de 02 de 2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acesso em 06 de 05 de 2016, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Ordem Enfermeiros. (22 de Outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Acesso em 8 de Dezembro de 2016, disponível em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitasaudepublica.pdf>
- OECD. (2013). (O. Publishing., Editor) Acesso em 3 de Dezembro de 2016, disponível em Health at a Glance : OECD Indicators: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- OMS. (1998). Health Promotion Glossary. disponível em : (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>). Geneve.

- OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015.* disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>.
- OPSS. (2016). *Saúde Procuram-se Novos Caminhos - Relatório primavera 2016.* disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf.
- Osborn, C., Weiss, B., Davis, T., Skripkauskas, S., Rodrigue, C., Bass, P., & Wolf, M. (2007). Measuring adult literacy in health care: performance of the Newest Vital Sign. *Am J Health Behav*, S36-S46.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice.* Columbia: Library og Congress Cataloging in Publication Data.
- Pimenta, G. M., Costa, M. A., & Gonçalves, L. H. (Setembro de 2009). Perfil do Familiar Cuidador de Idoso Fragilizado em Convívio Doméstico da grande Região do Porto. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*, 43, 609-614. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300016
- Pinto, D. C. (2013). *Porque vão os Idosos para Lares? Determinantes do Internamento de Pessoas Maiores de 65 anos em Instituições de Longa Permanência.* Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde, Universidade de Lisboa - Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Plano Nacional de Saúde - DGS - 2012-2016.* (04 de Maio de 2016). Fonte: Plano Nacional de Saúde - DGS - 2012-2016: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Polit, D., Beck, C., & Hunger, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- PORDATA. (07 de setembro de 2016). *PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo.* (INE, Produtor) Acesso em 02 de Dezembro de 2016, disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). (2015). *Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº156/2015, de 16 Setembro.*
- Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção de Saúde. In: A. M. Tomey, & M. R. Alligoog, *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 699-709). Loures: Lusociência.

- Santos, I. A. (2011). *Avaliação das Necessidades Educaionais dos Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia - Contribuição para a validação de um questionário*. Dissertação Mestrado, Universidade Nova de Liboa, Faculdade de Ciências Médicas.
- Saúde, O. M. (1978). *Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários*. Acesso em 29 de Novembro de 2016, disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Portugal: Lidel.
- Serrão, C. (Dezembro de 2014). Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade. (E. S. Escola Superior de Educação do IPPorto, Ed.) Fonte: <http://www.esse.ipp.pt/projetos/docs/mbp.pdf>
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (Agosto de 2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. Rio Janeiro. Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/11.pdf>
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família. – os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Souza, D., & Rua, M. (Dezembro de 2013). E-Book - Cuidadores Informais de Pessoas Idosas: Caminhos de Mudança. (U. A. Editora) Aveiro.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª edição ed.). Loures: Lusodidacta.
- Tannahill, A. (2009). Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*, 123 396–399. disponível em: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(09\)00059-6/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(09)00059-6/pdf).
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de pLaneamento em saúde*. Lisboa: Central de Impressão do Hospital de Dona Estefânia.
- Tobio, C. T. (2010). *El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI* (Vol. 28). Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Tomey, A. M., & Alligoog, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- UNESCO. (Janeiro de 2009). *Health Literacy and Sustainable Development*. Acesso em 06 de 05 de 2016, disponível em <http://unchronicle.un.org/article/health-literacy-and-sustainable-development/>

- Vassal, R. (17 de Março de 2016). Acesso em 6 de Maio de 2016, disponível em <http://www.tempomedicina.com/noticias/30952>
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Chimenes, L. B. (15 de Fevereiro de 2005). Análise do Diagrama do modelo de promoção de Nola J. Pender. pp. 235-240.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1994). Introduction to Community Empowerment, Participation, Education, and Health". In: *Health Education Quarterly: Special Issue Community Empowerment Participatory Education, and Health* (pp. 141-170).
- Weiss, B., M. M., Martz, W., Castro, K., D.DeWalt, M., P., & Mockbee J., H. F. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, p.514-22.
- WHO. (2008). Relatório Mundial da Saúde. In: *Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que Nunca*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- WHO. (2013). Health Literacy, The solid facts. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-wellbeing/>). Copenhagen, Regional Office for Europe.

DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS

- Leal, M. (Dezembro de 2015). *Reflexão Ética sobre um Princípio e um valor da ética de Enfermagem*. Lisboa, Universidade Católica Lisboa - Instituto Ciências da Saúde.
- Tiago, V. (2012). *Diagnóstico de Enfermagem Comunitária da População dos Cuidadores Informais dos Idosos da ECCI de Rio Maior: Sobrecarga do Cuidador Informal dos Utentes da ECCI de Rio Maio*. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde, Rio Maior.
- UCC Seixal (2008). *Plano de Ação*. Seixal
- USF FFMais(2015). *Relatório Atividade 2015*. Fernão Ferro.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL ESTÁGIO MODULO I E II



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**Promoção da Literacia em Saúde dos cuidadores informais
em ambiente residencial –
famílias de acolhimento de idosos**

Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em
Enfermagem Comunitária

Por
Maria Manuela Pinto Fernandes Leal

Lisboa, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE:
Promoção da Literacia em Saúde dos cuidadores informais
em ambiente residencial –
famílias de acolhimento de idosos**

Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Enfermagem Comunitária

Por

Maria Manuela Pinto Fernandes Leal

Sob a orientação de

Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo

Lisboa, 2016

"Ainda que os teus passos pareçam inúteis,
vai abrindo caminhos, como a água que desce
cantando da montanha. Outros te seguirão..."
(Saint-Exupéry)

SIGLAS

- ACES AS – Agrupamento Centros de Saúde Almada Seixal
- ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- REPE – Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros
- UCC Seixal – Unidade Cuidados Comunidade do Seixal
- URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- USF – Unidade Saúde Familiar
- USP – Unidade de Saúde Pública

SUMÁRIO

	página
INTRODUÇÃO	II
1 – OBJETIVOS	VII
1.1 – Objetivos gerais	VII
1.2 – Objetivos Específicos	VII
2 – CRONOGRAMA	IX
3 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO	X
4 – CONCLUSÃO	XI

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio integrado no Curso de Mestrado Natureza Profissional na área de especialização Enfermagem Comunitária, tendo como objetivo a apresentação do projeto individual de estágio para aprovação e registo.

No sentido de adquirir e desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária pela mestranda é fundamental, durante o percurso de formação, a frequência de um período de estágio, que proporcione este desenvolvimento de forma consciente, e orientada. Atualmente a mestranda encontra-se nesta fase, estando a realizar os Módulos de estágio I (de 26/04/2016 a 18/06/2016) onde irá ser desenvolvido um diagnóstico de situação de saúde e de necessidades em cuidados de enfermagem. O Modulo de Estágio II (de 01/09/2016 a 26/10/2016) com a implementação de um projeto de intervenção comunitária dando resposta às prioridades que emergiram do diagnóstico de situação.

Ambos os estágios serão desenvolvimentos sob a tutoria da Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo e orientação Enf.^a Especialista Enfermagem Comunitária Vera.

Relativamente ao Módulo de Estágio III, a mestranda obteve creditação, tendo por base a sua experiência profissional. Terminado o Bacharelato Enfermagem em 1993, esteve dois anos no Hospital D. Estefânia (Neurologia, Gastroenterologia e Nefrologia) e três anos no Hospital dos Capuchos (Serviço Medicina e Urgência Geral). Em 1996 recebeu convite para ser responsável do Serviço Urgência Pediatria do Hospital Fernando Fonseca, onde permaneceu três anos em requisição de serviço. Em 1999 solicitou transferência para a ARSLVT – Centro Saúde de Amora, onde permanece desde então. Durante os últimos 16 anos esteve sete anos como coordenadora da Unidade de Cuidados Continuados de Amora, desde 2008 integrou a USF Amora Saudável onde exerce funções como enfermeira de família, sendo Coordenadora da Equipa de Enfermagem desde o início e como membro do Conselho Técnico da USF desde 2013.

Desde sempre que o desempenho profissional da mestranda tem sido norteado por competências científicas, técnicas e humana, capacitando-a para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade. (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE))

Como enfermeira especialista em enfermagem comunitária é da sua competência identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada cultura e área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados, desenvolvendo uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários tendo em consideração o contexto social, económico e político.

A comunidade é por excelência o local de eleição para a intervenção comunitária. Sendo a este nível que as Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) detêm um papel preponderante prestando "... cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, e 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 e redes de apoio á família e na implementação de unidades moveis de intervenção" (UCC Seixal, 2008, p.5)

A escolha do local de estágio, baseou-se na experiencia e riqueza do trabalho desenvolvido pela UCC Seixal junto da comunidade, onde o enfermeiro especialista em saúde comunitária tem uma ação determinante no "*no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e "empowerment" das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas...*" (Ordem Enfermeiros, 2011).

A Literacia é um direito humano sendo considerada uma ferramenta de capacitação pessoal, um meio para o desenvolvimento social e humano. Oportunidades educacionais dependem da literacia. Sendo considerada essencial para a erradicação da pobreza, a melhoria do status sócio- económico das comunidades, reduzindo as taxas de morbilidade e mortalidade, o aumento demográfico, proporcionando a igualdade de género e promovendo o desenvolvimento sustentável a nível local, regional e nacional (UNESCO, 2009).

Por sua vez a literacia em saúde implica que a pessoa detenha conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e as condições de vida. Assim, a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos e assumir compromissos. Ao

melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde, e a sua capacidade de usá-la de forma eficaz, a literacia em saúde é fundamental para a capacitação. (UNESCO, 2009)

A literacia em saúde é uma prática que se desenvolve ao longo do ciclo de vida podendo ser considerado como um meio per si e não um fim.

O projeto “Saúde que Conta”, é uma iniciativa de investigação no âmbito da Capacitação do Cidadão em Saúde, coordenado por Ana Escoval, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e revelou que, nos últimos 15 anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde tem implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e nos gastos em saúde. Através de uma rede de colaboração académica constituída por 12 escolas de saúde de todo o país, ENSP-UNL integrou o projeto europeu Health Literacy Survey – EU, tendo sido aplicado o Questionário Europeu de Literacia em Saúde em Portugal (HLS-EU-PT). Este questionário integra três domínios da saúde – Cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e quatro níveis de processamento da informação considerados essenciais ao processamento da tomada de decisão, ao nível do acesso, compreensão, avaliação e utilização. Este estudo revelou que dos inquiridos (1004 pessoas representativas de todas as regiões de Portugal) 61.4 % apresentavam níveis de literacia da saúde em geral inadequados e problemáticos. Ou seja, é fundamental que no discurso da promoção da saúde e prevenção da doença em todos os níveis, internacional, nacional e, em particular, ao nível local, estejam incluídas estratégias de promoção da literacia em saúde, devendo ser encaradas como investimentos sólidos e sustentáveis. (Escoval, 2014)

Assim, é fundamental promover um envelhecimento ativo, o autocuidado e os cuidadores informais será outra aposta, manter os idosos no ambiente residencial, apoiados por cuidadores informais devidamente capacitados e dotados de conhecimentos básicos que lhes permita uma tomada de decisão autónoma perante uma determinada situação. Afinal, o importante é que a pessoa faça uso da informação que tem para realizar as opções diárias que permitem ter uma vida mais saudável. Significa que o nível de literacia em saúde condiciona a tomada da decisão diária no autocuidado.

É nesta linha de ação que Adalberto Campos Fernandes refere que, o Programa Nacional para a Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados pretende apoiar e capacitar as pessoas e habilitá-las a tomar decisões sobre a sua saúde e a forma como

utilizar os serviços de saúde» (Vassal, 2016),“... preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento.” (Despacho n.º 3618-A/2016, 2016)

Destaca-se assim a importância da proximidade entre profissionais de saúde e os cuidadores no sentido de também promover a literacia em saúde de quem cuida informalmente de alguém, pois um nível inadequado de literacia em saúde tem um impacto negativo ao nível da saúde individual e coletiva.

O conceito de cuidador informal tem emergido nas últimas décadas, na literatura e investigação. Este é baseado na prestação de cuidados regulares, não remunerados, na presença ou na ausência de um vínculo formal, sendo assegurados por familiares e comunidade (Silveira, Caldas, & Carneiro, 2006). O desenvolvimento de estratégias por parte da comunidade no sentido de preservar a autonomia e dignidade da pessoa, na qual a manutenção no domicílio deve ser privilegiada, em que as famílias/cuidadores informais são os responsáveis pela prestação desses cuidados, devidamente capacitados para tal, sendo fundamental a supervisão dos profissionais de saúde, quando na maior parte das vezes o cuidador não possui qualquer formação e preparação para essa prestação de cuidados. (Tiago, 2012)

A problemática das necessidades educativas dos cuidadores informais vem sendo abordada desde 2014 pela USF FF Mais do concelho do Seixal, como uma necessidade de intervenção emergente, documentado no relatório de atividades de 2015 desta unidade funcional, e sendo verbalmente expressa pela Responsável da Equipa de Enfermagem desta unidade funcional e por todos os enfermeiros da UCC Seixal.

“Durante o ano 2015 solicitação de cuidados... a utentes cuja residência são casas de acolhimento ou lares subiu de 28 em 2014 para 72 em 2015, significa que 35,4% dos cuidados no domicílio de enfermagem foram a utentes institucionalizados” (USF FF Mais, 2015, p. 14). Tendo sido identificadas 11 famílias de acolhimento nesta comunidade local.

Perante esta realidade, pela pertinência da temática e face ao diagnóstico de situação local, o desenvolvimento pela mestranda do projeto cujo objetivo geral é **Promover a Literacia em Saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial – famílias de acolhimento de idosos** insere-se no plano estratégico de intervenção comunitária emergente.

Assim a escolha da área a trabalhar, deve-se á necessidade sentida pela mestranda durante o seu exercício profissional ao nível dos cuidados saúde primários, dando resposta a uma necessidade expressa pela equipa da UCC Seixal, sendo uma prioridade de intervenção desta, que vai de encontro á linha estratégica de intervenção do ACES AS e que por sua vez se enquadra nas atuais orientações na área da saúde da DGS enquadrando-se no contexto politico atual, contribuindo desta forma para a melhoria no nível literacia em saúde dos cuidadores informais do Concelho do Seixal.

O presente projeto vai ser apresentado de acordo com as normas da APA.

1 – OBJETIVOS

1.1 – Objetivos gerais

- Promover a Literacia em Saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial
– famílias de acolhimento de idosos

1.2 – Objetivos Específicos

Partindo da temática e objetivo geral estabelecido, a realização de dois módulos de estágio consecutivos. No primeiro Módulo de estágio os objetivos específicos estão orientados para o diagnóstico de situação com delimitação da área a intervir e avaliação das necessidades existentes. No segundo Módulo de estágio os objetivos específicos estão orientados para a implementação do projeto de intervenção e planeamento da sua continuidade.

Módulo de Estágio I (26/04/16 a 18/06/2016)	
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver
<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de Situação - Identificar as necessidades de intervenção na UCC Seixal	<ul style="list-style-type: none">• Reunião com enfermeira orientadora com o objetivo de identificar área problemática• Consulta de normas e protocolos• Reunião com enfermeira responsável da USF FF Mais e enfermeiros da UCC Seixal• Identificação da área de intervenção• Pesquisa bibliográfica sobre a temática identificada• Identificação das necessidades da população-alvo• Identificação da metodologia a adotar: instrumentos de recolha de dados, amostra, cronograma, avaliação• Apresentação do projeto á equipa UCC
Identificar população – alvo – Cuidadores informais de idosos em ambiente residencial	<ul style="list-style-type: none">• Reunião com enfermeira responsável da USF FF Mais e enfermeiros da UCC Seixal• Consulta de plano de Ação e Relatório de Atividades da UCC, relatório de Atividades 2015 da USF FF Mais e ACES
Caracterizar os níveis de literacia e necessidades educativas dos cuidadores informais	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação dos instrumentos de colheita de dados versão Portuguesa de Newest Vital Sign e Grelha de observação• Análise dos resultados obtidos

Módulo de Estágio II (01/09/16 a 26/10/2016)	
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver
<p>Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária no âmbito do empoderamento do cuidador informal em literacia em saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de parcerias com outras entidades da comunidade • Articulação da UCC com outras Unidades Funcionais do ACES AS • Planeamento do curso de formação para cuidadores informais • Análise crítica dos programas/projetos no âmbito da enfermagem comunitária
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver intervenções na equipa de enfermagem da UCC Seixal para continuidade do projeto • Planear intervenções futuras numa perspetiva de continuidade de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do planeamento do curso á equipa UCC • Participação em diversas atividades da UCC: ECCI, Saúde Escolar, Projeto 65, Saúde sobre rodas, Construir Saúde, Formar para cuidar.
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica da prática de cuidados especializados • Desenvolver a capacidade de comunicação oral e escrita 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do Relatório de Estágio • Apresentação dos resultados do projeto à equipa

2 – CRONOGRAMA

Etapas do Planeamento em Saúde	Atividades	Abril	Maio				Junho			Setembro				Outubro				
		1s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	
Diagnóstico de Situação	Identificação da temática, projeto de intervenção e população alvo																	
	Seleção e Elaboração de Instrumentos de Colheita de Dados: Newest Vital Sign versão portuguesa, grelha de observação dos cuidadores informais, consentimento informado																	
	Aplicação dos instrumentos de colheita de dados																	
	Análise dos Dados																	
Definição de Prioridades	Planeamento do curso de formação cuidadores informais																	
Fixação de Objetivos	Planeamento do curso de formação cuidadores informais																	
Seleção de Estratégias	Planeamento do curso de formação cuidadores informais																	
Execução	Desenvolvimento do curso de formação cuidadores informais																	
Avaliação	Avaliação Contínua																	

3 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO

A avaliação segundo a OMS citado por Tavares “é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente”, permitindo verificar os pontos fortes e todas as oportunidades de melhoria, mas também os diversos obstáculos e formas de os ultrapassar (Tavares, Métodos e técnicas de pLaneamento em saúde, 1990, p. 205).

Assim, avaliação tem que ser precisa e pertinente, permitindo comparar “os estado inicial e final de população alvo, antes e após de implementação dos projetos ...”, através dos indicadores, sejam eles de processo, resultado ou atividade (Tavares, Métodos e técnicas de pLaneamento em saúde, 1990, p. 214).

Alguns indicadores de avaliação:

- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados/n° total de cuidadores informais
- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 0-1 questões corretas (Nível de Literacia Inadequada) / N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 2-3 questões corretas (Nível de Literacia Marginal) / N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 4-6 questões corretas (Nível de Literacia Adequada) / N° de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- N° de cuidadores informais com necessidades de formação em / N° total de cuidadores informais observados (a replicar por cada necessidade identificada)

4 – CONCLUSÃO

No passado, o acesso à informação sobre a saúde estava predominantemente reservada aos profissionais de saúde, deixando de fora a população em geral. Hoje em dia, existe uma grande diversidade de informações sobre saúde, que deve ser divulgada de forma adequada e adaptada à população alvo, senão corre-se o risco dessa informação ser mal compreendida e mal interpretada, contribuindo para o adiamento da tomada de decisão, o não cumprimento de planos terapêuticos medicamentosos, a recusa de intervenções recomendadas e o inventar de desculpas (Mark, 2009).

A literacia em saúde é uma prática que se desenvolve ao longo do ciclo de vida. A promoção de um envelhecimento ativo ao longo da vida é um objetivo no plano atual de saúde, sendo fundamental a capacitação da pessoa quer para o autocuidado, quer para cuidar do outro enquanto parceiro de cuidados. Assim é fundamental que o cuidador esteja devidamente capacitado e dotado de conhecimentos básicos que lhe permita uma tomada de decisão autónoma e consciente. Afinal, o importante é que a pessoa faça uso da informação que tem para realizar as opções diárias que permitem ter uma vida mais saudável. Significa que o nível de literacia em saúde condiciona a tomada a decisões diárias no autocuidado.

Como expressão da vontade e da preocupação política sobre a importância do papel do cidadão no sistema de saúde português na tomada de decisão informada sobre a sua saúde, quer a título individual ou coletivo, foi criado o “Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, preparando e apoiando prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento” (Despacho n.º 3618-A/2016, 2016, p. 8660(5)).

Os enfermeiros enquanto promotores da saúde devem estar conscientes das necessidades das diversas populações, proporcionando informações fiáveis, adequado às suas necessidades de informação, essenciais a uma tomada de decisão informada. A existência de materiais de educação em saúde, linguisticamente apropriados, uma aposta em sessões de educação para a saúde focalizada nas necessidades dos cuidadores informais, pode ser um importante instrumento a utilizar por estes na promoção da saúde. O desconhecimento dos níveis de literacia em saúde da rede de cuidadores informais é uma

preocupação manifestada pela Equipa da UCC e do próprio ACES. Pelo que para a mestranda fazia todo o sentido desenvolver o projeto – **promoção da literacia em saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial**, pois encontra-se perfeitamente identificado como uma área com necessidade de intervenção comunitária no Concelho do Seixal, e contextualizado pelo atual enquadramento político na área de saúde como sendo uma prioridade de intervenção emergente.

O atual projeto, a desenvolver no Modulo I e II que tem lugar na UCC Seixal, irá contribuir para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. A utilização da metodologia de Planeamento em Saúde será fundamental para a prossecução dos objetivos, permitindo estruturar e gerir os recursos disponíveis e as estratégias a desenvolver.

Neste estágio a mestranda será orientada por uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária detentora de um vasto leque de conhecimentos experiência ao nível da intervenção comunitária, salientando que a sua tese de mestrado foi desenvolvida na área do cuidador informal e das necessidades destes em termos de sobrecarga, considerando assim uma mais valia na aquisição de competências como enfermeira especialista. Acreditamos que este estágio irá propiciar grandes momentos de grande aprendizagem, crescimento e de reflexão extremamente importantes no desempenho da prática profissional.

Dada a fase inicial de planificação deste projeto, este é um processo que vai sendo co construído ao logo do estágio, próprio da dinâmica da metodologia de planeamento em saúde, sendo efetuados ajustamentos/alterações de acordo com as necessidades e avaliações contínuas. Algumas limitações poderão vir a condicionar este projeto, não sendo possível neste momento identificá-las.

5 – BIBLIOGRAFIA

- Carla Serrão. (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade*. Projeto Literacia em Saúde.
- Constituição. (2005). *Constituição República Portuguesa, VII REVISÃO CONSTITUCIONAL*.
- Despacho n.º 3618-A/2016. (16 de 03 de 2016). *Diário da República, 2.ª série — N.º 49*, 8660(5)- 8660(6).
- Enfermeiros, O. d. (18 de 02 de 2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 06 de 05 de 2016, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Escoval, A. (2014). <http://www.saudequeconta.org>. Obtido em 15 de 05 de 2016, de Saude que conta: <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde - Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lemos, J. A. (2012). *AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Mark, L. (2009). Health literacy and the elderly. *Osteopathic Family Physician, Vol 1*(Nº 3), November/Decembe p. 64-69. Obtido de <http://www.ofpjournal.com/index.php/ofp/article/download/83/54>.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiro (REPE). (s.d.). *Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº156/2015, de 16 Setembro*.
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. Rio Janeiro. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª edição ed.). Loures: Lusodidacta v22n8/11.pdf

Programa Nacional Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado, SNS, 2016, obtido em 18 maio 2016 em <https://www.sns.gov.pt/programa-nacional-educacao-literacia-e-autocuidados/programa-nacional/>

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério Saúde.

Tiago, V. e. (2012). *DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA POPULAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS DOS IDOSOS DA ECCI DE RIO MAIOR - SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DOS UTENTES DA ECCI DE RIO MAIOR*. INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM - Escola Superior de Saúde, Rio Maior.

UNESCO. (2009). *Health Literacy and Sustainable Development*. Obtido em 06 de 05 de 2016, em <http://unchronicle.un.org/article/health-literacy-and-sustainable-development/>

Vassal, R. (2016). Obtido em 6 de Maio de 2016, em <http://www.tempomedicina.com/noticias/30952>

Weiss, B., M. M., Martz, W., Castro, K., D.DeWalt, M., P., & Mockbee J., H. F. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, p.514-522.

DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS

- UCC Seixal (2008). Plano de Ação.
- USF FFMais(2015). *Relatório Atividade 2015*. Fernão Ferro.

**APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO E COMUNICAÇÃO
AO NÚCLEO DE FORMAÇÃO DO ACES AS**

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES Almada/Seixal

Dr. Luís Amaro

AUTORIZO

13.5.016

Eu, Maria Manuela Pinto Fernandes Leal, enfermeira na USF atualmente encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Natureza Profissional – área de especialização de Enfermagem Comunitária, no Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

No âmbito do curso acima referido, estou a realizar os Módulos de estágio I e II da Unidade Curricular Estágio na Unidade Cuidados na Comunidade do , sob a orientação científica da Sra. Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo (simoesfigueiredo@ics.lisboa.ucp.pt) e sob orientação, no local de estágio da Sr^a. Enf^a Especialista .

De acordo com os objetivos de estágio, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitária, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde. A temática deste trabalho centra-se na Promoção da Literacia em Saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial – famílias de acolhimento de idosos

Assim, venho por este meio solicitar autorização para a concretização deste projeto na UCC , aplicando todas as etapas inerentes à metodologia utilizada, desde o Diagnóstico de Situação até à Avaliação, salvaguardando todos os procedimentos científicos e éticos inerentes ao processo desta natureza.

Todavia, irei informar o Núcleo de Formação e Investigação do ACES Almada/ Seixal para formalização processual do projeto.

Atenciosamente e ao dispor para esclarecimento de qualquer dúvida, aguardo resposta.

Maria Manuela Pinto Fernandes Leal

Email: mmpfleal@gmail.com

Telf. 965 707 111

Ex.ª Responsável Núcleo de Formação e Investigação do ACES Almada/ Seixal

Srª Enfª Amélia Silva

Eu, Maria Manuela Pinto Fernandes Leal, enfermeira, atualmente encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Natureza Profissional – área de especialização de Enfermagem Comunitária, no Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

No âmbito do curso acima referido, estou a realizar os Módulos de estágio I e II da Unidade Curricular Estágio na Unidade Cuidados na Comunidade, sob a orientação científica da Sra. Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo (simõesfigueiredo@ics.lisboa.pt) e sob orientação, no local de estágio da Srª. Enfª Especialista Vera Tiago.

De acordo com os objetivos de estágio, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitária, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde. A temática deste trabalho centra-se na Promoção da Literacia em Saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial – famílias de acolhimento de idosos.

Assim, venho por este meio informar o Núcleo de Formação e Investigação do ACES Almada/ Seixal sobre a concretização deste projeto na UCC, salvaguardando todos os procedimentos científicos e éticos inerentes ao processo desta natureza.

Atenciosamente e ao dispor para esclarecimento de qualquer dúvida, aguardo resposta.



Email: mmpfleal@gmail.com

Telf. 995 707111

**APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA UCC,
PARA MENCIONAR O NOME DA INSTITUIÇÃO NO ATUAL
PROJETO**

Exmª Srª Enfª

Coordenadora da Unidade Cuidados Comunidade -

Agrupamento dos Centros de Saúde Almada e Seixal

Enfª Manuela leal

Mestranda em Enfermagem Comunitária

Tendo me sido solicitada, pela Srª Enfermeira Manuela Leal, informação escrita relativamente á UCC, de forma a autorizar a menção e identificação da Unidade Cuidados na Comunidade que coordeno, no seu relatório final de estágio realizado nesta unidade de saúde, autorizo que a mesma possa ser identificada no relatório referido, desde que seja respeitado o anonimato dos intervenientes, tanto profissionais como utentes que colaboraram no respetivo estudo.

A coordenadora da UCC-

, 10.05.2016

Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada e Seixal

(Enf.)

APÊNDICE IV – PROJETOS UCC

<i>Projeto Construir Saúde</i>	Visa contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis/promotores da saúde, comportamentos de autocuidado e bons níveis de saúde e bem-estar da população que reside ou frequenta instituições de apoio comunitário
<i>Projeto Espaço para a esperança</i>	Problemática da violência doméstica, intervindo junto das vítimas, face ao seu impacto na saúde desta, e de toda a sua dinâmica familiar, a sua representação social, promovendo a sua saúde física e mental e a integração social das mesmas
<i>Projeto Preparação para a Parentalidade</i>	Tem como objetivo preparar a mulher/casal para o nascimento do seu bebé, o momento do parto, as alterações físicas, psicológicas, sociais e relacionais que ocorrem durante a gravidez
<i>Projeto Saúde Mental na Infância e Adolescência</i>	Pretende identificar, encaminhar e acompanhar crianças/jovens com perturbações psiquiátricas em contexto familiar/escolar/comunitário para minimizar o impacto da doença mental
<i>Programa de Intervenção Integrada na Área da Criança/Jovem com Necessidades Especiais</i>	Grupo multidisciplinar, resultante da cooperação e interligação entre a escola e os serviços de saúde. Plano de acompanhamento adequado, mobilizando os recursos necessários, para apoiar a sua inclusão escolar, dando respostas às necessidades especiais de cada criança/jovem (problemas de saúde física ou mental com possibilidade de afetar a aprendizagem)
<i>Projeto Saúde escolar</i>	Inserido no Plano Nacional de Saúde Escolar, tem-se como objetivo a melhoria da saúde das crianças/jovens e restante comunidade educativa, através da realização de atividades assentes na vigilância e promoção da saúde e na aquisição de conhecimentos e competências na promoção da saúde
<i>Projeto de intervenção comunitária à população sem abrigo</i>	Tem como objetivo assegurar uma resposta integrada à população identificada em situação de sem abrigo, utilizando o modelo de intervenção e acompanhamento implementado pelo núcleo de planeamento e intervenção dos indivíduos em situação de “sem abrigo” do Concelho do Seixal, constituído no âmbito da rede social
<i>Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Seixal</i>	Prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais às famílias com crianças (0 aos 6 anos) com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento com o objetivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento. Enquadra-se na Equipa de Intervenção Local do Seixal (ELI) e pressupõe a articulação e encaminhamento dos casos com as diferentes Unidades funcionais onde as crianças/famílias se encontram escritas, instituições educativas e hospital de referência;
<i>Projeto Intervenção Comunitária com recurso a Unidade Móvel</i>	Abrange o Bairro da Cucena, Vale de Chicharos, Quinta da princesa, Bairro de Santa Marta – Corroios, Gira Lua, CRIAR T: visa a promoção da saúde da população ao longo do ciclo de vida. Dirige-se a todas as famílias identificadas pela equipa de saúde e pelas estruturas da comunidade mediante uma resposta integrada e comunitária
<i>Intervenção Comunitária na Cooperativa “pelo sonho é que vamos</i>	No centro de acolhimento temporário de menores em risco” Janela Aberta”: proporciona às crianças institucionalizadas no CAT Janela aberta vigilância de saúde infantil com monitorização e atualização do PNV promovendo a continuidade dos cuidados de saúde necessários a cada criança/jovens

<i>Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Seixal</i>	É uma comissão da rede nacional e visa promover os direitos das crianças/jovens e prevenir ou por termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral
<i>Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco</i>	Inserir-se no Programa Nacional “Maus-tratos em crianças e Jovens – Intervenção de Saúde da DGS e tem como objetivo estabelecer a primeira linha de identificação e intervenção na prevenção de maus-tratos em crianças e jovens
<i>Equipa de Cuidados Continuados Integrados</i>	Equipa multidisciplinar (integrada nas respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), a sua intervenção assenta maioritariamente na prevenção quaternária, assegurando os cuidados paliativos e a prestação de cuidados domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma
<i>Projeto de Formação Formar para Cuidar</i>	Contribuir para o desenvolvimento e aquisição de novas competências, por parte dos profissionais de instituições comunitárias que cuidam de crianças/jovens e idosos
<i>Programa de Voluntariado:</i>	Representa uma resposta alternativa/complementar ao trabalho técnico e profissional já largamente desenvolvido no Concelho, deste modo os voluntários prestam serviços de apoio à comunidade.

Fonte: Plano Ação UCC (2010)

**APÊNDICE V - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO NVS AOS
AUTORES DA VALIDAÇÃO E LABORATÓRIO PFIZER**



Manuela Leal <mmpfleal@gmail.com>

Autorização de utilização da escala Newest Vital Sign (NVS)

Manuela Leal <mmpfleal@gmail.com>
Para: jose.a.dias@pfizer.com

16 de maio de 2016 às 09:59

Exm^o Senhor Dr. José Aleixo Dias
Director Médico da Pfizer

Chamo-me Maria Manuela Pinto Fernandes Leal, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem - área de especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado pela Escola de Enfermagem do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação científica da Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo.

Neste ciclo de estudos, vou realizar um projeto de intervenção comunitária no âmbito da Promoção da Literacia em Saúde dos cuidadores informais, no qual gostaria de utilizar um escala de literacia em saúde, pelo que escolhemos a Newest Vital Sign (NVS) cujos direitos de autor pertencem à Pfizer.

Assim, venho por este meio solicitar autorização da Pfizer para a utilização da referida escala neste trabalho de intervenção comunitária.

Melhores cumprimentos

Manuela Leal

24/01/2017

Gmail - Utilização da versão Portuguesa Newest Vital Sign (NVS),



Manuela Leal <mmpfleal@gmail.com>

Utilização da versão Portuguesa Newest Vital Sign (NVS),

Dias, Jose A <jose.a.dias@pfizer.com>
Para: Manuela Leal <mmpfleal@gmail.com>

27 de maio de 2016 às 19

Exma Senhora
Dra Manuela
Ficou claro.
Bom trabalho
Melhores cps
Enviado do meu iPhone

No dia 27/05/2016, às 18:12, Manuela Leal <mmpfleal@gmail.com> escreveu:

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Manuela Leal** <mmpfleal@gmail.com>

Data: 23 de maio de 2016 às 11:00

Assunto: Re: Utilização da versão Portuguesa Newest Vital Sign (NVS),

Para: "Dias, Jose A" <jose.a.dias@pfizer.com>

Exmº Senhor Dr. José Aleixo Dias
Director Médico da Pfizer

Boa Tarde

Desde já o meu obrigado pela sua disponibilidade.

Enviei um segundo mail porque no primeiro mail não faço referência que a escala que pretendo utilizar é a versão portuguesa que já se encontra traduzida e publicada na Revista Referência (série IV nº3 Nov/Dez 2014 pelas Srª Professora Doutora Anabela Martins e Srª Professora Doutora Isabel Andrade, cujos direitos de autor pertencem à Pfizer.

Mais informo que já contatei a Srª Professora Doutora Anabela Martins e Srª Professora Doutora Isabel Andrade autoras da versão Portuguesa e não viram nenhum problema em incluir esta escala no meu estudo.

Assim no meu trabalho utilizarei esta versão já traduzida e não pretendo traduzir a versão original.

Na resposta ao primeiro mail percebi que iria utilizar a versão inglesa e eu iria traduzi-la, pelo que enviei um segundo mail para obter autorização da utilização da versão Portuguesa.

Pelo que só queria clarificar junto de vós esta situação, agradeço a sua resposta.

Atenciosamente

Manuela Leal

APÊNDICE VI – FORMULÁRIO E GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Grelha de Observação / Formulário

Nº Observação ____ / ____ / ____ Data Observação ____ / ____ / 2016

Parte I - Caracterização sociodemográfica Cuidador informal:

1 - Sexo: Masculino Feminino

2 - Idade: ____ anos

3 - Estado civil: Solteiro(a) casado(a) viúvo(a) divorciado(a) / Separado(a)

União de facto Outro _____

4 - Escolaridade: Não sabe ler e escrever 1º Ciclo 2º ciclo 3º ciclo

Ensino Secundário Curso Profissional Qual _____

Curso Superior Qual _____ Outra Qual? _____

5 - Qual é a sua situação perante o trabalho? Empregado(a) Desempregado(a) Doméstica (o)

Reformado (a) Outra situação. Qual? _____

6 - Que profissão exerce ou exerceu? _____

7- Composição agregado familiar: Sozinho(a) Conjugue + Filhos Filhos Pais outro _____

8 - Habitação: Moradia Apartamento Parte de casa Outra _____

9- Saneamento básico: Sim Não

10- Comunicação com o exterior: Telefone Fixo Telemóvel Fax Computador Sem meio comunicação

11- Animais de estimação: Não Sim Quantos: _____

12- Existe alguma relação de parentesco com a pessoa /as que cuida? Não Sim Qual? _____

13 - Vive na mesma habitação? Sim ___ Não ___

14 - Quantos idosos tem ao seu cuidado _____

15- Indique a razão pela qual é o principal cuidador informal:

Por iniciativa própria Por ser a única pessoa que poderia assumir esse papel

Por decisão familiar Por solicitação da pessoa dependente

Outro Qual _____

16- Há quanto tempo presta cuidados? < 6 meses 6 meses a 1 ano 1 a 2 anos 2 a 4 anos

Mais de 4 anos

17- Quanto tempo passa junto da pessoa que cuida? Contactos pontuais . < 6 horas 6 a 12 horas 12 a 18 horas 18 a 24 horas Outro. Qual _____

18 -Tem ajuda de mais alguém para cuidar do idoso? Não ___ Sim ___ Quem? _____

19 - Acha que é necessário ter formação para o desempenho da sua actividade? Sim ___ Não ___

Porquê _____

20 - Que temas sente necessidade de formação? Alimentação Posicionamentos Higiene

Outras _____

Parte II – Caraterização do Idoso

1) Idade: _____ 2) Género: Masculino _____ Feminino _____

3) Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a) / Separado(a)

União de facto

4) Patologias Principais _____

5) Índice de Barthel:

ABVD	DEPENDÊNCIA	X
Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento, come num tempo razoável)	
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	
	Dependente	
Vestir	Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	
	Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	
	Dependente	
Banho	Independente (Toma Banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	
	Dependente	
Higiene corporal	Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	
	Dependente	
Uso da casa de banho	Independente (Usa sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	
	Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	
	Dependente	
Controlo intestinal	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas e clisteres fá los)	
	Incontinência involuntária ocasional (Incontinência ocasional e necessita de ajuda para)	
	Incontinente fecal	
Controlo vesical	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho)	
	Incontinência urinária ocasional (E necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	
	Incontinente ou algaliado	
Subir escadas	Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	
	Dependente	
Transferência da cadeira - cama	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas transfere-se sozinho)	
	Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão)	
	Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	
	Dependente	
Deambulação	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	
	Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	
	Independente com cadeira de rodas (Anda pelo menos 50 metros)	
	Dependente	

Parte III – Observação (O)/ Formulário (P)

Área Intervenção	Tema	Tópicos / Questões	Observ.
Comunicação	Nome	O -Trata pelo nome: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Se não: Qual o nome _____	
	Tom Voz	O - Fala alto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Grita: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Normal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Linguagem	O -Agressiva: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Meiga : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indiferença: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Ambiente	O -Calmos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Televisão alta: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Utente problemas em ouvir	Utente com aparelho auditivo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Aparelho auditivo funcionando Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Utente problemas em entender e/ou expressar	O - Tenta perceber : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Ignora o utente : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Segurança do Utente	Prevenção Infeções	P- Lava as mãos entre utentes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P - Usa luvas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O- Unhas Limpas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O- Unhas curtas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Unhas longas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Prevenção Queimaduras	P -Utente com Hábitos tabágicos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P - Hábitos tabágicos no quarto : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P -Hábitos tabágicos no exterior : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P – Tem cinzeiros: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Lareira : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim com proteção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P - Aquecedor portátil: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P - Aquecedor pés: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P - Mantas de aquecimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Prevenção úlceras pressão	P - Acamados: O - Cama Articulada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Roupa limpa : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> P - Alterna decúbitos 2/2h : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Roupa esticada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Resguardo de plástico : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O - Barras de apoio : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Segurança do Utente		<p>O - Proteção proeminências ósseas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Levante para cadeirão : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Quantas vezes/dia _____</p> <p>P - Cadeira rodas:</p> <p>P -Ajuda aliviar peso nádegas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Prevenção Quedas	<p>O -Tapetes diversos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O -Luminosidade ambiente Adequada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O- Idoso deambula descalço: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Fios soltos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Escadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> -Se sim:</p> <p>O - Corrimãos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Degraus com antiderrapante: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Cadeira elevatória: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Transferências cama/cadeira: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Tem ajuda Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Camas com grades : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Camas muito altas Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - WC apoio de mãos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Banheira Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Poliban Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Apoio mãos zona de banho Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P -Equipamentos apoio marcha Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Medicação	<p>P - Confere datas de validade e rótulos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Cada utente tem a sua prescrição Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Cada utente tem a sua medicação Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Medicação preparada antecipadamente Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P/O - Acondicionada em caixas por dias e semana : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Quem prepara a medicação para o utente _____</p> <p>P - Utente toma medicação no momento Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Deixa medicação para tomar mais tarde Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Lava as mãos antes de entrega da medicação utente: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Prevenção engasgamento	<p>P - Acamados:</p> <p>P- Ingestão alimentação deitado Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P- Ingestão alimentação cabeceira elevada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Utente come sozinho (sem supervisão) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	

Higiene	Pele	<p>O - Inteira: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O -Hidratada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P -Com lesões: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Cabeça	O - Limpa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Mãos/unhas	<p>O - Limpas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Unhas cortadas: Limpo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O -Lesões: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Vestuário	<p>O -Limpo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Adequado á temperatura ambiental: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Calçado	<p>O -Limpo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Adequado á temperatura ambiental: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>O - Adequado ao utente Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Boca	<p>O -Limpa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P -Higiene oral : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantas vezes ____</p> <p>P -Higiene protese dentária: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p> <p>P - Periodicidade _____</p>	
Alimentação	Geral	<p>P - Conhece pirâmide dos alimentos : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Quantas refeições dia: 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>O - Sala refeições: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Horários definidos Sim: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P -Quem faz as compras _____</p> <p>P - Oferece água fora das refeições Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Utente ou familiares trazem comida : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Confere datas de validade e rótulos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Confeção / Manipulação	<p>O - Fogão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Fruta á refeição : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Sobremesa (sem ser fruta) /semana _____</p> <p>P - Vegetais todas refeições Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Sopa todas refeições Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Higiene das mãos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Confeção Diária : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Quantas dietas confeciona: _____</p> <p>P - Dieta Diabéticos : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Dieta pobre em sal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Dieta Adequada grau dependência (consistência): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	

Alimentação	Sonda nasogástrica	<p>P - Sabe alimentar por SNG: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P -Sabe preparar alimentação para SNG Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Se não, como faz _____</p>	
	PEG	<p>P - Sabe o que é: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Sabe alimentar por PEG: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Sabe preparar alimentação para PEG Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se não, como faz _____</p>	
Eliminação	Fralda	<p>P -Troca quantas vezes por dia _____</p> <p>P - Quem compra as fraldas _____</p>	
	Algália	<p>P - Troca saco colector: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Quantas vezes por mês _____</p> <p>P - Quem substituiu a algália _____</p>	
	Estomas (intestinal/vesical)	<p>P - Sabe o que é: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P -Quem cuida estoma _____</p>	
Noções básicas de Primeiros Socorros	Hipertermia	<p>P - Como avalia temperatura: Não avalia <input type="checkbox"/> Termómetro <input type="checkbox"/> Com a mão na testa <input type="checkbox"/> outra forma <input type="checkbox"/> Qual _____</p> <p>P - Considera febre quando: _____</p> <p>P - Em situações febre como procede: P - Sabe o que é um antipirético: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim Administra antipirético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Administra outro medicamento _____</p> <p>P - Proporciona banho tépido: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Outro procedimento _____</p>	
	Diarreia	<p>P - Reforça ingestão água/chá /sumo fruta : Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>P - Mantem mesma alimentação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Sobredosagem Medicamentos	<p>Conhece nº Antivenenos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	
	Engasgamento	<p>P - Conhece manobra: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sabe fazer: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Oferece líquidos para a comida descer Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Aspiração secreções Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	

OBRIGADO

APÊNDICE VII - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo (s): Sr (s):

Eu Maria Manuela Leal sou enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa venho solicitar a sua participação no Estudo “Promoção da Literacia em cuidadores informais em ambiente residencial – famílias de acolhimento de idosos” irá ser realizado na Unidade Cuidados Comunitária do no meses de Maio e Junho (Modulo I) e Setembro e Outubro (Modulo II). Este estudo tem como objetivo promover a literacia em saúde ao nível dos cuidadores informais, caracterizar o nível de literacia do Cuidadores informais, e identificar necessidades formativas dos cuidadores informais. Gostaria de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a um formulário feito pela investigadora, com algumas questões de sobre a sua formação profissional e sendo observado durante a prestação de cuidados aos utentes.

A sua participação é muito importante para poder avaliar as necessidades formativas e a importância da formação nesta área e contribuir para melhoria dos cuidados que presta em ambiente residencial.

As informações referentes a si são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo. Se por qualquer não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. Esta participação será voluntária pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado. No caso de não se encontrar completamente esclarecido estou disponível para qualquer esclarecimento necessário durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: Manuela Leal - 963707111.

Sendo o que tinha a tratar no momento e na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

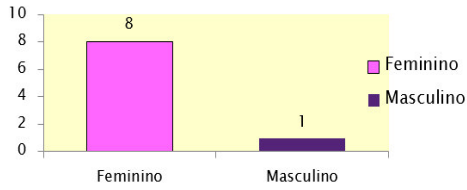
02/06/2016

Manuela Leal

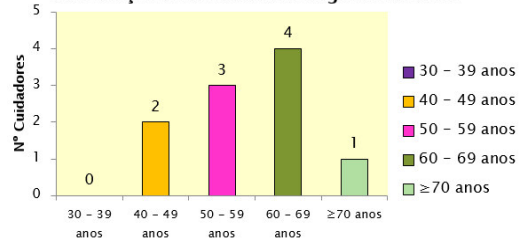
(Estudante do Mestrado de Enfermagem Comunitária/
Escola Enfermagem/Universidade Católica Portuguesa)

**APÊNDICE VIII - APRESENTAÇÃO RESULTADOS -
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES**

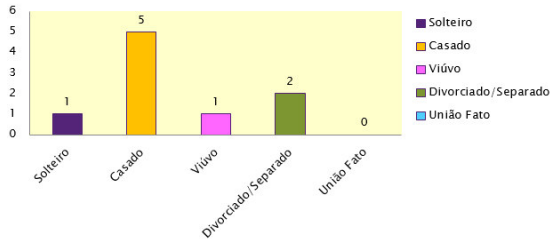
Distribuição dos Cuidadores segundo o GÉNERO



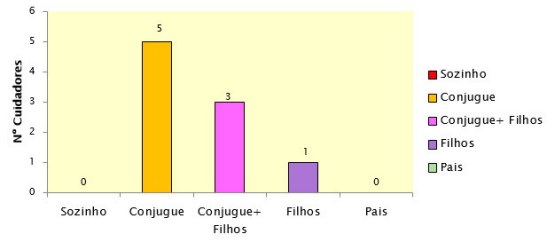
Distribuição dos Cuidadores segundo a IDADE



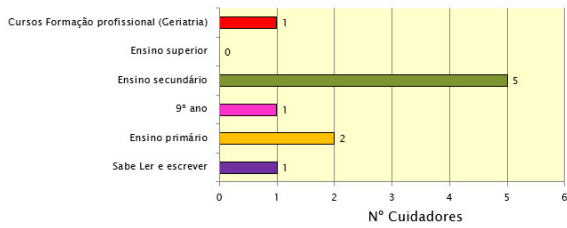
Distribuição dos Cuidadores segundo a ESTADO CIVIL



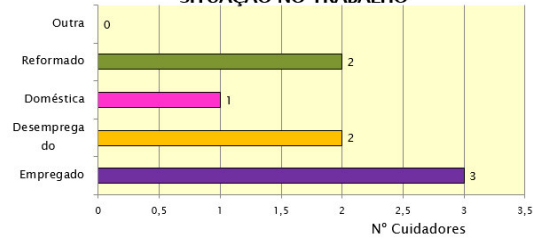
Distribuição dos Cuidadores segundo a composição familiar



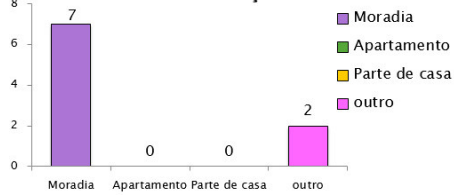
Distribuição dos Cuidadores segundo as HABILITAÇÕES LITERÁRIAS



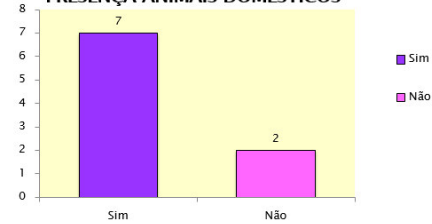
Distribuição dos Cuidadores segundo SITUAÇÃO NO TRABALHO



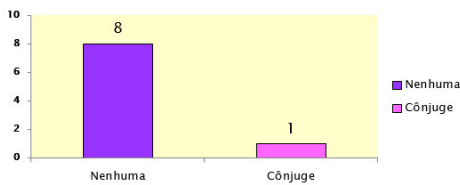
Distribuição dos Cuidadores segundo O TIPO DE HABITAÇÃO



Distribuição dos Cuidadores segundo PRESENÇA ANIMAIS DOMÉSTICOS



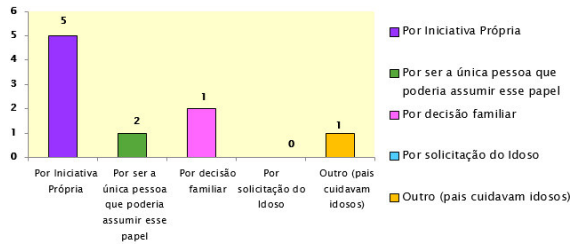
Distribuição dos Cuidadores segundo RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O IDOSO



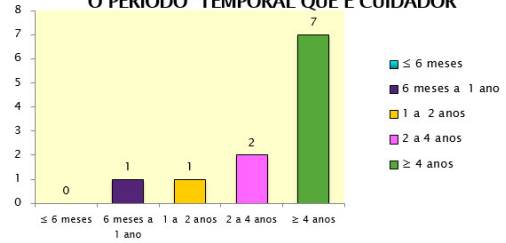
Distribuição dos Cuidadores Segundo NÚMERO IDOSOS QUE CUIDA



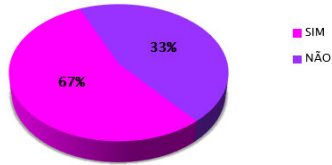
Distribuição dos Cuidadores segundo O MOTIVO PORQUE É CUIDADOR



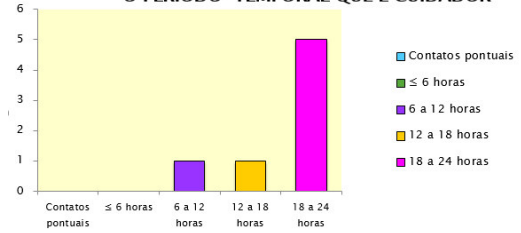
Distribuição dos Cuidadores segundo O PERIODO TEMPORAL QUE É CUIDADOR



Distribuição dos Cuidadores que RESIDEM NA MESMA HABITAÇÃO QUE O IDOSO



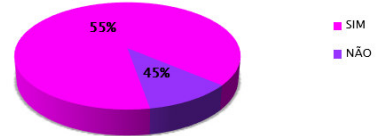
Distribuição dos Cuidadores segundo O PERIODO TEMPORAL QUE É CUIDADOR



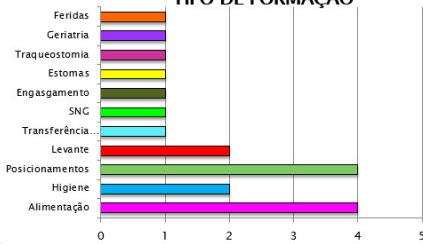
Distribuição dos Cuidadores segundo NÚMERO PESSOAS QUE COLABORA NOS CUIDADOS AOS IDOSOS



Distribuição dos Cuidadores segundo A NECESSIDADE DESTES TEREM FORMAÇÃO PARA CUIDAR DE IDOSOS

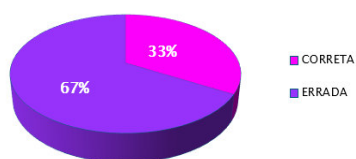


Distribuição dos Cuidadores segundo TIPO DE FORMAÇÃO

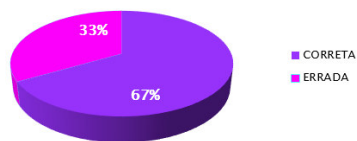


**APÊNDICE IX - APRESENTAÇÃO RESULTADOS – NÍVEL DE
LITERACIA EM SAÚDE CUIDADORES**

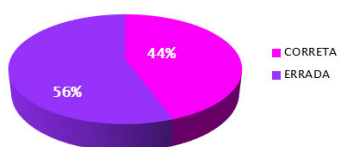
1- Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas?



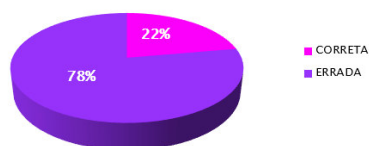
2 - Se lhe for permitido ingerir 60 gr de Hidratos Carbono á sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer?



3 - Imagine seguinte situação: o seu médico aconselha-o a reduzir a quantidade de gordura saturada da sua diet. Normalmente ingere em média 42 gr de gordura saturada por dia que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas grama

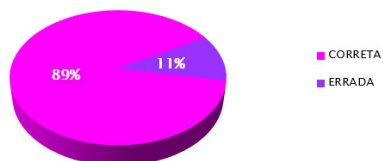


4 - Se consome normalmente 2500 Kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção?

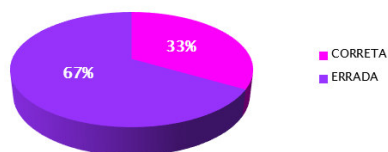


IMAGINE QUE É ALÉRGICO ÀS SEGUINTE SUBSTÂNCIAS: PENICILINA, AMENDOINS, LUVAS DE LATEX E PICADA DE ABELHA.

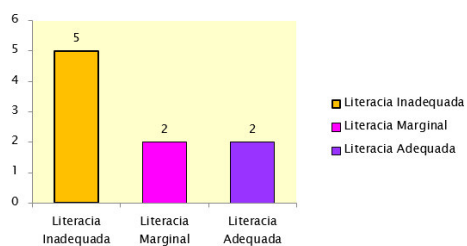
5 - É seguro para si comer este gelado?



6 - (Pergunta apenas, se a resposta á questão anterior foi "Não") Porque Não ?

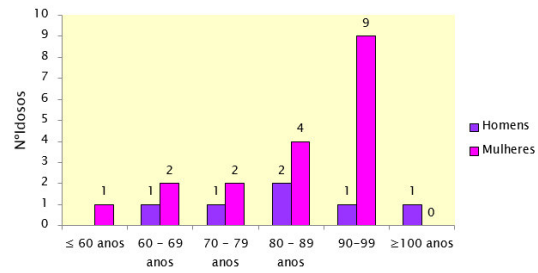


Níveis de Literacia em Saúde



**APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO RESULTADOS – A
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS IDOSOS**

Distribuição dos Idosos segundo IDADE



PATOLOGIAS predominantes

PATOLOGIA	Nº Idosos
Alzheimer	11
Demência	4
AVC	6
Stress Pós-traumático	1
Neoplasia Laringe (Traqueostomia)	1
Neoplasia Colon	1
Depressão profunda	1
Diabetes	5
Hipertensão	4

GRAU DEPENDÊNCIA de acordo Índice Barthel

Dependência Total	35%
Grave Dependência	26%
Moderada Dependência	30%
Muito leve independência	-
Independente	9%

**APÊNDICE XI – POSTER E FOLHETO DIVULGAÇÃO DO
PROJETO EDUCATIVO – ORIENTAR PARA CUIDAR**



ACES /
UCC
Unidade de Cuidados na Comunidade



www.cfaesetxal.org



ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA

INSCRIÇÕES
GRATUITAS

CURSO ORIENTAÇÃO CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

1ª EDIÇÃO

DESTINATÁRIOS: TODA A COMUNIDADE de
CUIDADORES INFORMAIS

LOCAL: Auditório Junta Freg.

INICIO: 18 NOVEMBRO 2016

HORÁRIO: 14:30 às 16 h (Quinzenal)

INSCRIÇÕES: UCC (ucc. @arslvt.min-saude.pt)

USF (usf. @arslvt.min-saude.pt)

JUNTA FREGUESIA F (geral@jf-fernaoferro.pt)

DURAÇÃO CADA SESSÃO: 1h 30 m

PROGRAMA:

- * O Processo de envelhecimento. Declínio da funções orgânicas e cognitivas.
- * O cuidador informal, comunicação e relação
- * Maus tratos ao idoso. Aspetos criminais e legais
- * A segurança no idoso, prevenção de infeções, queimaduras, úlceras por pressão, quedas e intoxicações medicamentosas. Medicação.
- * Higiene ambiental e pessoal. Banho na cama. Cuidados com a pele, unhas. Higiene oral. Perdas dentárias. Vestuário.
- * Alimentação e nutrição do idoso. Acondicionamento, manipulação dos alimentos.
- * Tipos de dieta. Disfagia. Alimentação SNG e PEG.
- * Eliminação do idoso. Incontinência. Cuidados com sonda vesical.
- * Mobilizações e transferências. Exercício e atividade do idoso
- * Emergências no domicílio: Hipertermia, engasgamento, diarreia, desidratação.
- * Diabetes, hipertensão e Alterações no comportamento no idoso. Óbito no Domicílio.
- * Estratégias de prevenção do stress e Burnout nos cuidadores .

I CURSO ORIENTAÇÃO CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

Objetivos do curso :

- ◆ Sensibilizar a comunidade para a importância da formação do cuidador informal no cuidado do idoso;
- ◆ proporcionar a capacitação de cuidadores informais que possam atuar junto às pessoas idosas com necessidades de cuidados, promovendo a qualidade de vida, participação social e incentivar a maior



Projeto UCC—Orientar para Cuidar

Certificações:



Área de Formação: 729 – Saúde (Programas não classificados noutra área de formação)

Parceiros:



Rua Luísa Tody, Loja 20
(Mercado Municipal de Fátima Ferro)
2865-675 Fátima Ferro
Tel: 215 979 195 / 211 368 552
Tm: 912 528 740 / 918 730 110
Fax: 21 2277195
E-Mail: geral@jf-fatimaferro.pt



Ed
Lz
Z/
T
F.
E-Mail: ucc@...pt



I CURSO ORIENTAÇÃO CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS



INSCRIÇÃO GRATUITA

LOCAL: Auditório Junta Freguesia

INÍCIO: 18 Novembro 2016

FORMADORES: UCC / ACES

*(Re) pensar o presente para
melhor cuidar no futuro*



◆ **Destinatários:**

- ◆ Todos os cuidadores informais;
- ◆ Proporciona a atualização de conhecimentos e orientação de práticas no âmbito do cuidado ao idoso;
- ◆ Curso Certificado pelo Centro de Formação da Associação Escolas do Concelho do Seixal
- ◆ Duração: 20 h
- ◆ Horário: 14.30 às 16 h
- ◆ Periodicidade: Quinzenal/Mensal

1 - O Processo de envelhecimento. Declínio da funções orgânicas e cognitivas.

2 - O cuidador informal, comunicação e relação

3 - Maus tratos ao idoso. Aspetos criminais e legais

4 - A segurança no idoso, prevenção de infeções, queimaduras, úlceras por pressão ,quedas e intoxicações medicamentosas. Medicação.

5—Higiene ambiental e pessoal. Banho na cama. Cuidados com a pele, unhas. Higiene oral. Perdas dentárias. Vestuário.

6 - Alimentação e nutrição do idoso. Acondicionamento, manipulação dos alimentos. Tipos de dieta. Disfagia. Alimentação SNG e PEG.

7 - Eliminação do idoso. Incontinência. Cuidados com sonda vesical.

8 - Mobilizações e transferências. Prevenção de úlceras.

9 - Exercício e atividade do idoso

10—Emergências no domicílio: Hipertermia, engasgamento, diarreia, desidratação

11 - Diabetes, hipertensão e Alterações no comportamento no idoso. Óbito no Domicílio.

12 - Estratégias de prevenção do stress e burnout nos cuidadores .



APÊNDICE XII – APRESENTAÇÃO DO PROJETO À COMUNIDADE

Mestrado Profissional Enfermagem Comunitária

Promoção da Literacia em Saúde dos cuidadores informais de idosos em ambiente residencial

Maria Manuela Pinto Fernandes Leal
Sob a orientação local: Enf. Espec. Enf. Comunitária Vera Tiago
Sob a orientação científica: Prof. Doutora Amélia Simões Figueiredo

Lisboa, Outubro 2016

UNIDADE CUIDADOS COMUNIDADE

Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) detêm um papel preponderante prestando "... cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, e 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 e redes de apoio à família e na implementação de unidades moveis de intervenção" (Seixal, UCC, 2008)



2

CUIDADOR INFORMAL

Prestação de cuidados regulares, não remunerados, na presença ou na ausência de um vínculo formal, sendo assegurados por familiares e comunidade. (Silveira, Caldas, & Carneiro, 2006).



3

ALGUNS DADOS:



- ▶ ERS indica que Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais, principalmente em função da escassez de trabalhadores formais;
- ▶ Os cuidados informais são prestados por alguém que reside com o doente em situação de dependência, normalmente um familiar ou uma pessoa amiga, que faz esse trabalho por altruísmo, sem remuneração e torna urgente a necessidade de construir modelos alternativos de cuidados e oferecer suporte para os cuidadores.

4

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTERNACIONAL

- ✓ **Carta de Ottawa (1986)**
As pessoas não podem alcançar seu pleno potencial de saúde, a menos que eles sejam capazes para assumir o controle das coisas que determinam a sua saúde.
- ✓ **Questionário Europeu em Projeto 2009–2012** (Holanda, Austria, Polónia, Irlanda, Grécia, Espanha, Alemanha, Bulgária, Bélgica)
- ✓ **Holanda** – Aliança Nacional para a Literacia em Saúde Alfabetização 2010 –60 membros organizações
- ✓ **Comissão Europeia** – Prioridade Agenda desde 2012

7

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



6

Literacia em Saúde

- ▶ Implica que a pessoa detenha conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e as condições de vida.
- ▶ Significa mais do que ser capaz de ler panfletos e assumir compromissos, tomar decisões de forma auronoma e independente.
- ▶ Melhorar o acesso das pessoas às informações de saúde, e a capacitação das pessoas, capacidade de usá-la de forma eficaz (UNESCO, 2009)



5

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PORTUGAL

- Escola Nacional Saúde Pública e Rede Académica – Aplicação Questionário Europeu em 2014 (Holanda, Austria, Polónia, Irlanda, Grécia, Espanha, Alemanha, Bulgária, Bélgica) (www.saudequeconta.org/)
- Programa Nacional para a Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados – 2016 (<https://www.sns.gov.pt/programa-nacional-educacao-literacia-e-autocuidados/>)

8

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

TEMÁTICA: Promoção da Literacia em Saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial – famílias de acolhimento de idosos.

OBJETIVO GERAL: Promover a Literacia em Saúde dos cuidadores informais em ambiente residencial

METODOLOGIA: Planeamento em Saúde

9

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- ❖ Conhecimento da existência de 78 famílias de acolhimento na Freguesia de Fernão Ferro, Concelho do Seixal pela USF FF Mais
- ❖ Grupo de 15 famílias de acolhimento identificadas pela equipa enfermagem USF FF MAIS
- ❖ Preocupação sentida pelos enfermeiros da UCC e USF FF mais sobre qualidade dos cuidados de saúde aos idosos nestas famílias e formação dos cuidadores informais
- ❖ Dos cuidados de enfermagem prestados no domicílios, 34% pertencem a idosos cuidados por famílias de acolhimento

10

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Aplicados instrumentos de colheita de dados:

Cuidadores informais	15	11 Aceitaram participar	9 participaram
Idosos	54	24 participaram	

Dos 11 cuidadores, 2 foram excluídos por o ambiente residencial ser um lar em processo de legalização com 18 idosos

12

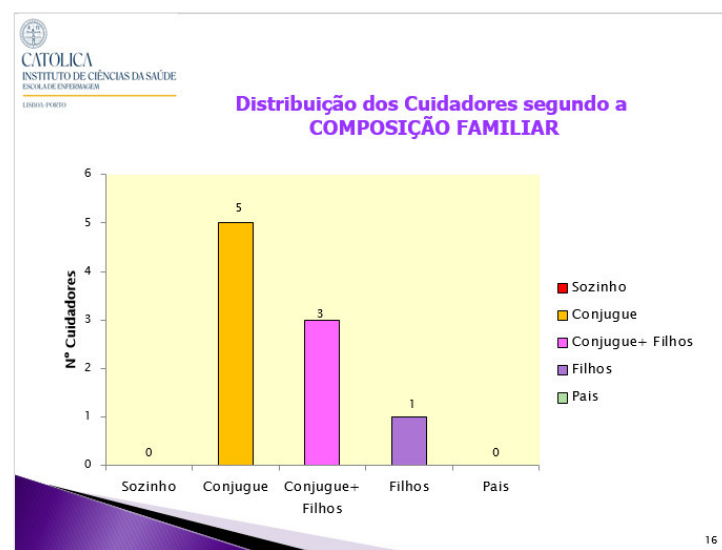
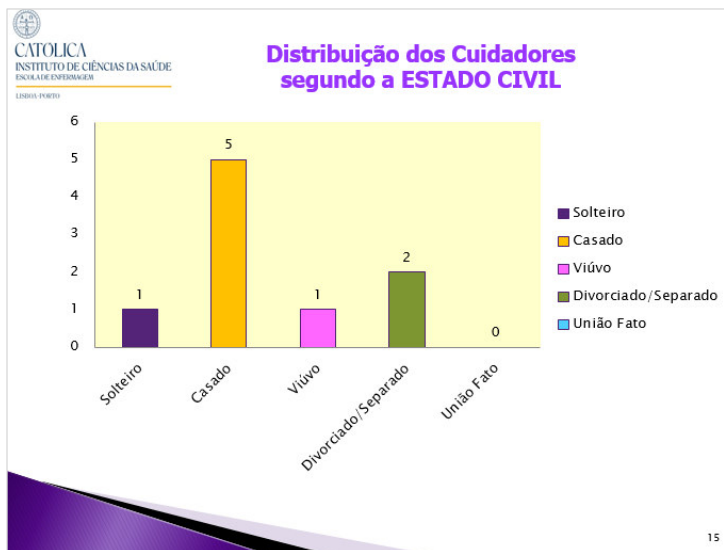
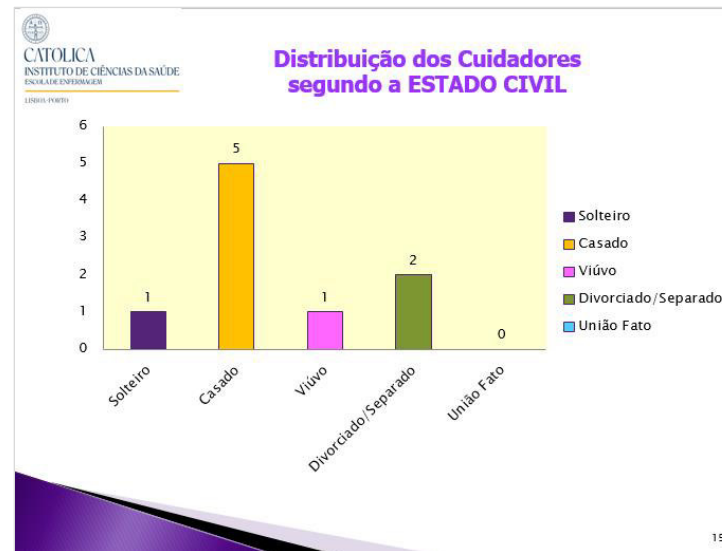
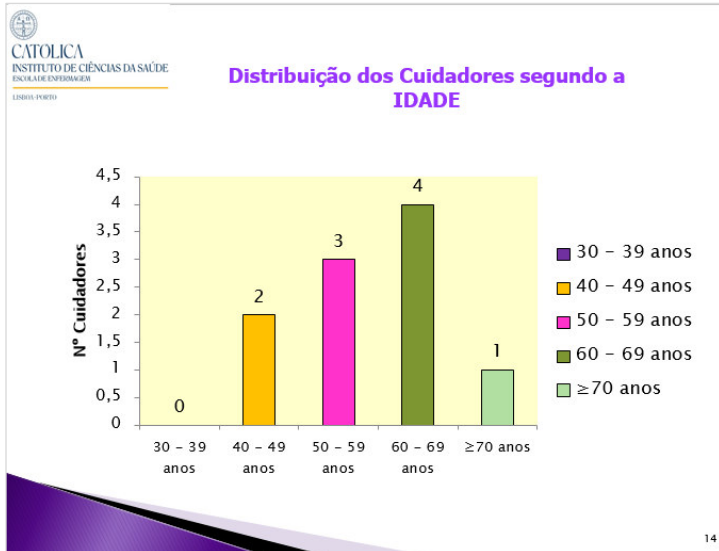
CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

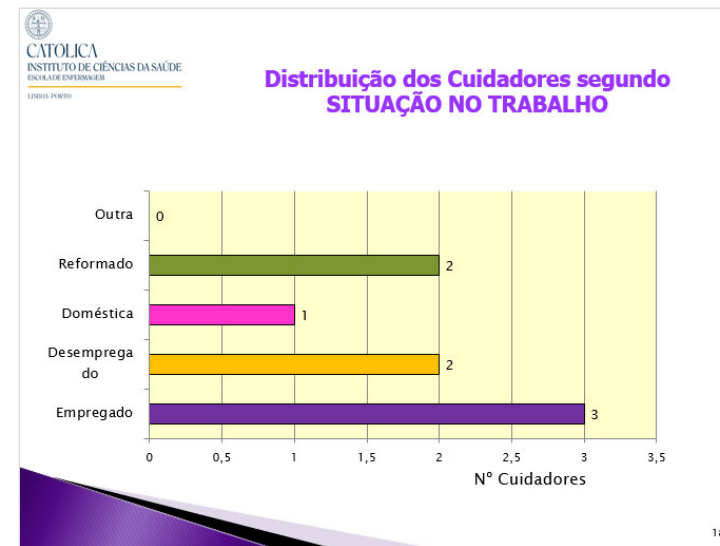
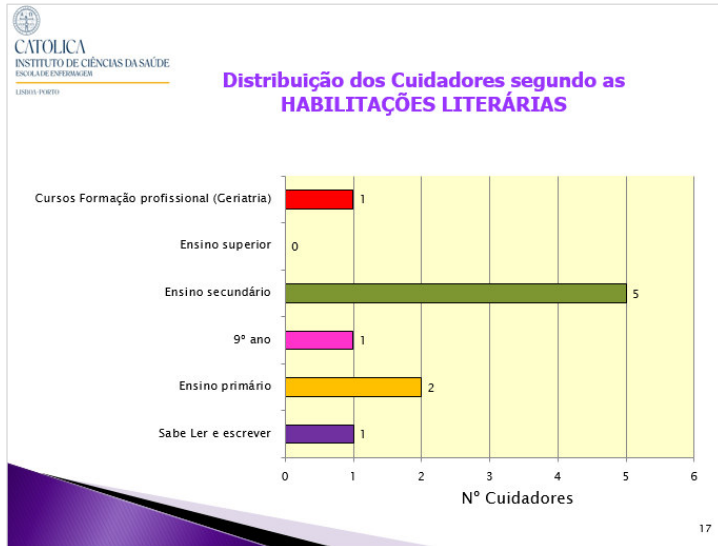
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - Resultados – Caracterização Socio Demográfica dos Cuidadores

Distribuição dos Cuidadores segundo o GÉNERO

Género	Quantidade
Feminino	8
Masculino	1

13





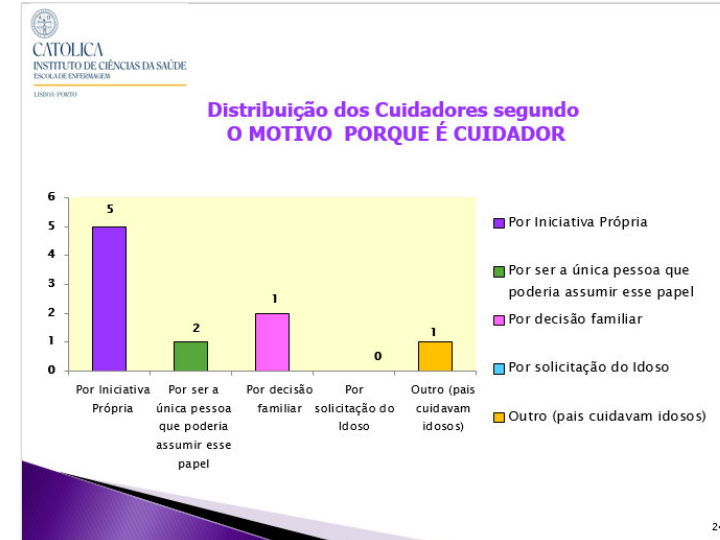
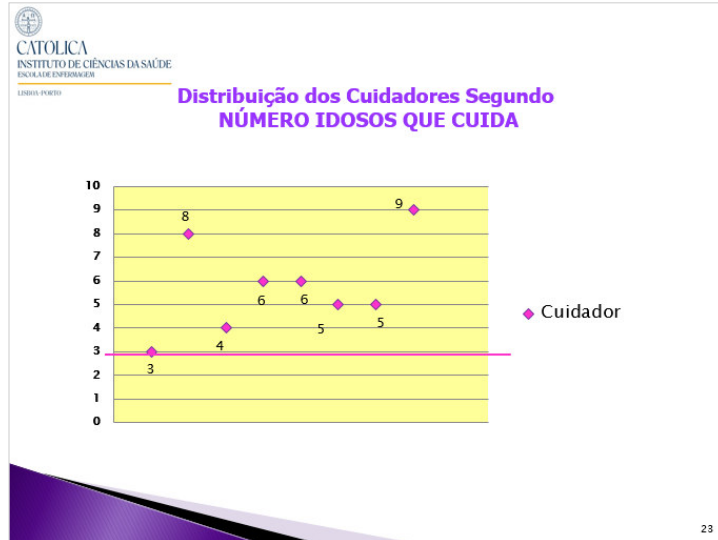
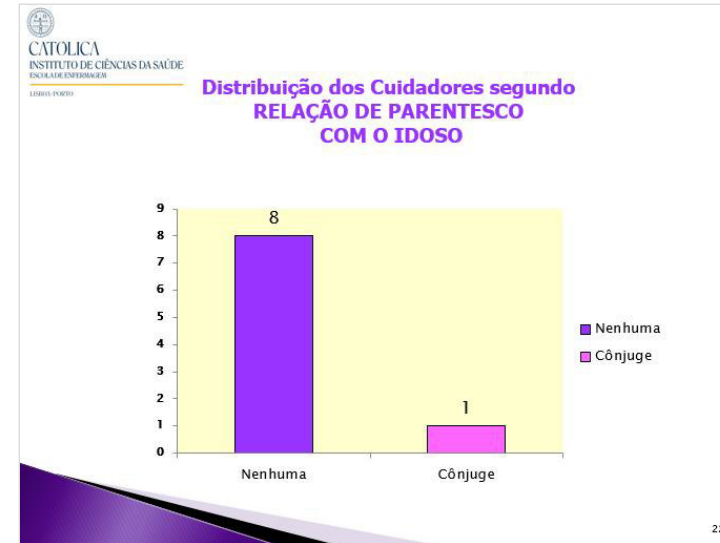
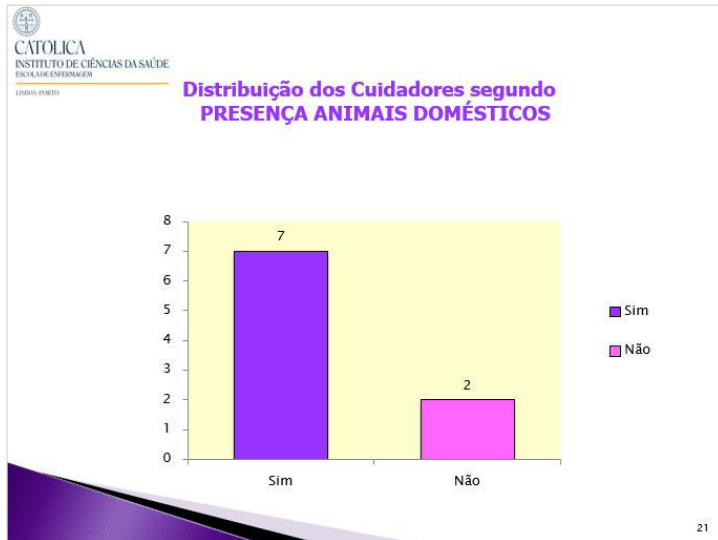
CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LEIRIA - PORTO

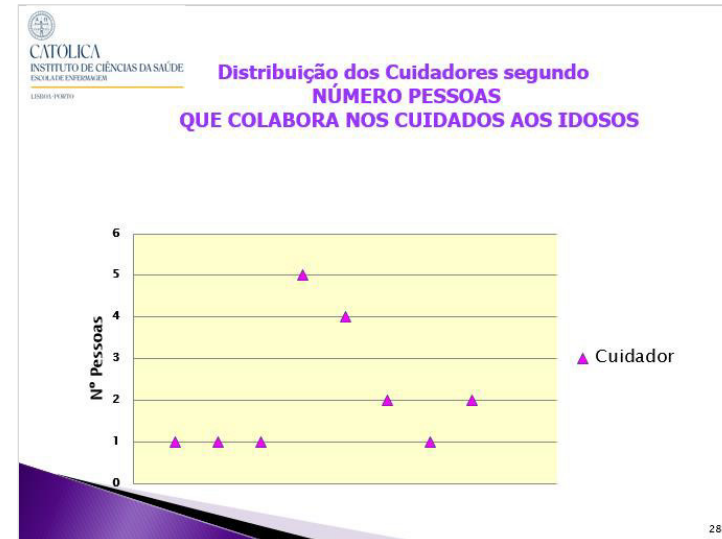
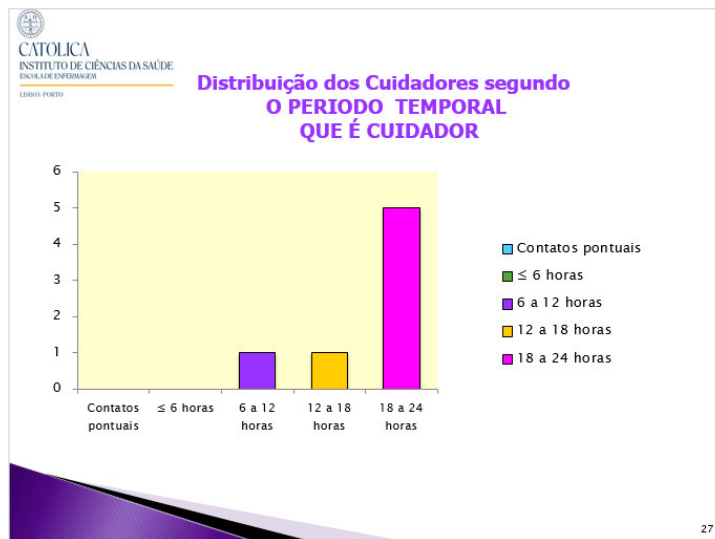
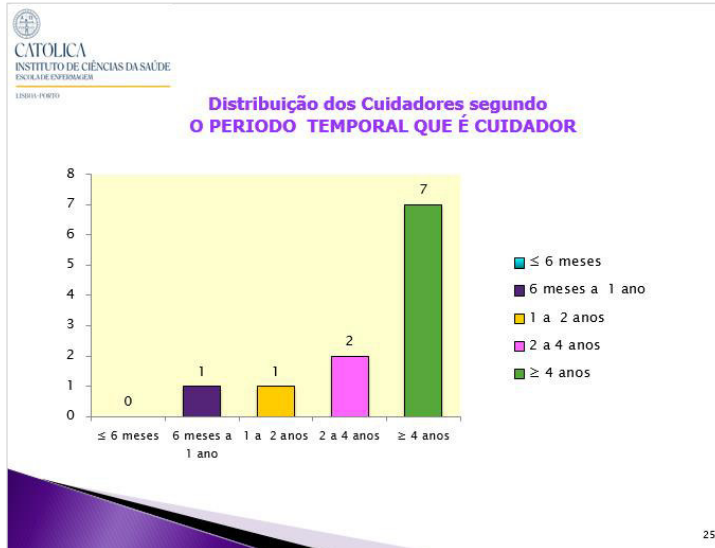
Distribuição dos Cuidadores segundo PROFISSÃO QUE EXERCERAM

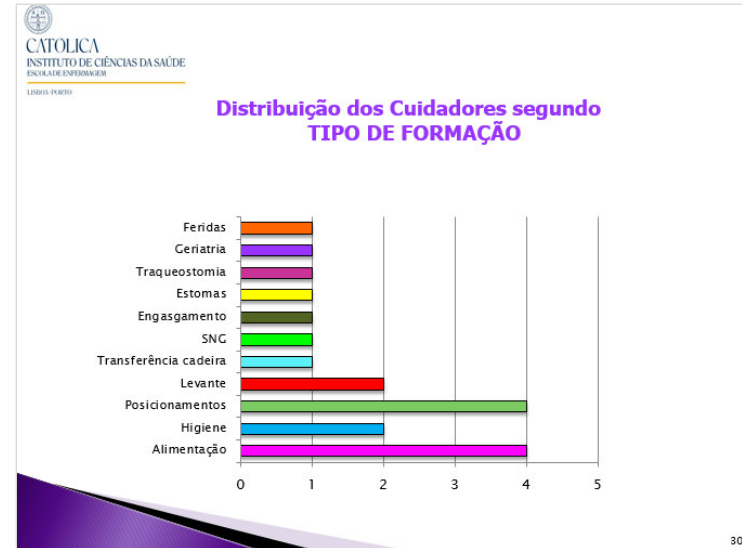
Ajudante de Lar (1)	11 %
Técnico Contabilidade (1)	11 %
Empregada Limpeza (3)	33 %
Administrativo(1)	11 %
Transitário (1)	11 %
Delegado Informação Médica (1)	11 %
Auxiliar educativa (1)	11 %

19









CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTUGAL

ESCALA NEWEST VITAL SIGNAL (LITERACIA EM SAÚDE)

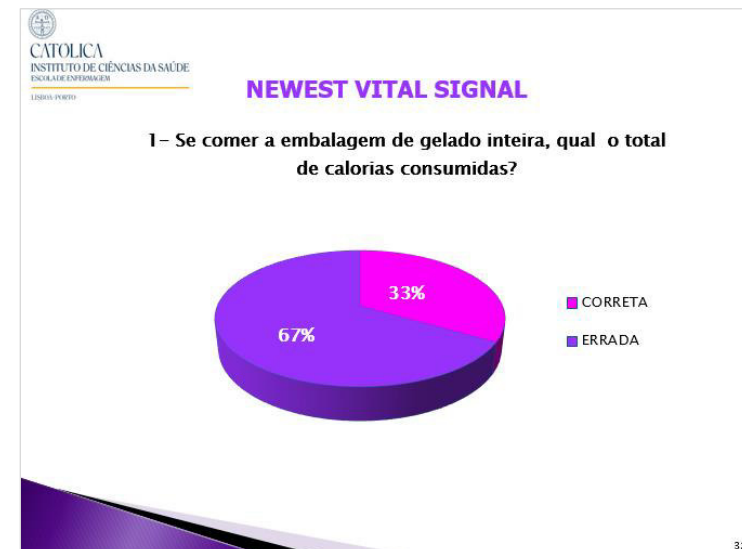
Esta informação nutricional está na parte de trás de uma embalagem de gelado.

Informação Nutricional		
Tamanho da porção	100ml	
Porções por embalagem	4	
Quantidade por porção		
Valor Energético		
Calorias	250 kcal	
		%DDR
Gordura total 13g		20%
Gorduras saturadas 9g		40%
Colesterol 28 mg		12%
Sódio 55mg		2%
Total Hidratos de Carbono 30g		12%
Fibras Alimentares 2g		
Açúcares 23g		
Proteínas 4g		8%

*Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.
Ingredientes: Natas, leite desnatado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragena, extrato de baunilha.

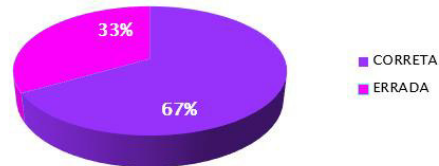
Os direitos de autor das versões original e em Português da escala Newest Vital Sign são propriedade da Pfizer inc. e as mesmas só podem ser utilizadas com a sua permissão. Copyright in both the original and Portuguese versions of the NVS test are owned by Pfizer inc. and can only be used with its permission.

31



NEWEST VITAL SIGNAL

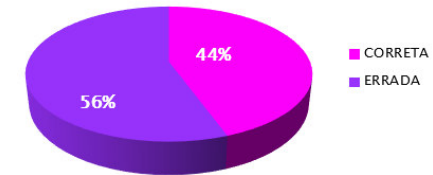
2 – Se lhe for permitido ingerir 60 gr de Hidratos Carbono á sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer?



33

NEWEST VITAL SIGNAL

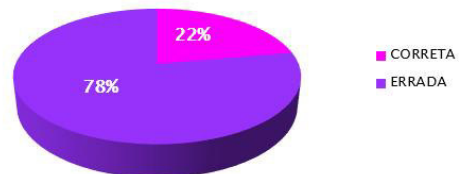
3 – Imagine seguinte situação: o seu médico aconselha-o a reduzir a quantidade de gordura saturada da sua diet. Normalmente ingere em média 42 gr de gordura saturada por dia que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas grama



34

NEWEST VITAL SIGNAL

4 – Se consome normalmente 2500 Kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção?

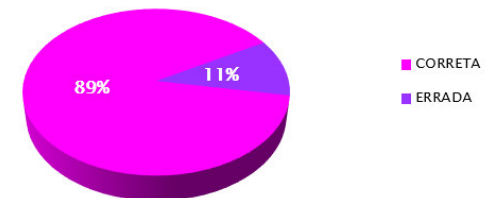


35

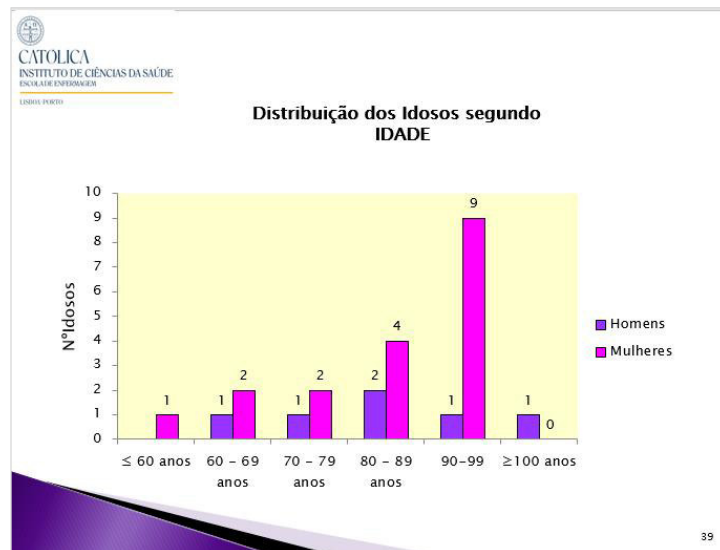
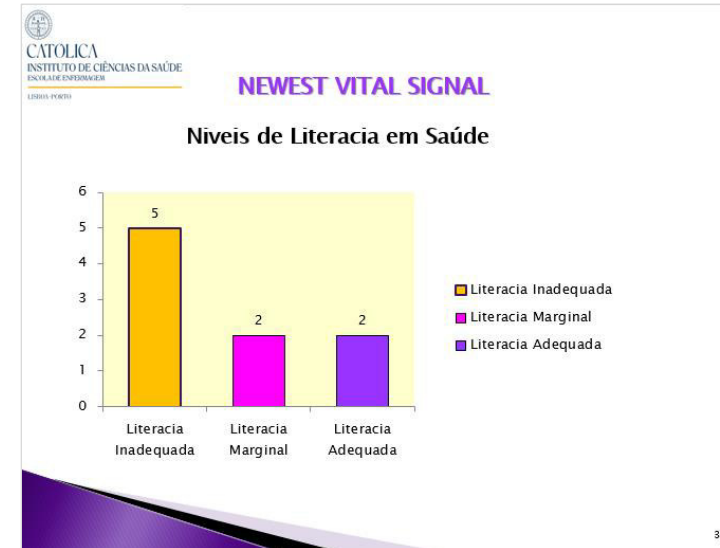
NEWEST VITAL SIGNAL

IMAGINE QUE É ALÉRGICO ÀS SEGUINTE SUBSTÂNCIAS: PENICILINA, AMENDOINS, LUVAS DE LATEX E PICADA DE ABELHA.

5 – É seguro para si comer este gelado?



36



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

PATOLOGIAS PREDOMINANTES

PATOLOGIA	Nº Idosos
Alzheimer	11
Demência	4
AVC	6
Stress Pós-traumático	1
Neoplasia Laringe (Traqueostomia)	1
Neoplasia Colon	1
Depressão profunda	1
Diabetes	5
Hipertensão	4

40

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTO

GRAU DEPENDÊNCIA DE ACORDO ÍNDICE BARTHEL

Dependência Total	35%
Grave Dependência	26%
Moderada Dependência	30%
Muito leve independência	-
Independente	9%

41

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTO

Formulário/Grelha de observação

Áreas Intervenção	Tema	Não	SIM
Comunicação	• Nome	86%	14%
	• Tom Voz alterado	100%	0
	• Linguagem Adequada	0	100%
	• Ambiente calmo	0	100%
Segurança	• Prevenção Infecções	73%	17%
	• Prevenção Queimaduras(lareiras)	17%	73%
	• Prevenção Úlceras Pressão	43%	57%
	• Prevenção Quedas	54,4%	45,6%
	• Medicação	49%	51%
	• Prevenção Engasgamento	54,7%	45,3%

42

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTO

Formulário/Grelha de observação

Áreas Intervenção	Tema	Não	SIM
Higiene	• Pele	0%	100%
	• Cabeça	0%	100%
	• Mãos e unhas	0%	100%
	• Vestuário	0%	100%
	• Calçado	0%	100%
	• Boca	27%	73%
Alimentação	• Geral		
	◦ Pirâmide alimentos	100%	0
	◦ Validades e rotulos	100%	0
	• Confecção/ Manipulação	100%	0
	◦ Mais do que 1 dieta	100%	0
	◦ Dietas diabeticos e hipertensos	100%	0
	• SNG	73%	27%
	• PEG	82%	18%

43

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA, PORTO

Formulário/Grelha de observação

Áreas Intervenção	Tema	Não	SIM
Higiene	• Pele	0%	100%
	• Cabeça	0%	100%
	• Mãos e unhas	0%	100%
	• Vestuário	0%	100%
	• Calçado	0%	100%
	• Boca	27%	73%
Alimentação	• Geral		
	◦ Pirâmide alimentos	100%	0
	◦ Validades e rotulos	100%	0
	• Confecção/ Manipulação	100%	0
	◦ Mais do que 1 dieta	100%	0
	◦ Dietas diabeticos e hipertensos	100%	0
	• SNG	73%	27%
	• PEG	82%	18%

43

Formulário/Grelha de observação

Áreas Intervenção	Tema	Não	SIM
Eliminação	• Fralda	0	100%
	• Algália (apoio Enfermeiro)	0	100%
	• Estomas	73%	27%
Noções Básicas	• Hipertermia	71%	29%
	• Diarreia	59%	41%
Primeiros Socorros	• Sobredosagem medicamentos	100%	0
	• Engasgamento	76%	24%

44

CARATERIZAÇÃO DOS CUIDADORES:

* Maioritariamente do sexo feminino, 45% tem idade superior ou igual a 60 anos, são casados, tem mais de 9 anos de escolaridade, um terço dos cuidadores tem o ensino primário ou só sabe ler e escrever, um terço dos cuidadores tem o curso profissional de geriatria.

* **Tem ao seu cuidado entre três a nove idosos, contando com a juda de outras pessoas nos cuidados que oscila entre uma e sete pessoas.**

* São cuidadores informais há mais 4 anos, sendo esta considerada como a sua profissão atual, não desempenham outra atividade profissional paralela, todos os cuidadores são remunerados pelos idosos na sua atividade.

45

CARATERIZAÇÃO DOS CUIDADORES:

- Maioritariamente residem na mesma habitação que o idoso, permanecendo entre 18 a 24 horas com este, verbalizam ser necessário e muito importante que haja formação para melhor cuidar dos idosos, preferencialmente na área da alimentação, posicionamentos, higiene, segurança do idoso e nas situações de emergência.
- **100% cuidadores preencheram a escala NVT, com predominância de níveis de literacia marginal e inadequada .**
- Todos os cuidadores são remunerados

46

CARATERIZAÇÃO DOS IDOSOS

Os idosos são maioritariamente do sexo feminino , com idade superior a 90 anos, predomina Doença de Alzheimer, AVC e Demência, com um grau dependência grave a total.



47

CONSIDERAÇÕES

- A abordagem da temática sobre os cuidadores informais ao nível das famílias de acolhimento pressupõe uma grande delicadeza e sensatez na sua abordagem, uma vez que a diversidade de ambientes encontrados pode facilmente conduzir à tomada de juízos de valor situacionais que poderão comprometer a interpretação dos resultados.
- **O enquadramento Ético é fundamental para preservar a idoneidade deste trabalho.**
- Deparamo-nos com um vazio no enquadramento legal dos cuidadores informais, só se encontrando disponível legislação para as famílias de acolhimento (DL 391/91 de 10 Out ; Despacho n.º 727/99 de 23 Agosto; Despacho n.º 20043/2009 de 3 Set).

48

PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

Determinadas em reunião de peritos

- Orientação local sempre que observada ou verbalizada alguma necessidade educativa;
- Curso de Orientação para todos os cuidadores informais de idosos aberto à comunidade – coordenação pedagógica UCC (início em Fernão Ferro sendo alargado a todo o Concelho do Seixal).

49

POSTER

CURSO ORIENTAÇÃO CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

DESTINATÁRIOS: TODA A COMUNIDADE de CIDADANOS INFORMAIS

LOCAL: Auditório Junta Freg. Fernão Ferro

INÍCIO: 18 NOVEMBRO 2014

HORÁRIO: 14.30 às 18 h (Quintoseis)

PROFESSORES: UCC-SEIXAL (ucc.seixal@iics.usp.seixal.pt)
USF FERNÃO FERRO (uf.fernaoferro@iics.usp.seixal.pt)
JUNTA FREGUESIA FERNÃO FERRO (jff@iics.usp.seixal.pt)

PARTECIPAR SEM CUSTO. Inscrição: 10,00€

PROGRAMA:

- 1. O processo de envelhecimento. Diferença de funções orgânicas e fisiológicas.
- 2. Características físicas, sensoriais e cognitivas.
- 3. Fatores de risco: fatores genéticos e fatores ambientais.
- 4. Importância da prevenção de doenças crónicas e doenças agudas em idosos.
- 5. Impacto da doença crónica na qualidade de vida.
- 6. Impacto da doença aguda na qualidade de vida.
- 7. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 8. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 9. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 10. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 11. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 12. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 13. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 14. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 15. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 16. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 17. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 18. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 19. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 20. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.

50

FOLHETO

CURSO ORIENTAÇÃO CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

DESTINATÁRIOS: TODA A COMUNIDADE de CIDADANOS INFORMAIS

LOCAL: Auditório Junta Freg. Fernão Ferro

INÍCIO: 18 NOVEMBRO 2014

HORÁRIO: 14.30 às 18 h (Quintoseis)

PROFESSORES: UCC-SEIXAL (ucc.seixal@iics.usp.seixal.pt)
USF FERNÃO FERRO (uf.fernaoferro@iics.usp.seixal.pt)
JUNTA FREGUESIA FERNÃO FERRO (jff@iics.usp.seixal.pt)

PARTECIPAR SEM CUSTO. Inscrição: 10,00€

PROGRAMA:

- 1. O processo de envelhecimento. Diferença de funções orgânicas e fisiológicas.
- 2. Características físicas, sensoriais e cognitivas.
- 3. Fatores de risco: fatores genéticos e fatores ambientais.
- 4. Importância da prevenção de doenças crónicas e doenças agudas em idosos.
- 5. Impacto da doença crónica na qualidade de vida.
- 6. Impacto da doença aguda na qualidade de vida.
- 7. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 8. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 9. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 10. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 11. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 12. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 13. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 14. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 15. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 16. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 17. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 18. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 19. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.
- 20. Impacto da doença crónica e aguda na qualidade de vida.

51

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Carla Serrão. (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade*. Projeto Literacia em Saúde.
- ✓ Constituição. (2005). *Constituição República Portuguesa, VII REVISÃO CONSTITUCIONAL*.
- ✓ Despacho n.º 3618-A/2016. (16 de 03 de 2016). *Diário da República, 2.ª série — N.º 49, 8660(5)– 8660(6)*.
- ✓ Escoval, A. (17 de Setembro de 2014). <http://www.saudequeconta.org>. Obtido em 15 de 05 de 2016, de Saude que conta: <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia>
- ✓ FFMais, U. (2015). *Relatório Atividade 2015*. Fernão Ferro
- ✓ Mark, L. (November/Dezembre de 2009). Health literacy and the elderly. *Osteopathic Family Physician, Vol 1(Nº 3)*, pp. 64–69. Obtido de <http://www.ofpjournal.com/index.php/ofp/article/download/83/54>.
- ✓ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). (s.d.). *Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº156/2015, de 16 Setembro*.
- ✓ Seixal, U. (2008). Plano de Ação.
- ✓ Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (Agosto de 2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. Rio Janeiro. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/111.pdf>.
- ✓ Tiago, V. et al (2012). *DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA POPULAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAS DOS IDOSOS DA ECCI DE RIO MAIOR – SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DOS UTENTES DA ECCI DE RIO MAIOR*. NSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM – Escola Superior de Saúde Santarém, Rio Maior.
- ✓ UNESCO. (Janeiro de 2009). *Health Literacy and Sustainable Development*. Obtido em 06 de 05 de 2016, de <http://unchronicle.un.org/article/health-literacy-and-sustainable-development/>
- ✓ Vassal, R. (17 de Março de 2016). Obtido em 6 de Maio de 2016, de <http://www.tempomedicina.com/noticias/30952>
- ✓ Weiss, B., , M. M., Martz, W., Castro, K., D.DeWalt, M., P., & Mockbee J., H. F. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, p.514–22.

"Ainda que os teus passos pareçam
ínúteis, vai abrindo caminhos,
como a água que desce
cantando da montanha.
Outros te seguirão..."
(Saint-Exupéry)



Obrigado

**APÊNDICE XIII – PROJETO EDUCATIVO – ORIENTAR PARA
CUIDAR**



UNIDADE CUIDADOS COMUNIDADE

DOSSIER PEDAGÓGICO

Orientar para Cuidar

*Curso de Orientação para Cuidadores Informais – Ambiente
Residencial*

_____, 2016

DOSSIER PEDAGÓGICO

Orientar para Cuidar

Curso de Orientação para Cuidadores Informais – Ambiente Residencial

Formadores: UCC /ACES AS

Formandos – Cuidadores informais Idosos

Data: 18/11/2016 a

Área de Formação: 729 – Saúde (Programas não classificados noutra área de formação)

_____, 2016

ÍNDICE

Nota Introdutória	3
1 - Objetivos	5
2 – Programa de Formação	7
2.1 - Conteúdos. Programáticos	7
2.2 - Conteúdos. Temáticos	9
3 – Cronograma	12
4 – Formadores	13
5 - Identificação da Equipa Técnico Pedagógica	Erro! Marcador não definido.
6 - Identificação da documentação de apoio e dos meios audiovisuais utilizados	Erro! Marcador não definido.
7 - Lista de Identificação de Formandos – Ficha de inscrição	183
8 – Folha de Presenças	17
9– Folha de Sumários	18
10 – Avaliação da acção formativa.....	Erro! Marcador não definido.
11 – Folha de ocorrências	186
12 – Certificados.....	Erro! Marcador não definido.

NOTA INTRODUTÓRIA

A comunidade é por excelência o local de eleição para a intervenção comunitária. Sendo a este nível que as Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) detêm um papel preponderante prestando “... cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, e 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 e redes de apoio á família e na implementação de unidades moveis de intervenção...” (UCC, 2008).

A temática do cuidador informal tem emergido nas últimas décadas, na literatura e investigação. Este é baseado na prestação de cuidados regulares, não remunerados, na presença ou na ausência de um vínculo formal, sendo assegurados por familiares e comunidade (Silveira, Caldas, & Carneiro, 2006). O desenvolvimento de estratégias por parte da comunidade, preservar a autonomia e dignidade da pessoa, privilegiando a sua manutenção no domicílio, em que as famílias/cuidadores informais são os responsáveis pela prestação desses cuidados, devidamente capacitados para tal, sendo fundamental a supervisão dos profissionais de saúde, quando na maior parte das vezes o cuidador não possui qualquer formação e preparação para essa prestação de cuidados (Tiago, 2012).

A ERS indica que Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais, principalmente em função da escassez de trabalhadores formais, escassez que, segundo o International Labour Office, configura uma limitação ao acesso a cuidados continuados de qualidade. Por sua vez, os cuidados informais são prestados por alguém que reside com o doente em situação de dependência, normalmente um familiar ou uma pessoa amiga, que faz esse trabalho por altruísmo, sem remuneração torna urgente a necessidade de construir modelos alternativos de cuidados e oferecer suporte para os cuidadores.

Cada vez mais é importante que a pessoa detenha conhecimentos, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida1 pessoais e as condições de vida. Assim, a literacia em saúde

significa mais do que ser capaz de ler panfletos e assumir compromissos (UNESCO, 2009). Assim, os indivíduos com probabilidade ou possibilidade de literacia em saúde limitada têm menos conhecimento sobre os seus problemas de saúde, mais hospitalizações, aumento dos custos de cuidados de saúde e níveis de saúde mais baixos.

Destaca-se assim a importância da proximidade entre profissionais de saúde e os cuidadores no sentido de também promover a literacia em saúde de quem cuida informalmente de alguém, pois um nível inadequado de literacia em saúde tem um impacto negativo ao nível da saúde individual e coletiva.

A problemática das necessidades educativas dos cuidadores informais vem sendo abordada pela UCC no concelho do Seixal, como uma necessidade de intervenção emergente destacando-se o potencial interesse e valor social ao nível da comunidade.

1 – OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar a comunidade para a importância da formação do cuidador informal no cuidado do idoso;
- Promover a capacitação dos cuidadores informais para o processo de cuidar da pessoa Idosa integrada em família de acolhimento em ambiente residencial na Freguesia de Fernão Ferro (No âmbito do envelhecimento, Comunicação e relação com o utente, Segurança utente e ambiente, Alimentação, Higiene, Eliminação e Noções Básicas de Primeiros Socorros);
- Criar um modelo de intervenção de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores informais dos utentes integrados em família de acolhimento em ambiente residencial.

Objetivos operacionais:

- Nº de instituições envolvidas na divulgação
- Nº de Parceiros
- Nº total de formandos frequentaram curso / Número de formandos inscritos curso
- Nº de formandos terminam curso / Nº total de formandos iniciam curso
- Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 0-1 questões corretas (Nível de Literacia Inadequada) Início Curso / Nº Total questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 2-3 questões corretas (Nível de Literacia Marginal) Início Curso / Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 4-6 questões corretas (Nível de Literacia Adequada) Início Curso / Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados

- Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 0-1 questões corretas (Nível de Literacia Inadequada) Final Curso / Nº Total questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 2-3 questões corretas (Nível de Literacia Marginal) Final Curso / Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa com 4-6 questões corretas (Nível de Literacia Adequada) Final Curso / Nº de questionários Newest Vital Sign versão portuguesa aplicados
- 30% dos formandos com Nível de Literacia Inadequada tenha Nível de Literacia Marginal
- 30% dos formandos com Nível de Literacia Marginal tenha Nível de Literacia Adequada

2 – PROGRAMA FORMAÇÃO

2.1 - Conteúdos Programáticos:

SESSÃO	TEMA	DURAÇÃO	FORMADOR	DATA
1	INTRODUÇÃO	30 min	Enfermeiro	18.11.16
	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO. DECLÍNIO DAS FUNÇÕES ORGÂNICAS E COGNITIVAS.	1h30m		
2	O CUIDADOR INFORMAL, COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO	30m	Enfermeiro	16.12.16
	MAUS TRATOS AO IDOSO. ASPETOS CRIMINAIS E LEGAIS	1h	Representante Nucleo Violência ACES AS	16.12.16
3 e 4	A SEGURANÇA NO IDOSO, PREVENÇÃO DE INFEÇÕES, QUEIMADURAS, QUEDAS E INTOXICAÇÕES	1h30m +	Enfermeiro +	06.01.17
	MEDICAMENTOSAS. MEDICAÇÃO.	1h30m	Enfermeiro	20.01.17
5	HIGIENE AMBIENTAL E PESSOAL. BANHO NA CAMA.	1h	Enfermeiro	03.02.17
	CUIDADOS COM A PELE, UNHAS. HIGIENE ORAL. PERDAS DENTÁRIAS. VESTUÁRIO.	30m	Higienista Oral	
6 e 7	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO IDOSO. ACONDICIONAMENTO, MANIPULAÇÃO DOS ALIMENTOS.	1h30m +	Nutricionista e Técnico higiene	17.02.17
	TIPOS DE DIETA. DISFAGIA. ALIMENTAÇÃO SNG E PEG.	1h30m	Amb + Enfermeiro	10.03.17

SESSÃO	TEMA	DURAÇÃO	FORMADOR	DATA
8	ELIMINAÇÃO DO IDOSO. INCONTINÊNCIA. CUIDADOS COM SONDA VESICAL.	1h30m	Enfermeiro	24.02.17
9 e 10	MOBILIZAÇÕES E TRANSFERÊNCIAS. PREVENÇÃO DE ÚLCERAS.	1h30m +	Fisioterapeuta e/ou	07.04.17
	EXERCÍCIO E ATIVIDADE DO IDOSO	1h30m	Enf Especialista Reab.	21.04.17
11	EMERGÊNCIAS NO DOMICILIO: HIPERTERMIA, ENGASGAMENTO, DIARREIA, DESIDRATAÇÃO	1h30m	Enfermeiro	12.05.17
12	DIABETES, HIPERTENSÃO E ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO NO IDOSO.	1h30m	Enfermeiro	26.05.17
	ÓBITO DOMICILIO			
13	ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO STRESS E BURNOUT NOS CUIDADORES	1h30m	Psicologo	09.06.17
	AVALIAÇÃO FINAL		Enfermeiro	

2 – PROGRAMA FORMAÇÃO

2.2 - Conteúdos. Temáticos:

INTRODUÇÃO

- Apresentação do curso
- Objetivos
- Metodologia apresentação
- Certificado de Conclusão

1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO. DECLÍNIO DAS FUNÇÕES ORGÂNICAS E COGNITIVAS.

- Características do processo envelhecimento
- Envelhecimento físico
- Envelhecimento orgânico
- Envelhecimento cognitivo

2.1- O CUIDADOR INFORMAL, COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO

- O que é ser cuidador
- Tipos de Cuidador
- Atitudes que os cuidadores devem ter.
- Papel do cuidador
- Adaptação do cuidador
- Tarefas do cuidador
- Comunicação com idoso, estratégias adaptação
- Relação Cuidador/ Idoso, relações e convivências entre idosos

2.2 - MAUS TRATOS AO IDOSO. ASPETOS CRIMINAIS E LEGAIS.

- Direitos do Idoso
- Aspectos criminais da violência com idosos
- Independência do idoso - respeitar a autonomia

3 E 4 - A SEGURANÇA NO IDOSO, PREVENÇÃO DE INFEÇÕES, QUEIMADURAS, ULCERAS PRESSÃO, QUEDAS E INTOXICAÇÕES MEDICAMENTOSAS - MEDICAÇÃO.

- Higiene das mãos
- Uso de luvas, quando e como ...
- Aquecimento do ambiente, quando e como, o que evitar
- É importante a prevenção de úlceras por pressão por que...
- Onde aparecem.
- Como prevenir as úlceras por pressão.
- Sobre as alterações posturais.
- Como prevenir as quedas – orientações gerais
- Quedas e acidentes no WC, como prevenir
- Prevenção de quedas na sala de estar, quarto e zonas de passagem.
- Como levantar do chão a pessoa idosa depois de uma queda.
- Como prevenir intoxicações medicamentosas
- Segurança na administração de medicamentos.
- Cumprimento prescrição terapêutica
- Acondicionamento e conservação de medicamentos.
- Produtos de parafarmácias ou ervanárias.

5 – HIGIENE AMBIENTAL E PESSOAL. BANHO NA CAMA. CUIDADOS COM A PELE, UNHAS. HIGIENE ORAL. PERDAS DENTÁRIAS. VESTUÁRIO.

- Higiene Ambiental – orientações gerais
- Antes de começar a higiene..
- Dar banho na cama.
- Cuidados com a pele
- Como fazer a higiene da boca e Próteses dentárias
- Como fazer a higiene dos olhos.
- Como fazer a higiene dos ouvidos.
- Como cuidar das mãos e dos pés.
- A roupa – Conselhos gerais.
- Os sapatos. Se a pessoa tem alguma extremidade afetada ou imobilizada.

6 E 7 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO IDOSO. ACONDICIONAMENTO, MANIPULAÇÃO DOS ALIMENTOS. TIPOS DE DIETA. DISFAGIA. ALIMENTAÇÃO SNG E PEG.

- Orientações gerais sobre a alimentação, acondicionamento adequado, manipulação dos alimentos
- Tipos de dietas
- Necessidades nutricionais do idoso – Como selecionar os alimentos (rótulos)
- Se tiver de lhe dar de comer.
- Sobre a má nutrição o que deve saber
- Caso surgirem problemas – Disfagia
- Alimentação por SNG e PEG, como preparar e administrar, cuidados a ter na manipulação.

8 - ELIMINAÇÃO DO IDOSO. INCONTINÊNCIA VESICAL E/OU FECAL. CUIDADOS COM SONDA VESICAL.

- Orientações gerais.
- Incontinência vesical e/ ou fecal.
- Fraldas (absorventes).
- Para mudar a fralda (absorvente).
- Dispositivos urinários.
- Sonda vesical – Manipulação e substituição saco coletor urina
- Diarreia.
- Obstipação – Prevenção.

9- MOBILIZAÇÕES E TRANSFERÊNCIAS

- Postura do cuidador
- Mobilizações na cama
- Transferência da cama para a cadeira.
- Manter a postura correta na posição sentado numa cadeira.
- Transferência da cadeira de rodas para o seu assento habitual.
- Transferência de sentado para de pé.
- Dispositivos médicos para ajudar a caminhar.



3 – CRONOGRAMA

Horário : 14h30m às 16 h

Quinzenal

Local: Auditório da Junta Freguesia

Mês \ Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
NOVEMBRO 16																			S1													--	
DEZEMBRO 16																	S2																
JANEIRO 17						S3														S4													
FEVEREIRO 17			S5															S6												--	--	--	
MARÇO 17										S7															S8								
ABRIL 17							S9															S10										--	
MAIO 17												S11															S12						
JUNHO 17									S13																							--	

Legenda :  Sessões Formação
 Sessão Formação com necessidade de dispositivos médicos

4 – FORMADORES

SESSÃO	TEMA	FORMADOR
1	INTRODUÇÃO	Enf. Vera
	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO. DECLÍNIO DAS FUNÇÕES ORGÂNICAS E COGNITIVAS.	Enf ^a Vera
2	O CUIDADOR INFORMAL, COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO	Enf ^a Mara
	MAUS TRATOS AO IDOSO. ASPETOS CRIMINAIS E LEGAIS	Nucleo Violência
3 e 4	A SEGURANÇA NO IDOSO, PREVENÇÃO DE INFEÇÕES, QUEIMADURAS, QUEDAS E INTOXICAÇÕES MEDICAMENTOSAS. MEDICAÇÃO.	Enf ^a Vera
5	HIGIENE AMBIENTAL E PESSOAL. BANHO NA CAMA. CUIDADOS COM A PELE, UNHAS. HIGIENE ORAL. PERDAS DENTÁRIAS. VESTUÁRIO.	Enf. Mara
6 e 7	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO IDOSO. ACONDICIONAMENTO, MANIPULAÇÃO DOS ALIMENTOS. TIPOS DE DIETA. DISFAGIA. ALIMENTAÇÃO SNG E PEG.	Nutricionista
8	ELIMINAÇÃO DO IDOSO. INCONTINÊNCIA. CUIDADOS COM SONDA VESICAL.	Enf ^a Vera
9 e 10	MOBILIZAÇÕES E TRANSFERÊNCIAS. PREVENÇÃO DE ÚLCERAS. EXERCÍCIO E ATIVIDADE DO IDOSO	Fisioterapeuta Alice
11	EMERGÊNCIAS NO DOMICILIO: HIPERtermIA, ENGASGAMENTO, DIARREIA, DESIDRATAÇÃO	
12	DIABETES, HIPERTENSÃO E ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO NO IDOSO. ÓBITO DOMICILIO	
13	ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO STRESS E BURNOUT NOS CUIDADORES .	Dr.Jacinto (Psicologo)

5 – IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA TÉCNICO PEDAGÓGICA

Gestor de Formação
Enfermeira Vera Tiago
Projeto desenvolvido por Enfermeira Manuela Leal

Coordenador Pedagógico
Enfermeira Vera Tiago

Responsável pelo atendimento e apoio administrativo
Assistente Técnica Sofia

Outros Formadores:
Higienista Oral
Psicólogo
Nutricionista
Médico

6 – IDENTIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO DE APOIO E DOS MEIOS AUDIOVISUAIS

UTILIZADOS

Documentação de Apoio:

Diapositivos das sessões -

Meios audiovisuais/Outros:

Videoprojector -

Computador -

Outros: Pen Drive

Dispositivos médicos para aulas práticas

Cama articulada

Cadeira de rodas

Andarilho

Almofadas

Fralda

Dispositivos Médicos: Algalias, Sacos de Colostomia, Sonda Naso Gástrica

Termómetro

Caixa medicação

Roda dos alimentos

Prato raso e sopa

7 - LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE FORMANDOS – FICHA DE INSCRIÇÃO

ACÇÃO FORMATIVA : _____

NOME : _____

MORADA : _____

LOCALIDADE : _____ ÓDIGO – POSTAL : _____ / _____

CONTATOS:

TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

MAIL: _____

NACIONALIDADE : _____ NATURALIDADE: _____

BI _____ CARTÃO CIDADÃO _____ OUTRO _____

NÚMERO IDENTIFICAÇÃO: _____

HABILITAÇÕES

LITERÁRIAS: _____

FORMAÇÕES ANTERIORES:

—

DATA: _____

ASSINATURA :

8 - FOLHA DE PRESENÇAS

ACÇÃO FORMATIVA : _____

Nome	Dia																																									

9 – FOLHA DE SUMÁRIOS

Modulo __	SUMÁRIO	Faltas		
Sessão N° _____ Data: _____ T. <input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/> P.P.T <input type="checkbox"/> Duração: 2 horas		N°	J/I	H
Modulo __	SUMÁRIO	Faltas		
Sessão N° _____ Data: _____ T. <input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/> P.P.T <input type="checkbox"/> Duração: 2 horas		N°	J/I	H
Modulo __	SUMÁRIO	Faltas		
Sessão N° _____ Data: _____ T. <input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/> P.P.T <input type="checkbox"/> Duração: 2 horas		N°	J/I	H
Modulo __	SUMÁRIO	Faltas		
Sessão N° _____ Data: _____ T. <input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/> P.P.T <input type="checkbox"/> Duração: 2 horas		N°	J/I	H

10 – FOLHA DE OCORRÊNCIAS

Descrição da Ocorrência:

Módulo: _____ Sessão nº: _____

Data: ___/___/_____ Hora: _____

Quem detetou: _____ (*nome legível*)

11 – CERTIFICADO

The certificate form features a background image of two hands, one older and one younger, clasped together. In the top left corner, there is a logo for 'ACES ALMADA SEIXAL UCC Unidade de Cuidados na Comunidade'. The word 'Certificado' is written in a large, elegant cursive font. Below this, there are several fields for text entry, each enclosed in a dashed-line box. The first field is labeled 'Certificamos que', followed by a horizontal line. The second field is labeled 'CONCLUIU:'. Below these fields, the course title 'CURSO DE ORIENTAÇÃO CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS' is printed in bold, underlined capital letters. The third field is labeled 'CARGA HORÁRIA: horas' and the fourth is labeled 'ENTIDADE FORMADORA: UCC SEIXAL'. At the bottom of the form, there are two horizontal lines for signatures, labeled 'Assinatura' and 'Data'.

ACES ALMADA SEIXAL
UCC
Unidade de Cuidados na Comunidade

Certificado

Certificamos que

CONCLUIU:

CURSO DE ORIENTAÇÃO CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

CARGA HORÁRIA: horas

ENTIDADE FORMADORA: UCC SEIXAL

Assinatura _____ Data _____

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- 1 - O Processo de envelhecimento. Declínio das funções orgânicas e cognitivas.
- 2 - O cuidador informal, comunicação e relação
- 3 - Maus tratos ao idoso. Aspectos criminais e legais
- 4 - A segurança no idoso, prevenção de infecções, queimaduras, quedas e intoxicações medicamentosas. Medicação.
- 5 - Higiene ambiental e pessoal. Banho na cama. Cuidados com a pele, unhas. Higiene oral. Perdas dentárias. Vestuário.
- 6 - Alimentação e nutrição do idoso. Acondicionamento, manipulação dos alimentos. Tipos de dieta. Disfagia. Alimentação SNG e PEG.
- 7 - Eliminação do idoso. Incontinência. Cuidados com cateter vesical.
- 8 - Mobilizações e transferências. Prevenção de úlceras.
- 9 - Exercício e atividade do idoso
- 10 - Emergências no domicílio: Hipertermia, engasgamento, diarreia, desidratação
- 11 - Diabetes, hipertensão e demências no idoso.
- 12 - Estratégias de prevenção do stress e burnout nos cuidadores .

12 – RELATÓRIO FINAL DA ACÇÃO FORMATIVA

OBJETIVOS

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FORMANDOS

OCORRÊNCIAS

FREQUÊNCIA

ACOMPANHAMENTO FUTURO

SUGESTÕES

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA NEWEST VITAL SIGN

Newest Vital Sign – Versão Portuguesa (Para o Investigador)

Informação Nutricional	
Tamanho da porção	100ml
Porções por embalagem	4
Quantidade por porção	
Valor Energético	
Calorias	250 kcal
	%DDR
Gordura total 13g	20%
Gorduras saturadas 9g	40%
Colesterol 28 mg	12%
Sódio 55mg	2%
Total Hidratos de Carbono 30g	12%
Fibras Alimentares 2g	
Açúcares 23g	
Proteínas 4g	8%

*Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.

Ingredientes: Natas, leite desnatado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extrato de baunilha.

Leia ao sujeito:

Esta informação nutricional está na parte de trás de uma embalagem de gelado

1 – Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas ?

Resposta: 1000 é a única resposta correta

2 – Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer?

Resposta: Qualquer uma das respostas seguintes está correta: 200 ml (ou até 200 ml), 2 porções (ou até 2 porções), metade de uma embalagem (ou até metade de uma embalagem)

3 – Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente ingere em média 42 gramas de gordura saturada por dia que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?

Resposta: 33 g é a única resposta correta

4 – Se consome normalmente 2500 Kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção ?

Resposta: 10% é a única resposta correta

Leia ao Sujeito

Imagine que é alérgico às seguintes substâncias : Penicilina, Amendoins, luvas de látex e picada de abelha.

5 – É seguro para si comer este gelado?

Resposta: Não

6 – (Pergunta apenas, se a resposta à questão anterior foi “Não”) Porque Não?

Resposta: Porque contém óleo Amendoim.

TOTAL

Interpretação :

Pontuação de 0 – 1 sugere alta probabilidade (50% ou mais) de Literacia limitada

Pontuação de 2 – 3 indica possibilidade de Literacia limitada

Pontuação de 4 – 6 quase sempre indica Literacia adequada

Resposta Correta

Sim Não

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Newest Vital Sign – Versão Portuguesa (Informação apresentada ao Sujeito)

Informação Nutricional	
Tamanho da porção	100ml
Porções por embalagem	4
Quantidade por porção	
Valor Energético	
Calorias	250 kcal
	%DDR
Gordura total 13g	20%
Gorduras saturadas 9g	40%
Colesterol 28 mg	12%
Sódio 55mg	2%
Total Hidratos de Carbono 30g	12%
Fibras Alimentares 2g	
Açúcares 23g	
Proteínas 4g	8%

*Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.

Ingredientes: Natas, leite desnatado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extrato de baunilha.

Leia ao sujeito:

Esta informação nutricional está na parte de trás de uma embalagem de gelado

- 1 – Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas ? _____
- 2 – Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer? _____
- 3 – Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente ingere em média 42 gramas de gordura saturada por dia que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir? _____
- 4 – Se consome normalmente 2500 Kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção ? _____
- 5 – É seguro para si comer este gelado? _____
- 6 – Se a resposta à questão anterior foi “Não”. Porque Não? _____



ANEXO II - ÍNDICE DE BARTHEL

INDICE DE BARTHEL		Puntos
Comer	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender mantequilla, etc.	5
	Dependiente.	0
Lavarse	Independiente, entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
Deposiciones*	Continente.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
	Incontinente.	0
Micción*	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda o colector.	10
	Incontinente ocasional (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas). Necesita ayuda para cuidar de la sonda o colector.	5
	Incontinente.	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, usa cuña o el orinal. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque puede usar barras de apoyo), se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.	15
	Mínima ayuda física o supervisión.	10
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Deambular	Independiente, camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda de muletas o bastones o se apoya en la barandilla.	10
	Necesita ayuda física o supervisión.	5
	Dependiente.	0
TOTAL		