

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Capacitação de Cuidadoras Formais das Instituições
Particulares de Solidariedade Social para a prestação de
cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto
domiciliário**

Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Lisboa
2019

A decorative graphic in the bottom right corner, featuring a small green swirl above three long, horizontal, slightly curved green lines of varying lengths, similar to the ESEL logo.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Capacitação de Cuidadoras Formais das Instituições
Particulares de Solidariedade Social para a prestação de
cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto
domiciliário**

Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa

Lisboa
2019



Dedico este Relatório ao meu marido e ao meu filho
que sempre estiveram ao meu lado em todos os
momentos deste percurso.

Dedico também a todos os que colaboraram
direta ou indiretamente nesta etapa da minha vida.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

- ACES - Agrupamento Centros Saúde
- ARPCA - Associação de Reformados Pensionistas e Idosos do Concelho de Almada
- ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- CES - Comissão de Ética para a Saúde
- DGS - Direção Geral da Saúde
- EEEC - Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária
- EpS - Educação para a Saúde
- EUA - Estados Unidos da América
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- IPSS - Instituições particulares de solidariedade social
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*
- RDL - Rainha Dona Leonor
- SAD - Serviço de Apoio Domiciliário
- SCMA - Santa Casa da Misericórdia de Almada
- SNS - Serviço Nacional de Saúde
- UC - Unidade Curricular
- UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

Quando por motivo de doença, idade, estado de desenvolvimento, falta de recursos ou fatores ambientais o cliente se torna dependente de outrem, torna-se necessária a intervenção de prestadores de cuidados para a recuperação do equilíbrio do seu sistema. Em primeira instância quem vai contribuir para este equilíbrio é o cuidador familiar ou cuidador principal. No entanto, o papel dos primeiros tem vindo a diminuir devido aos mais variados fatores, nomeadamente socioeconómicos, passando este papel para a tutela de redes de apoio formal.

Este projeto “Capacitação de Cuidadoras Formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário” teve como objetivo identificar e intervir sobre as necessidades das cuidadoras formais de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) das freguesias de Cacilhas, Almada e Cova da Piedade, que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário.

A evidência científica orientada pela questão: “que necessidades as cuidadoras formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social manifestam perante a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no seu domicílio?” Isto remete-nos para um levantamento de informações que nos permitem saber se estas são detentoras de algum tipo de formação profissional, se consideram pertinente a sua realização, se sentem dificuldades nas mais variadas atividades e ainda a sua opinião sobre possíveis momentos formativos. Procuramos assim identificar stressores que interfiram no equilíbrio do sistema dos elementos deste grupo.

Há ainda evidências sobre a pertinência da intervenção dos enfermeiros comunitários sobre este grupo de profissionais através da sua capacitação que lhes permita a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes com a segurança necessária. Uma das estratégias utilizadas centrou-se na realização de sessões de educação para a saúde a 20 Ajudantes de Ação Direta. No seu final houve uma avaliação dos resultados da intervenção e concluiu-se ter havido um contributo positivo para a manutenção do equilíbrio dos elementos deste grupo.

Palavras-chave: Enfermeiro comunitário; Cuidador formal; Capacitação; Cuidado ao idoso dependente.

ABSTRACT

When due to illness, age, state of development, lack of resources or environmental factors the client becomes dependent on another, it becomes necessary the intervention of care providers to recover the balance of their system. In the first instance, the family caregiver or primary caregiver is the one who will contribute to this balance. However, this role has been diminishing due to the most varied factors, namely socio-economic, passing this role to the formal support networks protection.

This project "Training IPSS Formal Caregivers to provide care dependent elderly people at home context" aimed to identify and intervene on the formal caregivers of IPSS needs in the locale of Cacilhas, Almada and Cova da Piedade, who provide care to dependent elderly people in a home setting.

The scientific evidence guided by the question: "What needs do the formal caregivers of the IPSS express when they are providing care to the dependent elderly person in their home?" This takes us to an information research that allows to know if they have professional training, if they think that training is relevant, if they feel difficulties in several activities of them and also if they have an opinion about a possible formative moment. So, we search stressors that interfere in the balance of the system of the elements of this groups.

There is also evidence on the pertinence of community nurse's intervention on this group of professionals to train their capacities to care for dependent elderly people with a necessary security.

One of the strategies used was centered on health education sessions for 20 formal caregivers. At the end, there was an evaluation of the intervention results and it was concluded that there was a positive contribution to maintaining the balance of the elements of this group.

Keywords: Community Nurse; Formal caregiver, Training, Care for the dependent elderly.

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio	13
1.2. Cuidadores Formais e Cuidadores Informais	15
1.3. Redes formais de prestação de cuidados no domicílio e os seus prestadores de cuidados	18
1.4. Modelo teórico de Betty Neuman	20
1.5. A aprendizagem no adulto	24
2. METODOLOGIA	29
2.1. Diagnóstico da Situação de Saúde	29
2.1.1. Contextualização do local de intervenção	29
2.1.2. População, População Alvo e Amostra	31
2.1.3. Instrumentos, Técnicas e procedimentos de colheita de dados	32
2.1.4. Apresentação e Análise dos resultados	36
2.1.5. Diagnóstico de Enfermagem	42
2.2. Definição de prioridades	43
2.3. Fixação de objetivos	46
2.4. Seleção de estratégias	47
2.5. Preparação operacional	48
2.6. Avaliação	50
2.6.1. Indicadores de execução ou atividade	50
2.6.2. Indicadores de impacto ou resultado	51
3. QUESTÕES ÉTICAS	53
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	

Anexo 1 – Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados

Anexo 2 – Parecer favorável do ACES Almada Seixal

Anexo 3 – Parecer Favorável do CES da ARSLVT

APÊNDICES

Apêndice 1 – Scoping Review e resultados de Revisão da Literatura

Apêndice 2 – Identificação das variáveis

Apêndice 3 – Questionário adaptado e aplicado às cuidadoras

Apêndice 4 – Áreas de formação sugeridas pelas participantes

Apêndice 5 – Análise dos problemas de saúde identificados

Apêndice 6 – Definição de prioridades

Apêndice 7 – Planos de sessão

Apêndice 8 – Dossier pedagógico

Apêndice 9 – Diapositivos

Apêndice 10 – Questionário de Satisfação

Apêndice 11 – Consentimento informado

Apêndice 12 – Pedido de autorização à autora sobre a utilização do questionário

Apêndice 13 – Pedido de autorização ao ACES Almada Seixal para a realização do estudo

Apêndice 14 – Pedido de autorização à CES LVT para a realização do estudo

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Distribuição das participantes por sexo	36
Tabela 2 - Caracterização da variável idade	36
Tabela 3 - Distribuição das participantes por grupos etários	37
Tabela 4 - Distribuição das participantes segundo as habilitações literárias ...	37
Tabela 5 - Distribuição das participantes segundo a formação na área dos cuidados à pessoa idos dependente	38
Tabela 6 - Caracterização da variável de tempo de serviço	38
Tabela 7 - Atividades relacionadas com a área de intervenção “Higiene e Conforto”	39

Tabela 8 - Atividades relacionadas com a área de intervenção “Alimentação”	39
Tabela 9 - Atividades relacionadas com a área de intervenção “Eliminação” ...	40
Tabela 10 - Atividades relacionadas com a área de intervenção “Autonomia” ...	40
Tabela 11 - Atividades relacionadas com a área de intervenção “Segurança” ...	41
Tabela 12 - Atividades relacionadas com a área de intervenção “Comunicação”	41
Tabela 13 - Importância da formação na atividade profissional das participantes	42

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Determinação de prioridades recorrendo à grelha de análise	45
---	----

INTRODUÇÃO

Este relatório foi concebido no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária, do 9º Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Segundo a OE (2018), o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária será aquele que adquire e aplica competências no âmbito da Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, sendo esta a metodologia utilizada neste Estágio de Intervenção Comunitária. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Pretende-se também com este Relatório contribuir para a consecução do 2º ciclo de Bolonha, o Mestrado. Assim, segundo os descritores de Dublin, para que seja atribuído o grau de Mestre, o estudante terá de demonstrar possuir conhecimentos e capacidade de compreensão sustentados em conhecimentos do 1º ciclo e na sua autoaprendizagem, e que consiga “desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação”, (Ministério da Ciência, 2011, p. 59) sabendo transmitir posteriormente as suas conclusões, os seus conhecimentos e os seus raciocínios a elas subjacentes a especialistas e não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. (Ministério da Ciência, 2011)

Como contributo para o enquadramento teórico, sustentado em pesquisa de literatura de referência nacional e internacional, foi realizada uma *Scoping Review*, da evidência científica existente, segundo o protocolo enunciado por *Joanna Briggs Institute* (2015). (Apêndice 1)

A temática deste estágio recaiu sobre a Capacitação de Cuidadoras Formais de Instituições Particulares de Solidariedade Social para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário.

As cuidadoras formais (Ajudantes de Ação Direta), trabalham diretamente na promoção do bem-estar das pessoas idosas que residem no seu domicílio. Julgou-se pertinente, perante este contexto, saber se as cuidadoras são detentoras de algum tipo de formação profissional, se acham pertinente a sua realização, se sentem dificuldades nas mais variadas atividades, e ainda, a sua opinião sobre possíveis momentos formativos.

Por isso surgiu a questão: que necessidades as cuidadoras formais das IPSS manifestam perante a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no seu domicílio?

Assim, o desenvolvimento deste relatório iniciou-se com um enquadramento teórico. Neste capítulo foram abordados conceitos como: Cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio; Cuidadores Formais e Cuidadores Informais; Redes formais de prestação de cuidados no Domicílio e os seus prestadores de cuidados, o Modelo Teórico de Betty Neuman, e a Aprendizagem no Adulto.

No segundo capítulo, incluímos uma contextualização da metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, dando especial ênfase à etapa do Diagnóstico de Situação de Saúde, em que se fez uma descrição dos vários aspetos introduzidos, nomeadamente: a contextualização do local de intervenção; população, população alvo e amostra; instrumentos, técnicas e procedimentos de colheita de dados; apresentação e análise dos dados; diagnóstico de enfermagem. Posteriormente foram definidas prioridades; fixaram-se objetivos; selecionaram-se estratégias; preparação operacional e, por fim, a sua avaliação.

No terceiro capítulo evidenciaram-se as Questões Éticas. No último capítulo foram referenciadas as Considerações Finais.

Temos então como objetivo geral para este relatório:

- Identificar e intervir sobre as necessidades das cuidadoras formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social das freguesias de Cacilhas, Almada e Cova da Piedade, que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário.

Como objetivos específicos salientamos:

- Identificar, através de um instrumento de colheita de dados, as necessidades das cuidadoras formais;
- Estabelecer prioridades perante o Diagnóstico da situação;
- Definir os objetivos a atingir e estratégias de intervenção que satisfaçam as necessidades identificadas das cuidadoras formais;

- Operacionalizar estratégias de intervenção adotadas como meio de intervenção em Enfermagem Comunitária sobre o grupo participante;
- Avaliar o impacto das estratégias de intervenção realizadas sobre as cuidadoras formais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento da população é uma manifestação universal, com alguma complexidade que podemos definir como um processo de mudança progressivo das estruturas biológica, psicológica e social dos indivíduos, iniciando-se ainda antes do nascimento e que se desenvolve ao longo da vida, agindo no sistema de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente. (DGS, 2004)

Trata-se de um conceito dinâmico, em que será difícil delimitar a partir de quando se considera uma pessoa idosa. No entanto, o conceito que se adota neste relatório remete-nos para o conjunto de indivíduos com mais de 65 anos de idade, estando em concordância com a definição utilizada pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico. (OECD, 2008)

A tendência para o crescimento da população idosa portuguesa é semelhante aos restantes países da Europa. Esse crescimento é comum à generalidade do território nacional, deixando há muito tempo de ser um fenómeno das regiões do interior. (INE, 2012) Segundo dados apresentados no relatório “Índice Global de Envelhecimento, 2013”, Portugal apresentava uma percentagem 26,6% de pessoas idosas, sendo expectável que esse valor aumente para 40,4% até 2050, passando de oitavo para segundo lugar relativamente à população idosa, entre 195 países. (DGS, 2014)

Atualmente, perante as alterações sociodemográficas, económicas e estruturais, a dependência resultante do desequilíbrio biopsicossocial provocado por forças internas e externas resultantes da interação entre o cliente e o ambiente, tem um enorme impacto, tornando-se uma preocupação da governação, refletindo-se nas políticas de saúde e sociais e na identificação de pessoas em situação de dependência, com a finalidade de lhes proporcionar respostas adequadas às suas necessidades.

1.1. Cuidados à pessoa idosa dependente no domicílio

Pretende-se que ao longo do ciclo vital, que o indivíduo mantenha uma interação com o ambiente e com forças internas e externas de forma a manter o equilíbrio ou o bem-

estar. Todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade para manter o equilíbrio do seu sistema.

Com o aumento da longevidade devido à melhoria dos cuidados de saúde e às condições de vida, observou-se um aumento da esperança média de vida das pessoas. No entanto, o envelhecimento está associado ao aumento de doenças crónicas e incapacitantes, o que contribui para elevar a taxa de idosos dependentes de outrem e conseqüentemente para o aumento das necessidades de apoio, de cuidados pessoais e de saúde. Assim, o aumento da esperança de vida proporciona o surgimento de pessoas com idades cada vez mais avançadas e, previsivelmente, mais dependentes. (Sequeira, 2010) Uma pessoa dependente é aquela que durante um período, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outrem para realizar certas atividades da vida diária. (Andrade, 2009)

O Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, no artigo 3º, alínea h), define dependência como uma:

situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. (Decreto-Lei no 101/2006 de 6 de Junho, 2006)

Assim, quando por motivo de doença, idade, estado de desenvolvimento, falta de recursos ou fatores ambientais o cliente se torna incapaz de manter o bem-estar, face aos efeitos de stressores, torna-se necessária a intervenção de prestadores de cuidados para a recuperação do equilíbrio do seu sistema. Ao interagir com o cliente, os familiares e amigos (cuidadores informais) ou profissionais (cuidadores formais), vão potencializar os seus recursos para chegar a esse bem-estar. (Alligood & Tomey, 2002)

Quando a família se torna pouco eficaz a cuidar dos seus idosos, ou se estes não existem, os cuidados domiciliários prestados pelos serviços de apoio formal são a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade. Também, no seguimento das políticas de saúde e sociais atuais, que se preocupam em manter a

pessoa idosa no seu quadro habitual de vida, as redes de apoio formal, têm vindo a diversificar o seu leque de serviços para além dos lares. (Paúl, 1997)

Neste contexto, implementaram-se unidades e equipas de cuidados, baseadas em políticas de segurança social que permitam potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, dirigidos às pessoas em situação de dependência, visando a promoção da autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social no seu domicílio. (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, 2006) Assim, a RNCCI preconiza a “manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida”. (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, 2006, p. 3858)

Os cuidados domiciliários tornaram-se uma alternativa à institucionalização destes idosos dependentes em Lares. Estes cuidados envolvem vários atores numa complexa e articulada rede de relações. Muitas vezes não é só o utente o alvo dos cuidados, mas também a família e o restante meio envolvente. Terão de ser tidas em conta estas variáveis, para se poder planear e programar bem os cuidados a prestar no domicílio. (Andrade, 2009)

1.2. Cuidadores Formais e Cuidadores Informais

Brêtas e Yashitome (2000), diferenciam o cuidador formal do cuidador informal, caracterizando o primeiro como aquele que profissionalmente é detentor de um conteúdo funcional legalmente definido, é contratado pela pessoa idosa e/ou familiares, é remunerado e poderá ter ou não alguma formação prévia, para prestar cuidados; enquanto que o segundo é um familiar, amigo ou vizinho que assume cuidar da pessoa idosa quase sempre sem preparação e remuneração. Importa referir, que o cuidador familiar é quase sempre o que é escolhido em primeira instância, é o chamado de cuidador principal. Este poderá por vezes, momentaneamente, delegar

cuidados a outro familiar menos próximo, vizinho ou amigo. (Brêtas, A. C. P. & Yashitome, 2000)

Há quem denomine “de cuidados informais, os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos”. (Sequeira, 2007, p. 97)

Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia deixa de ser possível. (Brêtas, A. C. P. & Yashitome, 2000)

Assim, o cuidador informal é alguém muito próximo da pessoa dependente, que presta os cuidados de uma forma sistemática, solitária sem a ajuda de outros membros da família. (Sequeira, 2007) Na maioria das famílias escolhe-se o cuidador em função “das características e experiências pessoais de cada membro da família e ainda pelo contexto em que ele se encontra”. (Sequeira, 2007, p. 101) Este autor tem como exemplo um membro da família que se encontra em situação de desemprego ou sem atividade, que se torna um candidato a cuidador. Também “entre cônjuges e filhos predominam os motivos relacionados com a cumplicidade desenvolvida ao longo do convívio mútuo e o facto de esta constituir uma obrigação, um dever familiar”. (Sequeira, 2007, citando Baum & Page, 1991 e Silverstein & Litak, 1993)

No entanto, atualmente, este papel tem vindo a diminuir devido aos mais variados fatores, onde se constata alterações significativas no âmbito da família. (Sequeira, 2007) De entre eles o que mais contribuiu para esta realidade foi a diminuição do tamanho do agregado familiar, onde há:

um predomínio das famílias nucleares, com uma maior incidência de situações caracterizadas pela instabilidade conjugal, casamentos mais tardios, maior número de famílias monoparentais, menor número de filhos, onde a carreira profissional assume um maior destaque em função da necessidade (prioritária) relacionada com a manutenção do emprego. (Sequeira, 2007, p. 101)

Estes deixam de ser cuidadores a tempo inteiro delegando parcial ou totalmente os cuidados a redes de apoio formais nomeadamente os Serviços de apoio Domiciliário (SADs).

Importa ainda referir que, embora a tendência esteja a mudar, devido à incidência cada vez maior do sexo masculino como cuidadores de idosos, segundo Colomé (2011) e citando Fonseca (1996), a tarefa de cuidar encontra-se associada à figura feminina o que deriva de raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. A mulher como cuidadora dos filhos, do próprio marido e da casa levou a que houvesse uma adaptação à tarefa de cuidar de idosos. (Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, 2011) Os mesmos autores descrevem o cuidador formal de idosos como sendo maioritariamente mulheres, casadas, na faixa etária entre os 40 e 49 anos e com baixa escolaridade. (Colomé, I. *et al*, 2011)

De entre muitos outros estudos, salienta-se também, o estudo de Sousa (2011), citado por Beringuilho (2013), realizado em cuidadores formais. Este constatou que houve uma clara evidência do género feminino (99,6%), com uma média de idades de 43,1 anos, em que 73,5% eram detentoras do estado civil casado e com habilitações literárias iguais ou inferiores ao 1º ciclo (31,5%) e 2º ciclo (completo ou incompleto), em 24% dos casos. Só 19% dos inquiridos declara possuir o 3º ciclo (completo ou incompleto) e 21,0% o ensino secundário (completo ou incompleto). No que se refere ao tempo de atividade, a média é de dez anos, onde apenas 57,0% trabalha exclusivamente com apoio a idosos, não acumulando outro tipo de atividade, e apenas, 33,0% afirmam ter recebido formação antes de começar a trabalhar com idosos. (Beringuilho, 2013)

O facto de ser a mulher que mais predomina como cuidadora de idosos em instituições, "revelados em literatura sobre a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho a partir da segunda metade do século XX" (Reis, P. & Ceolim, 2007, citando Fonseca 1996), remonta a acontecimentos como a crescente inserção desta no mercado de trabalho cujas causas foram: a deterioração dos salários lançando a mulher a participar no orçamento da família e a crescente participação das mulheres em espaços públicos. (Reis & Ceolim, 2007) É neste contexto que referenciaremos frequentemente, cuidadoras e não cuidadores, uma vez que estas são maioritariamente mulheres.

Um cuidador formal é um profissional que presta cuidados e que podem ser médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais. Este geralmente possui “uma preparação específica para o desempenho deste papel” e está integrado no âmbito de uma atividade profissional, na qual “se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde”. (Sequeira, 2007, p. 97)

Há a ressaltar, atualmente um crescente interesse por parte de várias instituições, públicas e privadas em recrutar profissionais com formação específica na área de prestação de cuidados a idosos, provenientes dos Institutos de Emprego e Formação Profissional. São os chamados Técnicos Auxiliares de Saúde, Ajudantes de Geriatria, Assistentes familiares e de Apoio à Comunidade, que estão devidamente regulamentados. Estes profissionais realizam/prestam, sob a orientação de um técnico especializado (nomeadamente Enfermeiro), cuidados gerais e de saúde básicos necessários a pessoas dependentes no domicílio. Estes cuidados são prestados através de cuidadoras, nomeadamente Ajudantes de Ação Direta (AAD) / Ajudantes Familiares e que doravante serão sempre referenciadas por Cuidadoras Formais.

1.3. Redes formais de prestação de cuidados no domicílio e os seus prestadores de cuidados

O apoio domiciliário a idosos dependentes prestados pelas IPSS ou por outras empresas privadas, pode ser a solução para colmatar essa dependência, proporcionando-lhe a possibilidade de permanecer e usufruir do conforto do seu lar. Um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD):

é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. O seu principal objetivo será a promoção de condições de autonomia e bem-estar, favorecendo a permanência do

idoso no domicílio e no seu seio familiar e social, privilegiando a sua inserção social e comunitária. (Portaria nº 38/2013, 2013)

De entre os mais variados serviços temos: cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional; fornecimento e apoio nas refeições, de acordo com as dietas prescritas; tratamento da roupa de uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização, como animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; serviço de teleassistência. (Portaria nº 38/2013, 2013)

Os programas de formação, nomeadamente para cuidadores, que englobam a aquisição de competências e conhecimentos estão presentes nas mais variadas instituições, sendo uma mais-valia para a qualidade dos cuidados ao idoso. Geralmente estão inseridos no plano anual de atividades formativas, plano esse que inclui também a formação a outros colaboradores da instituição.

Importa também referir que o stress e a sobrecarga emocional de quem cuida são normalmente desvalorizados, sendo que a qualidade de vida do cuidador é um aspeto importantíssimo e que necessita de ser tido em conta em programas de formação para os mesmos. Assim, “programas que integram informação e suporte emocional são os mais eficazes na melhoria das competências dos cuidadores formais e da qualidade dos cuidados prestados”. (Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, 2011, p.120, citando Davison *et al.*, 2007)

Foi neste contexto que incluímos cuidadores formais que por vezes não tem qualquer tipo de formação profissional prévio, resumindo-se a uma aprendizagem com os seus pares. A investigação levada a cabo por Barbosa *et al.*, (2011) demonstra que a maioria dos cuidadores formais não possuem uma formação específica para o cuidado ao idoso. Contudo, os mesmos referem ter competências, sendo que estas advêm da experiência que possuem e da interação estabelecida com aqueles que prestam serviço em Instituições para idosos há mais tempo. As dificuldades de comunicação e interação com o idoso são dificuldades apontadas pelos cuidadores, porém outras são referidas como é o caso de: lidar com distúrbios comportamentais; a falta de tempo pelo acumular de tarefas; a falta de recursos disponíveis (em especial de recursos humanos para o atendimento personalizado de cada idoso); o planeamento de

atividades; a interação com os familiares e o pouco envolvimento destes na dinâmica institucional. (Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, 2011)

A falta de conhecimento relativamente a alguns cuidados, em especial daqueles que apresentam alguma patologia ou necessidade especial, é outro aspeto comum em cuidadores a desempenhar funções. (Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, 2011) Como tal, é necessário apostar na formação destes profissionais em aspetos mais básicos relativos ao processo de envelhecimento, características de patologias específicas, formas de comunicar com os idosos, cuidados práticos e outros semelhantes, assim como em aspetos de trabalho em equipa, de desenvolvimento de autoestima e, de um modo geral, que propiciem uma qualidade de vida a quem envolve grande parte do seu tempo cuidando de quem apresenta as suas limitações e necessita de cuidados especiais.

1.4. Modelo teórico de Betty Neuman

As teorias de enfermagem contribuem para a compreensão da realidade, promovem a reflexão e a crítica com base em elementos científicos. O recurso a uma teoria fundamenta os enfermeiros na definição dos seus papéis, no melhor conhecimento da realidade e na conseqüente adequação e qualidade do seu desempenho profissional.

Torna-se pertinente fundamentar o processo de planeamento em saúde com base num modelo teórico que se adapte ao contexto deste Estágio. Tendo em conta os participantes do projeto e a influência que os stressores podem ter sobre o seu sistema, decidiu-se optar pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

O modelo de sistemas de Betty Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas em que o cliente é um sistema aberto, que está em constante transformação. Qualquer stressor pode perturbar a harmonia ou segurança deste sistema, logo, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. É um modelo holístico, que se adapta a todos os contextos de cuidados, nomeadamente em cuidados de saúde primários e pode ser aplicado ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade. (George, 2000)

Neste caso concreto, as cuidadoras formais (sistema) estão em constante transformação, adquirindo experiência, vivenciando situações e sentimentos mais ou menos intensos. No entanto, face a novas situações ou o ressurgimento de vivências (stressor) podem provocar o seu desequilíbrio e originar-lhe insegurança. Pretendemos assim dizer que, face ao aparecimento de uma patologia desconhecida, ou uma nova técnica a implementar sem prévia formação (stressores), este sistema (as cuidadoras) poderá desequilibrar-se e entrar em rutura.

Ao recorrer a um modelo holístico, o enfermeiro, está a efetuar um estudo sistémico das particularidades da pessoa, família, grupo ou comunidade, através da análise detalhada, das relações de espaço e tempo das quais estas características dependem. (George, 2000) Estas relações no espaço e no tempo estão associadas às vivências das cuidadoras nos mais variados contextos profissionais e pessoais que percorreram, com a duração no tempo em cada um deles e se estas foram benéficas ou não. Também está associada à interação com a própria família, com as famílias de quem cuidou e cuida e com a própria comunidade ou grupo da qual fazem parte, ou seja, todo o ambiente.

Recorrendo ao Modelo de Betty Neuman, para este grupo de cuidadoras, afirmamos que se trata de um sistema (núcleo) dinâmico, composto por variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (processos mentais e emoções), socioculturais (relações e expectativas sociais e culturais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida) e espirituais (crenças espirituais e sua influência na vida destas pessoas). Este sistema encontra-se em permanente interação (troca de energia) com o ambiente, neste caso a comunidade.

Devido ao facto de este sistema ser aberto, há uma tendência para ser influenciado por fatores de stress, originando possíveis desequilíbrios. Os stressores são definidos como fenómenos suscetíveis de provocar tensão e instabilidade do sistema, ou seja, podem modificar a estabilidade biopsicossocial e espiritual dos indivíduos que o compõem. Por assim dizer, estas cuidadoras estão em constante troca de energia com o seu meio envolvente e a conseqüente harmonia. Caso haja um stressor que consiga perturbar essa harmonia haverá desequilíbrio e o sistema poderá entrar em rutura.

Estes stressores podem ser extrapessoais, interpessoais e intrapessoais. Os stressores extrapessoais agem com forças exteriores ao sistema; os interpessoais são forças exteriorizadas entre duas ou mais pessoas; e os intrapessoais estão relacionados com a própria pessoa. “Os stressores interpessoais e extrapessoais correlacionam-se com o ambiente externo.” (George, 2000, p. 230) No caso das nossas cuidadoras, constatamos a presença destes três tipos de stressores. Estão sujeitas a stressores “extrapessoais”, na medida em que estão em permanente interação com entidades exteriores ao seu sistema, como a entidade empregadora, ou as famílias dos utentes, que de alguma maneira solicitam o seu empenho, dedicação e a sua experiência. Mas estas cuidadoras podem não ser capazes de responder a essas exigências (stressores intrapessoais) e entrar em desequilíbrio. Vão sentir-se esgotadas, desmotivadas e achar que não têm competências para o solicitado. Por fim, os stressores “interpessoais” podem refletir-se numa interação conflituosa entre cuidadoras ou com utentes ou familiares.

Caberá ao enfermeiro identificar qual o tipo de stressor, a sua causa e a sua intensidade, para assim poder intervir sobre esse sistema.

Neuman diz também que o sistema (núcleo) é rodeado de diversas linhas que são os seus recursos de energia.

As linhas de resistência representam as condições internas e são a última barreira perante os stressores. Se estas “não forem eficientes, a exaustão de energia pode levar à morte.” (George, 2000, p. 228) Se elas forem competentes conseguem ajudar a restabelecer a linha normal de defesa.

A linha normal de defesa representa o nível de estabilidade, bem-estar ou saúde correspondendo às capacidades e habilidades da pessoa a partir das suas vivências, representando o equilíbrio ou a adaptação aos stressores. Ao se quebrar esta linha deparamo-nos com sinais e sintomas sugestivos de desequilíbrio.

A linha mais externa, ou seja, “o limite externo e a resposta inicial ou a proteção do sistema contra os stressores” (George, 2000, p. 229), é denominada de linha flexível de defesa. Esta tem uma função amortecedora funcionando como proteção adicional às de defesa normal e de resistência.

Também aqui podemos exemplificar como o sistema “cuidadoras formais”, constituindo um grupo populacional inserido numa comunidade possuindo um aporte de elementos básicos de sobrevivência (experiências vividas no passado, aquisição de competências) que lhe permitem adaptar-se aos stressores e manter-se dentro da linha normal de defesa. As linhas de resistência possuem um conjunto de características e de meios de defesa, que perante uma situação que já não ocorria há muito tempo (stressor) conseguem superar e manter o seu equilíbrio. A sua linha normal de defesa representa o seu limite de estabilidade ou bem-estar, transmitindo-lhe segurança, autoconfiança.

No entanto, estas linhas, encontram-se como que envolvidas pela linha de defesa flexível que por sua vez protege o sistema contra os stressores. Face à intervenção de stressores a linha de defesa flexível funciona como que apaziguadora de forma a que estas não entrem em rotura.

Ora, por vezes, a linha de defesa flexível e a linha normal de defesa são atravessadas pelos stressores (cansaço por excesso de trabalho ou ausência de férias, novas exigências institucionais), no entanto, enfrentam as linhas de resistência que têm como objetivo enfrentá-los e restabelecer o sistema (reacender a auto-estima, vontade de vencer) . Seguindo a mesma linha de exemplos, as nossas cuidadoras, poderão recorrer a férias para descansar, procurar formação adicional, recorrer à ajuda dos seus pares. Só assim conseguirão restabelecer o sistema e “regressar à linha normal de defesa”.

Quando está presente a saúde, o bem-estar, implica que há maior quantidade de energia produzida do que utilizada. O inverso, isto é, maior dispêndio de energia do que gerada, o sistema dirige-se para o extremo oposto, ou seja, doença e morte. (George, 2000) Neste contexto, teremos cuidadoras angustiadas, com baixa autoestima, com tendência para o absentismo.

Assim, quando este grupo de cuidadoras está sujeito a stressores, necessita que as suas linhas de defesa sejam fortalecidas para que seja alcançado o equilíbrio. Por serem linhas “dinâmicas permitem uma intervenção preventiva em saúde.” (Duarte, 2017, citando Martins, 2014) É aqui que o enfermeiro poderá intervir, fazendo o seu diagnóstico e promover recursos para alcançar o reequilíbrio.

Alligood (2002) diz-nos que “Neuman defende a intervenção inicial quando se suspeita ou se identifica um stressor”. (Alligood, 2002, p. 339) Assim, ao nível da prevenção primária, ocorre a avaliação da situação e redução da possibilidade de encontro com os fatores de risco associados aos stressores, inclusive através da promoção de saúde.

Segundo este modelo de Neuman, o conceito de grupo como cliente significa um conjunto de pessoas ligadas entre si com um propósito comum, ou seja, existe uma troca de energia sob a forma de partilha, pedidos de ajuda e apoio mútuo, correspondendo a linha normal de defesa e à coesão do grupo. Logo, este conceito faz todo o sentido e é aplicável aos cuidadores formais, que interagem entre si, trabalhando em equipa, promovendo ajuda mútua, partilha de experiências e de stresses.

Através deste modelo, a intervenção da enfermagem no grupo de cuidadoras tem como objetivo a prevenção primária, com a identificação das variáveis afetadas no seio do grupo, através de um diagnóstico da situação, para depois proceder à intervenção (prevê-se que seja a sua capacitação) criando um ambiente de segurança e equilíbrio no seu sistema. Assim sendo, promove-se nas cuidadoras um restabelecimento do seu sistema face aos stressores.

Desta forma, e nesta linha de pensamento, a intervenção da enfermagem comunitária sobre as cuidadoras formais permite identificar em que medida as linhas de defesa estão comprometidas, identificar as prioridades, para depois intervir com estratégias de uma forma eficaz. Esta sequência, em tudo semelhante ao processo do Planeamento em Saúde, demonstra que esta metodologia é um instrumento essencial na realização deste projeto.

1.5. A aprendizagem no adulto

Rogers afirma que um homem instruído é aquele que aprendeu como aprender, é aquele que aprendeu a adaptar-se e a mudar, e que tomou consciência de que nenhum conhecimento é garantido, mas que, só o processo de o procurar é que lhe fornece uma base segura. (Rogers, 1985)

Carvalho (2010) refere que “o adulto escolarizado é um sujeito culto, no sentido objetivo da cultura, porque consegue sobreviver na sociedade na qual está inserido”. (Carvalho, Carvalho, Motta, & Aguiar, 2010, citando Danyluk, p. 82)

Malcolm Knowles, embora não tenha sido o pioneiro nos estudos sobre Andragogia, contribuiu em muito para o desenvolvimento de uma disciplina educacional e a sua aplicação no cotidiano, principalmente no mundo do trabalho. O seu objetivo seria a capacitação do adulto para o mercado de trabalho, no entanto, tornou-se um marco para o desenvolvimento da educação de adultos. Batista & Haiduke (2017) consideram que o papel do professor, até agora detentor único do conhecimento, ganha a função de educador, onde ensina, orienta o adulto na aprendizagem e aprende ao ensinar. (Batista & Haiduke, 2017) Já, Carvalho e seus colegas (2010) dizem que o adulto não aprende através da mesma metodologia empregada na Pedagogia, de forma que a Andragogia questiona o modelo da pedagogia aplicado à educação de adultos, porque esta entende que o adulto é sujeito da educação e não o objeto desta. (Carvalho et al., 2010)

Malcolm Knowles, na sua obra “*The modern practice of adult education*” (1980) contrapõe o modelo andragógico ao modelo pedagógico. Assim, enquanto na pedagogia o aluno é considerado dependente do professor, pois é a este último que cabe a responsabilidade em decidir “o que vai ser aprendido, como vai ser aprendido, quando será aprendido e se foi aprendido”, (Carvalho et al., 2010, p.84) na andragogia a pessoa vai seguindo o seu processo de maturação, transitando da dependência para a auto-direção, sendo esse processo variável em cada pessoa. Aqui cabe ao professor, incentivar e nutrir essa transição. (Knowles, 1980) A pedagogia considera a experiência adquirida pelo aluno de pouco valor no processo. Esta pode ser utilizada como ponto de partida, mas a experiência transmitida pelo professor, pelos livros e pelos meios audiovisuais são de primordial importância. À luz da andragogia, à medida que a pessoa cresce e se desenvolve vai criando um espólio de experiências que se tornarão um recurso riquíssimo para a sua aprendizagem e para outros (até mesmo para o professor). Os próprios adultos gostam de gerar experiências, que servirão para ilustrar a sua aprendizagem. No que se refere à motivação para a aprendizagem, a pedagogia defende que esta está organizada e padronizada com base em currículos iguais para todos. Segue uma orientação centrada na aprendizagem. As pessoas

sabem que devem aprender com o objetivo da excelência, mas quando pressionadas poderá haver um resultado contrário. Elas consideram que essas aquisições só irão ser úteis num momento posterior da sua vida. (Knowles, 1980) Ora, na andragogia a aprendizagem é vista como uma necessidade por parte da pessoa, que lhe vai ser útil à vida real, nomeadamente profissional, pessoal ou em comunidade. O adulto aprende fazendo. Precisa de experienciar novas habilidades, novos conceitos para enriquecer o seu espólio do saber ser e do saber fazer. (Canário, 1999) Cabe aqui ao educador proporcionar e sugerir ferramentas para a sua aquisição. Também os currículos terão de ser adaptados às necessidades dos interessados, sendo para isso necessário que eles próprios identifiquem as suas necessidades educativas e criem estratégias de aprendizagem, para posteriormente se autoavaliarem e refletirem sobre todo este processo. (Carvalho *et al.*, 2010)

Por tudo isto, o educador deverá valorizar a individualidade do aluno, as suas experiências, o seu pensamento crítico e ainda reconhecer o seu esforço nesse processo de ensino aprendizagem. Só assim é que esse processo se torna significativo e conseqüentemente transformar capacidades em competências.

Face aos desafios do mundo atual, as pessoas adultas têm procurado ampliar os seus horizontes educacionais. O regresso à escola na idade adulta, de forma voluntária e interessada, suscita maior interesse em sala de aula, pois o ensino torna-se mais contextualizado e ligado ao seu quotidiano, às suas necessidades. Também este ensino consciencializa o adulto quanto à sua realidade, ou seja, habilita-o a um pensamento crítico das suas práticas diárias que traz para contexto de sala de aula. Só questionando a sua realidade é que conseguirá contribuir melhor para a sua comunidade, para o seu meio onde está inserido. (Batista & Haiduke, 2017)

Tardif (2000), citado por Carvalho *et al.*, (2010) refere que “tanto em suas bases teóricas quanto em suas conseqüências práticas, os conhecimentos profissionais são evolutivos e progressivos e necessitam de uma formação contínua”. Assim, os profissionais devem auto formar-se e reciclar-se recorrendo aos diferentes meios, após a sua formação inicial. (Carvalho *et al.*, 2010, p. 79)

Portanto, cabe ao enfermeiro como promotor da educação em saúde, aperfeiçoar estratégias de aprendizagem que lhe permitam tornar as suas intervenções

educativas num sucesso. Por conseguinte, na situação particular das nossas cuidadoras, tendo em conta o modelo andragógico, o enfermeiro terá de ir ao encontro daquilo que estas desejam aprender, permitindo-lhes o comando deste processo. (Duarte, 2017)

2. METODOLOGIA

O planeamento “é uma ferramenta técnica administrativa, imprescindível à boa gestão” em que a sua utilização reflete responsabilidade, racionalidade dos interessados no que se refere a uma mudança, mudança essa, que se considera necessária e fundamentada, e que está sujeita a uma série de fatores condicionantes. (Nunes, 2016, p. 15)

O Planeamento em Saúde é definido por Imperatori (1993) “como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”. (E. Imperatori & M.R. Giraldes, 1986, p. 6) Este processo deverá ser entendido como “contínuo e dinâmico”, ou seja, nenhuma etapa deverá ser tida como concluída, pois, na fase seguinte podemos achar que há necessidade de voltar atrás e recolher mais informações. (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 11)

2.1. Diagnóstico da situação de saúde

Ao realizarmos um diagnóstico da situação de saúde não estamos apenas a reconhecer o atual estado de saúde de uma comunidade, dos seus determinantes e consequentes necessidades. Estamos também a identificar os mais variados recursos existentes, e que serão utilizados nas intervenções que o planeamento recomende. (Nunes, 2016, p. 30)

Ao elaborar um diagnóstico da situação de saúde, com a identificação das necessidades formativas das cuidadoras formais estamos a dar o primeiro passo no Processo de Planeamento em Saúde.

2.1.1. Contextualização do local de intervenção

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Rainha D. Leonor pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal da Administração Regional de

Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e tem como área de abrangência as freguesias de Almada, Cova da Piedade e Cacilhas. A sua missão, à semelhança de outras unidades, é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência, alcançando ganhos em saúde e contribuindo para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde onde está inserida.

Esta unidade é composta por uma equipa multiprofissional, formada por: 13 Médicos, 14 Enfermeiros, 8 Secretárias Clínicas e 2 Internos, que servem atualmente 13.767 inscritos frequentadores com médico de família e 6.928 inscritos sem médico de família. (SNS, 2018)

O compromisso da UCSP deverá estar contido no seu programa de ação, no qual serão apresentados os seus objetivos, os indicadores e as metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

A UCSP Rainha D. Leonor e o ACES têm vindo a negociar e a assegurar o cumprimento de um Plano de Ação e um Compromisso Assistencial Contratualizado, tendo o mais recente iniciado em 2017.

Atualmente, esta Unidade Funcional abrange na sua totalidade 20 695 utentes, entre eles 6 173 idosos, ou seja, 29,8% são pessoas idosas. O Índice de Dependência dos idosos centra-se nos 51,17%. (SNS, 2018). Este define-se como: “a relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão geralmente inativas do ponto de vista económico (65 e mais anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos)”. (PORDATA, 2018) Sendo este um valor inferior a 100 (51,17%) significa que há menos idosos do que pessoas em idade ativa.

Sendo a intervenção dirigida às cuidadoras formais das IPSS que prestam cuidados a pessoas idosas da área de abrangência da UCSP Rainha D. Leonor, incluímos as freguesias da Cova da Piedade, Cacilhas e Almada. As IPSS envolvidas neste processo são: Santa Casa da Misericórdia de Almada com 85 idosos em domicílio (e 15 cuidadoras envolvidas) e Associação de Reformados Pensionistas e Idosos do Concelho de Almada com 45 idosos em domicílio (e 10 cuidadoras envolvidas).

2.1.2. População, População Alvo e Amostra

Uma população é definida como, um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns. Assim, torna-se necessário definir de forma precisa a população a estudar e identificar os elementos que a constituem. (Fortin, 1999)

Neste contexto, a população serão as Cuidadoras Formais que prestam Serviço de Apoio Domiciliário a Idosos dependentes no Concelho de Almada.

A população alvo, é um conjunto de indivíduos que “satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem generalizações”. (Fortin, 2009, p. 311) Neste caso são as cuidadoras formais da área de influência da UCSP RDL que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio. Estas obedecem aos critérios de inclusão e de exclusão que foram definidos previamente. Consideram-se como critérios de inclusão:

- I. Cuidadoras Formais das IPSS que prestem cuidados a idosos dependentes no domicílio;
- II. Estas cuidadoras terão de pertencer a IPSS que prestam cuidados a idosos dependentes, que se encontram inscritos e a residir na área de influência da desta Unidade Funcional;
- III. As IPSS terão de se localizar nas freguesias da área de influência da UCSP RDL, nomeadamente: Almada, Cacilhas e Cova da Piedade.

Consideram-se como critérios de exclusão:

- I. Cuidadoras Formais das IPSS que não prestam cuidados a idosos dependentes no domicílio;
- II. Cuidadoras que pertencem a IPSS que prestam cuidados a idosos dependentes, mas que não se encontram inscritos e a residir na área de influência da UCSP Rainha D. Leonor;
- III. IPSS que não se localizam nas freguesias de influência desta UCSP;
- IV. IPSS que não responderam à nossa solicitação de participação neste projeto.

No âmbito deste Estágio pretendemos identificar a nossa amostra. Uma amostra consiste numa “fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”. Esta deverá

ser representativa dessa população, ou seja, certas características identificadas desta, devem estar presentes em todos os seus elementos. (Fortin, 2009, p. 312)

Foi utilizado para selecionar a amostra a técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Não se pode com este método extrapolar para a população os resultados e conclusões obtidos com a amostra. Com este método, a amostra escolhida é “facilmente disponível”. Tem a vantagem de “ser rápido, barato e fácil” e como desvantagem, em termos de rigor, “os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para a população”. (Hill, 2016, p. 50)

Neste sentido, vamos ter como amostra/participantes 20 cuidadoras formais das IPSS Santa Casa da Misericórdia de Almada e Associação de Reformados e Idosos do Concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio.

2.1.3. Instrumentos, Técnicas e procedimentos de colheita de dados

A investigação é uma estratégia ou um processo racional que visa a aquisição de conhecimentos. Trata-se de um “processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis retirados do mundo empírico...tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos”. (Fortin, 2009, p. 4)

Sabemos que para obtermos os dados que pretendemos, temos de utilizar o ou os métodos de colheita de dados que achamos ser o mais adequado. Fortin (2009) diz que, “cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo”. (Fortin, 2009, p. 368)

Neste contexto recorreu-se à adaptação de um questionário, cuja autora, a Sr.^a Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária Sofia Alexandra Brites Militar, nos cedeu gentilmente, a fim de obter uma caracterização socio demográfica das Cuidadoras Formais das IPSS envolvidas, uma avaliação das suas necessidades e a opinião das mesmas sobre a importância da formação na sua atividade profissional. Segundo Fortin (2009), um questionário “tem como objetivo recolher informação

factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.” (Fortin, 2009, p. 380)

Quivy (1998), considera que um questionário consiste na colocação de uma série de perguntas dirigidas a um conjunto de inquiridos e que pretende obter informações sobre a sua situação social, profissional, as suas opiniões, de entre outros pontos de interesse do investigador. Devido a um elevado número de pessoas interrogadas e ao tratamento quantitativo das informações obtidas, as respostas na sua maioria devem ser pré-codificadas, de forma a que os entrevistados tenham de responder obrigatoriamente às respostas que são propostas pelo investigador. (Quivy, 1998)

Foi um questionário de “administração indireta” que nos permitiu completar as respostas fornecidas pelo inquirido sempre que se achasse pertinente. Este tipo de inquérito permite a interação entre o inquiridor e o inquirido, e é também denominado “Inquérito cara a cara”. (Haro, 2016, p. 72, citando Cea D’Ancona, 2012)

Ao ser construído o questionário, deverá incluir no seu início “instruções claras sobre a forma de responder aos diferentes tipos de questões”. (Fortin, 2009, p. 386). Neste, convém listar todas as variáveis da investigação, incluindo as características dos casos. (Hill, 2016) Para esta autora “chamam-se casos da investigação aos respondentes ao questionário”. (Hill, 2016, p. 87). Será qualquer tipo de entidade da qual pretendemos obter dados. No contexto deste Estágio foram as Cuidadoras Formais.

Numa investigação onde se aplica um questionário, a maioria das variáveis são medidas com base nas suas perguntas. Os métodos de investigação incluem o tipo de perguntas usadas e os tipos de respostas associadas a essas perguntas. (Hill, 2016)

Podemos definir uma variável como a característica que é medida ou avaliada em cada elemento da amostra ou população. Este questionário inclui três perguntas com características quantitativas, ou seja, as suas respostas são valores numéricos. Estas poderão ser discretas ou contínuas. (Fortin, 2009)

As dez perguntas restantes têm características qualitativas. Isto quer dizer que representam uma classificação dos indivíduos, define-os por categorias. Neste caso concreto, temos nominais e ordinais. Nas primeiras não existe qualquer ordem entre

as respostas. Nas segundas existe uma ordenação entre as respostas. (Fortin, 2009) (Apêndice 2)

Ao elaborar o questionário aplicaram-se perguntas fechadas onde há um conjunto limitado de opções de resposta, permitindo mais tarde na sua análise a comparabilidade. (Haro, 2016)

Em todas elas só há uma resposta dicotómica: sim/não, feminino/masculino ou no caso das habilitações literárias (escolha múltipla), só se poderá ter um grau, ou seja, uma resposta exclusiva. (Haro, 2016). Como esta primeira parte é meramente descritiva, em que caracteriza as participantes, na questão A3 dá-se a hipótese de uma pergunta aberta: “Qual?”, fornecendo informação detalhada acerca do curso superior obtido, em que poderá ajudar a identificar o nível de conhecimentos adquiridos e a sua relação com as competências atuais. (Haro, 2016)

Numa primeira parte do questionário inclui-se um conjunto de cinco perguntas com o objetivo de caracterizar as cuidadoras em termos socio demográficos. (Apêndice 3);

A segunda parte do questionário está dividido por 6 áreas de intervenção com um total de 36 atividades que desenvolvem. São perguntas fechadas, que só permitem uma única resposta/exclusiva de entre várias opções de escolha (Escala Likert). Neste caso “utilizamos respostas alternativas...porque pode ser útil investigar um grau”, (de “sem dificuldade” a “tenho sempre dificuldade” e a forma da pergunta só permite cinco respostas possíveis. (Hill, 2016, p. 124). É útil para situações em que precisamos que o participante expresse com detalhes a sua opinião. São as questões B1 a B6, tendo como objetivo de identificar as necessidades das cuidadoras formais. As preposições enunciadas traduzem algumas áreas de intervenção das Cuidadoras formais, contidas na Portaria nº 38/2013.

Por fim, na terceira e última parte pretende-se saber a opinião das cuidadoras acerca da importância da formação na sua atividade profissional. Para isso elaborou-se uma pergunta fechada em que só permite uma única resposta/exclusiva de entre duas opções de escolha (Sim/não). A Questão C2 envolve uma pergunta aberta, permitindo, embora com um limite de três respostas, dar a sugestão de possíveis temas, por ordem de preferência, para futuras ações de formação. Apesar de fornecer uma “heterogeneidade de respostas e de tornar difícil a sua comparação” (Haro,

2016), neste caso será útil, pois irá ajudar a relacionar as necessidades de formação identificadas na segunda parte, com as necessidades sentidas pelas participantes. Fortin (2009), refere ainda que estas questões “podem também servir para obter precisões complementares sobre certos aspetos da investigação”, no entanto, “as respostas correm o risco de serem incompletas”. (Fortin, 2009, p. 385)

Para que fosse possível a aplicação do instrumento de colheita de dados, foram desenvolvidas as seguintes atividades: reunião com os responsáveis das várias IPSS e solicitada respetiva autorização para aplicação do questionário, aplicação do pré-teste e a aplicação do questionário.

Segundo FORTIN, “o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada“. Permite, ainda, modificar ou corrigir o questionário. (Fortin, 1999, p. 253)

O pré-teste foi aplicado a 10 Cuidadoras formais das duas IPSS e que habitualmente fazem parte das equipas do apoio domiciliário. Não se verificou a necessidade da sua reformulação.

Há a referir alguns constrangimentos a este estudo, nomeadamente no que se refere à dificuldade em obter um instrumento de colheita de dados apropriado a este tipo de estudo, o tempo despendido na sua adaptação e o desconhecimento de que, após a sua adaptação, havia obrigatoriedade em solicitar a sua autorização à autora. Também o tempo despendido na realização de formalidades relacionadas com a autorização e respetiva adaptação para a sua utilização junto da mesma. Igualmente se tornou difícil definir quem seriam os participantes deste estudo pois, havia uma tendência para centrar a atenção no doente/utente e neste caso o que se pretendia era evidenciar um grupo de profissionais. Também o facto de ter existido demasiado tempo de espera na obtenção do parecer positivo da CES da ARSLVT se tornou um constrangimento, não sendo possível aplicar em tempo útil o questionário, aquando da realização do projeto. Posteriormente, houve dificuldade em reunir as participantes, uma vez que foi difícil conciliar este procedimento com os seus horários e as suas atividades. A fase de operacionalização do projeto foi muito curta, o que poderá em certa forma, ter condicionado a aprendizagem das cuidadoras.

2.1.4. Apresentação e Análise dos resultados

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) na versão 25. Efetuou-se o tratamento estatístico com análise descritiva das variáveis. Ao realizar uma análise descritiva, vamos descrever as características da amostra com base em dados numéricos, “de maneira que estes sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor”. (Fortin, 2009, p. 411)

Iniciando a análise dos dados, relativamente à caracterização sociodemográfica, constatou-se que todos os sujeitos da amostra são do sexo feminino.

Tabela 1 – Distribuição das participantes por sexo

Sexo	Frequência absoluta (<i>fi</i>)	Frequência relativa (%)
Feminino	20	100
Masculino	0	0
Total	20	100

Relativamente à variável idade, podemos identificar uma idade mínima (28 anos) e uma idade máxima (66 anos). A média de idades das nossas participantes situa-se nos 45,4 anos. A moda situa-se nos 46 anos. Em relação à mediana situa-se nos 43,5 anos. No que se refere ao desvio padrão, este situa-se abaixo da média (11,357) e, portanto, a amostra é homogénea.

Tabela 2 – Caracterização da variável idade

Idade	Anos
Média	45,40
Mediana	43,50
Desvio padrão	11,357
Moda	46
Mínimo	28
Máximo	66

Verificamos que o intervalo de maior expressão por grupo etário é o dos 36 aos 44 anos, com 45% dos sujeitos. Igualmente, com 45% no seu total, entre os grupos etários dos 28 aos 36 anos, dos 44 aos 52 anos e dos 60 aos 68 anos, representando cada um 15% das cuidadoras. Finalmente dos 52 aos 60 anos encontra-se o grupo menos representativo, com 10%.

Tabela 3 – Distribuição das participantes por grupos etários¹

Grupos Etários	Frequência absoluta (<i>fi</i>)	Frequência relativa (%)
28 – 36 anos	3	15,0
36 – 44 anos	9	45,0
44 – 52 anos	3	15,0
52 – 60 anos	2	10,0
60 – 68 anos	3	15,0
Total	20	100,0

Em relação às habilitações literárias 25% das cuidadoras frequentaram o Ensino Secundário. Igualmente 25% para a frequência do 2º Ciclo. Também 15% retrata a frequência do 1º Ciclo, 3º Ciclo e Curso Técnico-profissional. Curiosamente, e espectacular nos dias de hoje, temos uma cuidadora com Curso Superior, representando 5% do total das cuidadoras.

Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo as habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência absoluta (<i>fi</i>)	Frequência relativa (%)
1º Ciclo	3	15,0
2º Ciclo	5	25,0
3º Ciclo	3	15,0
Ensino Secundário	5	25,0
Curso técnico-profissional	3	15,0
Curso Superior	1	5,0
Total	20	100,0

¹ Para determinação dos Grupos etários por classes recorreu-se à Regra de Sturges: $K=1+3, 3.\log n$

No que diz respeito à formação obtida na área dos cuidados à pessoa idosa dependente temos 85% das cuidadoras que afirmam ter formação nessa área e 15% admitem não ter qualquer formação sobre este assunto.

Tabela 5 – Distribuição das participantes segundo a formação na área dos cuidados à pessoa idosa dependente

Formação na área	Frequência absoluta (<i>fi</i>)	Frequência relativa (%)
Sim	17	85,0
Não	3	15,0
Total	20	100,0

Relativamente ao tempo de exercício profissional nesta área, sabemos que em média estas profissionais já trabalharam 11,5 anos e que a cuidadora mais recente apenas tem um ano de serviço e a mais antiga tem 30 anos de serviço.

Tabela 6 – Caracterização do tempo de serviço das participantes

Tempo de Serviço	Anos
Média	11,55
Mediana	9,00
Desvio padrão	8,59
Mínimo	1
Máximo	30

Quanto às necessidades de formação das cuidadoras, na segunda parte do questionário, obtiveram-se dados, que para melhor visualização e compreensão dos mesmos foram dispostos em tabelas. Foi tido em conta o número de respostas “Com dificuldade” e “Sem dificuldade”.

Assim, na área de intervenção Higiene e Conforto, as atividades onde houve mais respostas assinaladas com “Com dificuldade” foram Mobilização (4) e Posicionamento na cama (4), seguidas de Banho na cama (2), Higiene dos dentes e próteses dentárias (2) e Avaliação da pele e seus cuidados (2). É de notar que nenhuma pessoa manifestou “Com dificuldade” em relação à Adequação do vestuário ao ambiente.

Tabela 7 – Atividades relacionadas com a área de intervenção higiene e conforto

Atividades desenvolvidas na área de HIGIENE E CONFORTO	Grau de dificuldade		
	Sem dificuldade	Com dificuldade	Total
Posicionamento na cama	16	4	20
Mobilização	16	4	20
Banho na cama	18	2	20
Avaliação da pele e seus cuidados	18	2	20
Higiene dos dentes e próteses dentárias	18	2	20
Higiene do cabelo	19	1	20
Vestir e despir	19	1	20
Banho no chuveiro	19	1	20
Utilização de equipamentos adaptativos	19	1	20
Adequação do vestuário ao ambiente	20	0	20

Na área de intervenção Alimentação as cuidadoras evidenciaram “Com dificuldade” nas atividades Alimentação por PEG (11) e Alimentação por sonda nasogástrica (10). Houve ainda quatro cuidadoras que evidenciaram “Com dificuldade” na atividade Despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação.

Tabela 8 – Atividades relacionadas com a área de intervenção “Alimentação”

Atividades desenvolvidas na área de ALIMENTAÇÃO	Grau de dificuldade		
	Sem dificuldade	Com dificuldade	Total
Alimentação por PEG	9	11	20
Alimentação por sonda nasogástrica	10	10	20
Despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação	16	4	20
Alimentação oral	18	2	20
Preparação de alimentos	19	1	20
Administração de líquidos	19	1	20
Adequar a consistência dos alimentos à necessidade da pessoa	19	1	20

Na área de intervenção Eliminação, as atividades onde houve mais respostas assinaladas com “Com dificuldade” foram Cuidados ao utente com dispositivo urinário (7) e Despiste de possíveis problemas de eliminação (4).

Tabela 9 – Atividades relacionadas com a área de intervenção “Eliminação”

Atividades desenvolvidas na área de ELIMINAÇÃO	Grau de dificuldade		
	Sem dificuldade	Com dificuldade	Total
Cuidados ao utente com dispositivo urinário	13	7	20
Despiste de possíveis problemas de eliminação	16	4	20
Características das fezes e urina	17	3	20
Cuidados ao utente algaliado	18	2	20
Colocação da fralda	20	0	20

Na área de intervenção Autonomia as cuidadoras mencionam “Com dificuldade” nas atividades Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue (1) e Reforçar/elogiar as conquistas de autonomia nas mais variadas áreas (1).

Tabela 10 – Atividades relacionadas com a área de intervenção “Autonomia”

Atividades desenvolvidas na área de AUTONOMIA	Grau de dificuldade		
	Sem dificuldade	Com dificuldade	Total
Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue	19	1	20
Reforçar/elogiar as conquistas de autonomia nas mais variadas áreas	19	1	20

Na área de intervenção Segurança, as atividades onde houve mais respostas assinaladas com “Com dificuldade” foram “Despiste de toma de medicamentos desadequada” (6); “Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga...)” (4); e “Como proceder em situações de urgência/emergência” (4).

Tabela 11 – Atividades relacionadas com a área de intervenção “Segurança”

Atividades desenvolvidas na área de SEGURANÇA	Grau de dificuldade		
	Sem dificuldade	Com dificuldade	Total
Despiste de toma de medicamentos desadequada	14	6	20
Despiste de outros riscos (maus tratos...)	16	4	20
Como proceder em situações de urgência/emergência	16	4	20
Identificação e prevenção de condicionantes de queda do utente	17	3	20
Lavagem correta das mãos	19	1	20
Lavagem dos utensílios utilizados	19	1	20
Utilizar equipamento de proteção individual	20	0	20

Em relação à intervenção Comunicação as cuidadoras mencionam “Com dificuldade” nas atividades Comunicar com utente com limitações na fala (5), seguindo-se Comunicar com o utente com limitações na visão e audição e Resolução de conflitos interpessoais (3).

Tabela 12 – Atividades relacionadas com a área de intervenção “Comunicação”

Atividades desenvolvidas na área de COMUNICAÇÃO	Grau de dificuldade		
	Sem dificuldade	Com dificuldade	Total
Comunicar com utente com limitações na fala	15	5	20
Comunicar com o utente com limitações na visão e audição	17	3	20
Resolução de conflitos interpessoais	17	3	20
Interação e cordialidade com a família do utente	18	2	20
Interagir com afetividade, compreensão e humanidade	19	1	20

Na terceira parte do questionário pretendeu-se obter a opinião das cuidadoras acerca da importância da formação na sua atividade profissional. Estas foram unânimes em considerar que a formação se torna importante para o seu desempenho (100%).

Tabela 13 – Importância da formação na atividade profissional das participantes

Importância da formação nesta atividade profissional	Frequência absoluta (<i>fi</i>)	Frequência relativa (%)
Sim	20	100,0
Não	0	0,0
Total	20	100,0

Por fim, solicitaram-se três temas de interesse para possíveis formações (Apêndice 4), permitindo-nos identificar as áreas de formação que as cuidadoras consideram pertinentes para possíveis formações, nomeadamente: “Levantamento, posicionamento, transferências e prevenção de escaras” (20%), “Primeiros Socorros e parâmetros vitais” (17%), “Cuidados na alimentação e hidratação” (11%), “Higiene e conforto” e “Cuidados na Diabetes” (7%).

2.1.5. Diagnóstico de Enfermagem

Johnson (2009) refere que o diagnóstico de Enfermagem constitui uma apreciação das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde e processos vitais. Acrescenta ainda que o diagnóstico proporciona um fundamento para a seleção de intervenções de Enfermagem no alcance de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (Johnson, 2009)

Para a formulação do diagnóstico de enfermagem apresentado neste relatório e que se tornou no ponto de partida para a intervenção comunitária, foi utilizada a terminologia do modelo de Betty Neuman, tendo em conta stressores intrapessoais. Assim sendo o diagnóstico de enfermagem formulado com base neste modelo teórico foi o seguinte:

Ameaça à linha de defesa das Cuidadoras formais, relacionada com os stressores intrapessoais:

- Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de alimentação;

- Défice de conhecimentos relacionados com a aplicação de uma cultura de segurança;
- Défice de conhecimentos relacionados com medidas de higiene e de prevenção de lesões na pele devido à imobilidade;
- Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de eliminação;
- Défice de conhecimentos sobre relações interpessoais devido a problemas comunicacionais;
- Défice de conhecimentos relacionados com a promoção de autonomia dos utentes.

A realização de atividades para concretizar esta etapa permitiu-nos adquirir experiência numa das competências incluídas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

2.2. Definição de prioridades

Após a reconhecimento do diagnóstico de situação de saúde identificou-se o Diagnóstico de Enfermagem e tornou-se pertinente agrupá-los por categorias sendo posteriormente organizados por ordem de grandeza.

Nesta etapa do processo de planeamento procedeu-se à aplicação de uma técnica de priorização (grelha de análise). Esta consiste em saber qual o problema que vai ser solucionado em primeiro lugar. Para Tavares (1990) determinar prioridades não é sinónimo de ignorar os restantes problemas identificados no diagnóstico de situação. Trata-se de uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.

Para se proceder à determinação de prioridades, recorre-se ao uso de critérios. Segundo Imperatori & Giraldes (1986) e citando a OMS, existem três critérios

clássicos a ter em conta na seleção de prioridades. São eles: a magnitude do problema, ou seja o seu valor numérico (dimensão e consequências); a transcendência que consiste na relevância que teria para determinada comunidade ou grupo, do problema em questão (danos ou malefícios que pode causar); e a vulnerabilidade função do impacto que as intervenções poderiam exercer sobre o problema (possibilidade de prevenir, de dar resposta). (Imperatori & Giraldes, 1986)

Baltussen e Niessen (2006), citados por Pereira (2011), referem que “os critérios são as medidas de desempenho pelas quais as opções serão avaliadas, pelo que devem ser cuidadosamente selecionados”. (Pereira, 2011, p.29)

No entanto, o principal embaraço ou defeito desta etapa é a subjetividade de que está carregada, uma vez que a escolha e ponderação dos critérios dependem grandemente de quem planeia. (Imperatori & Giraldes, 1986) Esta subjetividade poderá ser contrariada se forem explicitados os critérios utilizados na escolha.

Sendo assim, seleccionámos os seguintes critérios para a hierarquização dos problemas: “importância do problema”, que corresponde neste caso à expressão da dificuldade mais sentida; “relação entre o problema e os fatores de risco”, ou seja, a ação dos stressores intrapessoais sobre o sistema e suas consequências; “capacidade técnica de resolver o problema”, definida pela implementação de estratégias específicas que permitam a resolução do problema; e “exequibilidade do projeto ou da intervenção”, que se traduz na possibilidade em concretizar com êxito as estratégias para a resolução do problema.

Citando Pereira (2011), defendem que “a seleção do procedimento a seguir está relacionada com as afinidades dos decisores por um determinado método, assim como com o seu interesse em seguir um procedimento mais ou menos rigoroso”. (Pereira, 2011, p. 51)

Atendendo aos critérios selecionados e por ser de fácil aplicação, parece-nos pertinente utilizar a “Grelha de análise” como técnica de determinação de prioridades.

Este método apresenta como vantagem o seu carácter objetivo e como desvantagem o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo, pois ao ser atribuída uma classificação diferente entre dois problemas, não permite que a abordagem através dos outros, altere a recomendação. (Tavares, 1990)

Utilizando a grelha de análise (Quadro 1), atribui-se sucessivamente uma classificação de mais (+) ou de menos (-) ao problema, de forma sequencial, de acordo com os quatro critérios definidos. (Tavares, 1990)

A fim de obter o preenchimento de uma grelha de priorização torna-se pertinente o recurso a um ou mais peritos nesta área. Uma enfermeira perita, segundo Benner (2001):

tem uma enorme experiência, compreende...de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos..., ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global. (Benner, 2001, p. 58)

Solicitou-se, então a três peritos a sua aplicação, com o intuito de obter os resultados pretendidos e conseqüentemente o problema de saúde prioritário.

Através do percurso natural do problema ao longo da grelha, esta vai determinar uma classificação final. Existem 16 possibilidades de recomendações por ordem decrescente de prioridade, onde se vai obter no final um resultado a valores inscritos na própria grelha. Ao valor 1 corresponde a prioridade máxima e 16 a prioridade mínima. (Tavares, 1990)

Quadro 1: Determinação de prioridades recorrendo à Grelha de análise

Problema	Critérios	Importância do problema	Relação problema / fator de risco	Capacidade técnica de resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou da intervenção	Resultados
Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de alimentação (A)		+	-	+	+	5
Défice de conhecimentos relacionados com a aplicação de uma cultura de segurança (B)		-	+	+	+	9
Défice de conhecimentos relacionados com medidas de higiene e de prevenção de lesões na pele devido à imobilidade (C)		+	+	+	+	1

Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de eliminação (D)	+	-	+	+	5
Défice de conhecimentos sobre relações interpessoais devido a problemas comunicacionais (E)	-	-	+	-	14
Défice de conhecimentos relacionados com a promoção de autonomia dos utentes (F)	-	-	-	+	15

Quadro adaptado de Tavares (1990)

Ao percorrer a grelha de análise de acordo com a sequência e opinião dos peritos verifica-se que o problema de saúde que apresenta a recomendação máxima, com o valor de um (1), incidiu no problema C – “Défice de conhecimentos relacionados com medidas de prevenção de lesões na pele devido à imobilidade”, classificando-o assim como o problema prioritário para uma intervenção comunitária. Seguem-se os problemas A e D, ambos com um valor de cinco (5), que tem grandes probabilidades de serem incluídos neste projeto de intervenção comunitária. São eles: “Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de alimentação” e “Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de eliminação”. (Apêndice 5 e 6).

A realização desta etapa do planeamento em saúde permitiu adquirir a competência: Estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

2.3. Fixação de objetivos

Após a priorização dos problemas são definidos objetivos que irão conduzir à sua resolução.

Para que seja possível a avaliação de resultados torna-se imprescindível a definição de objetivos. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) um objetivo geral define-se como

um “enunciado da direção que vai tomar e do sítio onde se quer chegar”. (Imperatori & Giraldes, 1986, p.136)

Assim, temos como objetivo geral: contribuir para o aprofundamento de conhecimentos das cuidadoras formais que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário nas IPSS da SCMA e ARPCA, durante o período de estágio curricular do Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária.

Quanto aos objetivos específicos podemos defini-los como aqueles que “detalham, particularizam aspetos” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 117) e “contribuem para que o objetivo geral seja atingido”. (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 119) Temos então como objetivos específicos: Promover mais conhecimentos às cuidadoras formais das referidas IPSS, enriquecendo os saberes e práticas que respondam às necessidades identificadas; especificar uma série de boas práticas a serem aplicadas durante a prestação de cuidados à pessoa idosa no seu domicílio; incentivar a participação das cuidadoras através da discussão de casos reais do seu contexto de trabalho.

No entanto, torna-se necessário evidenciar “as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução”. (Imperatori & Giraldes, 1986, p.119) Trata-se dos objetivos operacionais. São eles: desenvolver sessões de educação para a saúde que respondam aos problemas identificados no âmbito da higiene e conforto, eliminação e alimentação da pessoa idosa dependente; diminuir o défice de conhecimentos das cuidadoras formais relacionados com os cuidados de higiene e conforto e prevenção de possíveis lesões na pele devido à imobilidade, e manipulação e manutenção de dispositivos de eliminação e alimentação; avaliar o grau de satisfação das cuidadoras formais face às sessões de educação para a saúde.

2.4. Seleção de estratégias

Nesta etapa pretende-se “conceber o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários”. (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 65)

Ao delinear estratégias estamos a propor novas formas de atuação que nos ajudem a atingir os objetivos que foram propostos e fazer uma inferência de como os problemas de saúde vão evoluir. (Imperatori & Giraldes, 1986)

Existem múltiplas estratégias que podem ser usadas, umas de forma isolada, outras combinadas. Tendo em conta os objetivos atrás definidos foram selecionadas as seguintes estratégias de intervenção: Convite às Administrações e Direções Técnicas das IPSS para a sua participação como parceiros do projeto; a inclusão das cuidadoras pertencentes a estas instituições neste projeto de parceria; promoção do envolvimento das cuidadoras através de preenchimento de questionários iniciais; incentivo à sua participação nas sessões de promoção da saúde esclarecendo dúvidas e partilhando experiências; planeamento de sessões de educação para a saúde com base nos problemas identificados e posterior apresentação às cuidadoras; oferta de um documento de consulta rápida onde constam as sessões de EpS; oferta de Certificados de Presença às cuidadoras formais que participaram neste Projeto.

Com o estabelecimento de objetivos e a seleção das estratégias tidas como as mais adequadas desenvolveram-se as seguintes competências do enfermeiro especialista: Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

2.5. Preparação operacional

Encontrando-se as etapas anteriores do planeamento em saúde cumpridas segue-se a criação de programas ou projetos que respondam às necessidades a colmatar.

Imperatori e Giraldes (1993), concordam que nesta etapa se faz um estudo pormenorizado das atividades necessárias à execução parcial ou total, de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos. Os mesmos autores referem mesmo que é aqui que se especifica “quando, aonde, e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas, e ainda quem será encarregue de as executar”. (Imperatori & Giraldes, 1986, p.116)

Ao analisar os resultados dos questionários foi possível identificar as principais necessidades de formação das cuidadoras e consequente diagnóstico de enfermagem. Após o estabelecimento de prioridades, com a ajuda de peritos, obtivemos as temáticas a abordar nas sessões de Educação para a Saúde.

Foram operacionalizadas atividades que nos permitiram concretizar esta etapa. Entre elas temos: Reunião com os parceiros e apresentação dos resultados da colheita de dados; negociação com os parceiros do local e horário das sessões de EpS, tal como dos recursos disponíveis; elaboração de planos de sessão de EpS (Apêndice 7); construção de um dossier pedagógico para cada um dos parceiros (Apêndice 8); apresentação de 6 sessões de EpS a 10 cuidadoras de cada parceiro (Apêndice 9); construção de um suporte didático (diapositivos) de acordo com as temáticas, para posterior consulta; elaboração e aplicação de Questionário para a avaliação da satisfação e conhecimentos adquiridos das formandas (Apêndice 10).

Procurou-se com esta intervenção de enfermagem comunitária dar resposta ao diagnóstico de enfermagem: “ameaça à linha de defesa das Cuidadoras formais, relacionada com os stressores intrapessoais evidenciada por: défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de alimentação; défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de eliminação; e défice de conhecimentos relacionados com medidas de higiene e de prevenção de lesões na pele devido à imobilidade”.

Assim o projeto desenvolvido “Capacitação de Cuidadoras Formais das IPSS para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário” procurou aprofundar conhecimentos a estas cuidadoras, para que pudessem prestar ainda melhores cuidados àqueles que delas dependem de alguma maneira.

Com esta atividade permitiu-nos adquirir a competência: Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

2.6. Avaliação

Enquanto última etapa do planeamento, a avaliação permite comparar algo com um padrão, de maneira a corrigir ou melhorar as atividades realizadas ou então planejar de forma mais eficiente sessões futuras (Imperatori e Giraldes, 1993).

Aqui vão ser apresentados os principais resultados das atividades realizadas, assim como os indicadores definidos para se proceder a uma avaliação.

Para avaliar, para além da definição de objetivos torna-se essencial a escolha de indicadores. Existem indicadores de impacto ou resultado e indicadores de execução ou atividade. Os primeiros refletem as alterações verificadas num problema de saúde, enquanto que os segundos ilustram a atividade desenvolvida, com vista a atingir um ou mais indicadores de impacto (Imperatori e Giraldes, 1993). Ambos podem ser avaliados de forma quantitativa e para isso são estabelecidas metas. Estas são o resultado expectável e tecnicamente possível das intervenções nos serviços de saúde, expressados em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

À medida que o projeto se foi desenvolvendo, foram utilizados instrumentos de recolha de dados que viabilizaram a concretização deste projeto e a realização de uma avaliação do mesmo.

No final das sessões procedeu-se à passagem de um questionário que nos permitiu a comparação entre alguns resultados obtidos inicialmente, com os obtidos no final da intervenção, de forma a identificar se houve alguma melhoria. Os quadros seguintes refletem esses resultados.

2.6.1. Indicadores de execução ou atividade

Indicadores	Meta	Resultado
Sessões de formação realizadas $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões planeadas}} \times 100$	Realizar 100% de sessões	(6/6) = 100%

Assiduidade nas sessões de formação $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras presentes nas sessões}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas em cada sessão}} \times 100$	Obter 75% de assiduidade no total das sessões	(16,1/20) = 80,5%
% de cuidadoras que acham a exposição da formadora totalmente clara e simples $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras satisfeitas na totalidade}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas na formação}} \times 100$	Obter 90% de respostas que consideram totalmente	(19/20) = 95%
% de cuidadoras que acham que as suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas na totalidade $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras satisfeitas na totalidade}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas na formação}} \times 100$	Obter 85% de respostas que consideram totalmente	(17/20) = 85%
% de cuidadoras que acham que esta formação é de total utilidade para a prática profissional $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras satisfeitas na totalidade}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas na formação}} \times 100$	Obter 100% de respostas que consideram totalmente	(20/20) = 100%
% de cuidadoras que concordam totalmente que os assuntos abordados são interessantes $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras que concordam totalmente}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas na formação}} \times 100$	Obter 95% de respostas que concordam totalmente	(19/20) = 95%
% de cuidadoras que consideram totalmente suficiente a duração das sessões $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras que consideram totalmente suficiente}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas na formação}} \times 100$	Obter 95% de respostas que consideram totalmente suficiente	(20/20) = 100%
% de cuidadoras que concordaram que esclareceram dúvidas e partilharam as suas experiências totalmente $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras que concordam na totalidade}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas na formação}} \times 100$	Obter 95% de respostas que concordam totalmente	(19/20) = 95%

2.6.2. Indicadores de impacto ou resultado

Indicadores	Meta	Resultado
% de cuidadoras que consideram ter aumentado os seus conhecimentos $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadoras cosideram ter aumentado}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadoras previstas na formação}} \times 100$	Obter 80% de respostas para cada tema abordado	Higiene e conforto (17,8/20) = 89%

		Eliminação (18/20) = 90% Alimentação (18,57/20) = 92,8%
% de melhoria de conhecimentos obtidos entre o questionário inicial e o questionário final % da média do questionário final - % da média do questionário inicial	Obter pelo menos 5% de melhoria nas classificações	90,2 – 84,5 = 5,7%

Face à análise destes dados, confirma-se que as atividades propostas e realizadas corresponderam a uma efetivação dos objetivos definidos. Assim, houve uma contribuição para o aprofundamento de conhecimentos das cuidadoras formais que prestavam cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário nas IPSS da SCMA e ARPCA, nomeadamente no que toca às temáticas de cuidados de higiene e conforto e manipulação e manutenção de dispositivos de alimentação e eliminação. A avaliação da eficácia das intervenções realizadas, através de indicadores previamente definidos, sensíveis às intervenções de enfermagem, permitiu-nos concluir que foram eficazes dado que foram atingidos na totalidade.

Assim, perante os resultados obtidos aferimos que a implementação deste projeto foi benéfica para ambas as partes, uma vez que favorece a obtenção de ganhos em saúde, dando particular visibilidade à prática de enfermagem e o aprofundamento de conhecimentos das cuidadoras. Só assim nos permite aumentar a qualidade dos cuidados que se prestam ao idoso dependente.

Julgamos ter adquirido a competência: Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

3. QUESTÕES ÉTICAS

Perante qualquer tipo de estudo ou qualquer estratégia a utilizar, o investigador terá de realizar um conjunto de procedimentos éticos. (Fortin, 2009) “Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa”. (Fortin, 2009, p. 180)

No decorrer de escândalos causados por experiências realizadas em seres humanos durante a 2^a. Guerra Mundial e a sua continuidade em instituições de saúde nos EUA, houve a necessidade de elaborar orientações de proteção à integridade e respeito à pessoa humana. Surge assim, o *Belmont Report*, que define os princípios éticos, considerados básicos, que devem nortear a pesquisa biomédica com seres humanos. São eles: o princípio da autonomia; o princípio da beneficência e não maleficência; e o princípio da justiça. (Lopes, 2014) O primeiro refere-se ao direito de cada pessoa ao seu “autogoverno”. “Trata-se do exercício da liberdade da pessoa enquanto agente social”. (Antunes, 1998, p. 15) As suas decisões, sendo autónomas, tornam-se um bem primordial, desde que não prejudique a sua dignidade, a sua vida e o respeito que lhe é devido. (Antunes, 1998) Importa referir que havendo pessoas com algum tipo de vulnerabilidade ou diminuição de autonomia estas deverão ser imediatamente protegidas. O princípio da beneficência e não maleficência remete-nos para a ideia de não causar nenhum dano a outrem, ou sendo este inevitável, que pelo menos seja diminuído o seu efeito, sempre objetivando o máximo de benefícios. Finalmente, o princípio da justiça, refere-se à justa distribuição de recursos na sociedade. Remete-nos para a ideia de equidade, de partilha de conhecimentos e benefícios. (Antunes, 1998)

Mas, é através do respeito pela autonomia e dignidade do cliente que se promove e concebe a verdadeira necessidade do consentimento informado. (Antunes, 1998) Para se proceder ao processo de colheita de dados, elaborou-se um formulário de consentimento informado escrito (Apêndice 11), composto por 2 partes, uma para o investigador e outra para o participante. Este foi construído tendo por base a Declaração de Helsínquia de 2013 e a Convenção de Oviedo.

A Declaração de Helsínquia, que se baseou no Código de Nuremberga, e agora na versão de 2013, aponta uma série de regras éticas a aplicar aquando as investigações clínicas envolvendo seres humanos. (Fortin, 2009)

Para dar cumprimento ao exigido pela Declaração de Helsínquia (2013), foram tidos em consideração os princípios 22, 23, 24, 25 e 26 neste consentimento, garantindo os princípios da autonomia, confidencialidade, anonimato e participação voluntária. Foi assegurado que o participante poderia renunciar a qualquer momento da sua participação, não prejudicando o seu desempenho. O princípio 36 alerta que os resultados devem ser públicos e que serão assegurados com a elaboração do relatório no final do projeto estar concluído. No consentimento informado, é também referido que os participantes terão acesso aos resultados do projeto, cumprindo assim o princípio 26 da referida declaração.

Relativamente à Convenção de Oviedo (1997), é observado com o preenchimento do Consentimento Informado o seu artigo 5º, no que se refere consentimento livre e esclarecido e ao direito de o revogar. É também salvaguardada no número 1 do artigo 10º a garantia de privacidade.

O artigo 16º está presente no pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde, enquanto entidade independente ao projeto e no consentimento informado, no qual serão prestados todos os esclarecimentos necessários.

Assim, em primeira instância, foi solicitado à Comissão Nacional de Proteção de Dados de um parecer, que foi favorável, para o tratamento de dados pessoais, com a finalidade de realizar um “Estudo Clínico com Intervenção”. (Anexo 1)

Foi também efetuado o pedido formal de autorização de utilização e adaptação do questionário a aplicar (Apêndice 12), à autora, a Srª Enfermeira Mestre em Enfermagem Sofia Alexandra Sousa da Mata Brites Militar. (Militar, 2012)

Realizou-se igualmente o pedido formal ao diretor executivo do ACES de Almada-Seixal, na pessoa do Sr. Dr. Luís Amaro, para realização do projeto de estágio e utilização do nome da instituição e unidade funcional no estudo (Apêndice 13) tal como foi solicitado ao Núcleo de Formação e Investigação do ACES Almada-Seixal, a apreciação técnica do projeto de investigação (Anexo 2);

Posteriormente foi enviado Dossier de Submissão ao CES da ARSLVT, cuja resposta foi emitida em 27 de agosto de 2018, com parecer favorável. (Anexo 3 e Apêndice 14).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório descreve todo o caminho percorrido ao longo deste estágio visando a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Estas foram desenvolvidas através da utilização da Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, como menciona a OE (2018), e igualmente procurar que os clientes sejam capazes de manter o equilíbrio do seu sistema, ou seja, o seu bem-estar. Isto só será possível se tivermos em conta as suas potencialidades, para assim, atingir o que pretendemos – Capacitar as Cuidadoras Formais das IPSS para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário. Para isso, e com o objetivo de fundamentar todo este processo com a melhor evidência científica, adotámos o modelo teórico de Betty Neuman, denominado de “Modelo de Sistemas de Neuman”. À luz deste modelo, e considerando as cuidadoras um sistema, identificámos os possíveis fatores que poderiam gerar stress, evitando o contacto com a linha flexível de defesa, fortalecendo-a, e evitando que esses stressores abalem a linha normal de defesa, e neste caso levem à necessidade de os combater. Deste modo, estamos a atuar ao nível da prevenção primária.

Um enfermeiro que intervém com e para a comunidade é um intermediário entre o saber baseado na evidência científica e a transmissão do conhecimento para o quotidiano da vida das pessoas. Cabe-lhe a ele investir na competência dos sujeitos pertencentes à comunidade para que se tornem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e da comunidade. Só assim é que se poderá assegurar a continuidade dos cuidados, articulando com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político. Torna-se elementar o trabalho em parceria, mobilizando parceiros comunitários, neste caso as IPSS envolvidas, no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções e conseqüentemente potenciais ganhos em saúde. Paraphrasing the Order of Nurses it is intended to “give human responses to the processes of life and to health problems and a high capacity to respond in an adequate way to the needs of different clients (people, groups or community), providing effective gains in health”. (Order of Nurses, 2018)

Nesta linha de pensamento, houve necessidade de recorrer à pesquisa de literatura de referência Nacional e Internacional através de uma *Scoping Review*, segundo o protocolo enunciado por *Joanna Briggs Institute* (2015), mencionando a evidência científica existente, na tentativa de buscar intervenções de enfermagem adequadas para este projeto. Aqui vislumbramos a mudança de paradigma na aprendizagem. As competências adquiridas ao longo do curso e em particular durante este estágio emanaram do princípio da sua aquisição através de uma participação mais ativa e participativa neste processo. Desenvolveu-se, portanto, a autoaprendizagem, o pensamento reflexivo, a capacidade de decisão, a capacidade de transmissão de conhecimentos e o desejo de evoluir sempre cada vez mais para saber corresponder às exigências do mundo atual. (Ministério da Ciência, 2011)

Ao realizarmos este percurso procurámos adotar uma prática de cuidados baseada em procedimentos que apontam para a ética deontológica e profissional tal como o respeito pelos direitos humanos e profissionais. Com a implementação deste projeto permitimos uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados, capacitando as cuidadoras formais para a sua atividade como profissional, como indivíduo e como elemento pertencente a uma comunidade.

No decorrer deste estágio foi possível o desenvolvimento de competências ao nível da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, baseado na metodologia de planeamento em saúde, conforme possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, baseado na metodologia de planeamento em saúde. Foram desenvolvidas várias unidades de competência para: elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade; estabelecimento de prioridades em saúde de uma comunidade; elaboração de objetivos e estratégias face às prioridades das necessidades em saúde previamente estabelecidas; criação de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas detetados; e por fim a avaliação desses mesmos programas e projetos de intervenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Esta intervenção passou pela capacitação de profissionais, através de sessões de educação para a saúde com o grupo, e ainda outras estratégias que foram consideradas adequadas para atingir os objetivos propostos. Já *Kash et al.* (2007) evidencia esta necessidade quando diz que cuidadores bem formados permitem um

aumento da sua procura e utilização pela população carenciada. (Kash, May, & Tai-Seale, 2007)

Desenvolveu-se a competência relacionada com a capacitação de grupos ou comunidades, onde evidenciamos as seguintes unidades de competência: liderança de processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na conclusão de projetos de saúde; incluir nesses projetos na comunidade conhecimentos das mais variadas áreas; e ainda a gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Indiretamente, houve uma colaboração na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

A concretização de um projeto de intervenção comunitária trouxe implicações a vários níveis, nomeadamente para a prática clínica, para a formação dos enfermeiros e para a investigação.

No que se refere à prática clínica, consideramos que este projeto se tornou uma mais valia para as instituições e respetivas colaboradoras, realçando a importância da continuidade deste projeto, não só com as entidades implicadas neste estudo, mas promover o seu alargamento a outras instituições do Concelho. Poderemos, por exemplo identificar outras instituições que possam beneficiar com uma intervenção idêntica, com os mesmos ou outros temas. Este tipo de intervenção demonstra a importância do contributo do enfermeiro comunitário na promoção da saúde ao nível de pequenos grupos e da restante comunidade, tal como para futuros projetos neste âmbito em centros de dia e residências para idosos. Já no artigo de Scott *et al* (2006) esta ideia é reforçada, onde o papel do enfermeiro comunitário de ser facilitador e “treinador” de ajudantes comunitários está implícito, mas não só. Este também tem o papel de avaliar situações de risco, responder às necessidades identificadas a partir de tais avaliações e assegurar a garantia da qualidade contínua dos cuidados prestados pelos cuidadores. (Scott & Votova, 2006)

O desenvolvimento e fortalecimento de parcerias entre equipas multidisciplinares e as várias entidades inseridas na comunidade torna-se útil para o aumento de ganhos em saúde da mesma. Já Jansen *et al* (2009), enfatiza este conceito quando diz que terá de haver uma avaliação prévia multidisciplinar nomeadamente do enfermeiro, a

existência de linhas de apoio e ainda a importância de parcerias e protocolos de serviços específicos focados no cliente e família. (Jansen, Forbes, & Henderson, 2009)

Focando-nos nas consequências deste estudo sobre a formação, verificamos que a aquisição de competências específicas ao longo deste projeto oferece certamente uma melhoria da prática de cuidados, baseada num modelo de promoção de saúde e assente na prática baseada na evidência, pois sabemos que o enfermeiro especialista fundamenta a sua prática clínica especializada em consistentes e válidos padrões de conhecimento. (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este e outros tipos de intervenção implicam uma constante atualização e aprofundar de conhecimentos, com vista a dar resposta imediata a solicitações, quer em contexto formativo, como na prática clínica. Com a realização deste projeto de intervenção, sob o ponto de vista da sua mais-valia na área da investigação consideremos um contributo para o progresso da promoção de saúde, pois adequadas estratégias de promoção e educação em saúde dependem da produção de conhecimento resultante da investigação científica, exigente e atualizada, como os projetos de investigação-ação. Assim, este e futuros projetos deverão ser sempre realizados com o apoio dos mais recentes dados e as inovadoras estratégias. À semelhança do estudo efetuado por Tufan *et al* (2011), seria de valorizar estudos sobre as ajudantes comunitárias no que concerne à dimensão psicossocial, à perceção do nervosismo e stress, a eficiência e concentração e a tranquilidade na sequência da prestação de cuidados em contexto domiciliário e realizar a adequada intervenção sobre as mesmas. (Tufan, I. *et al*, 2011)

Ao realizarmos a nossa intervenção e dando continuidade à metodologia de planeamento em saúde, cabe-nos evidenciar os resultados obtidos após a sua avaliação. Concluímos que relativamente à aquisição de conhecimento em cada um dos temas lecionados, obteve-se um valor médio de 90,6%, cerca de 10,6% a mais do que se pretendia. Por fim, entre os conhecimentos iniciais e os conhecimentos obtidos no final das sessões houve um aumento de 5,7% de melhoria. Face a estes resultados ambicionamos sempre obter o melhor possível, e eles ser-nos-ão úteis para intervenções futuras, pois a metodologia de planeamento em saúde facultou-nos a possibilidade de caso haja necessidade voltar atrás no processo e fazer ajustes àquilo

que ficou menos bem e do que poderia ser feito. As possíveis lacunas são o ponto de partida para fazer melhor, ou adotando outras estratégias.

Concluimos que a nossa intervenção proporcionou empenho das cuidadoras na formação e estas acharam que foi uma mais valia para o seu desempenho profissional, com assuntos do seu interesse, alguns coincidentes com as necessidades manifestadas, onde tiveram oportunidade de esclarecer as suas dúvidas. Sabemos, no entanto, apesar de existir um aumento de conhecimento, não nos será permitido saber a curto prazo o seu impacto sobre os ganhos em saúde dos clientes. (Helmer, Ouret, & Gendron, 2006)

Assim, julgamos ter conseguido adquirir competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, e competências inerentes ao grau de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, Martha R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (5ª)*. Loures: Lusodidacta.
- Andrade, F. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Universidade do Minho.
- Antunes, A. (1998). Consentimento Informado. In Serrão, D. & Nunes R. (coords). *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 13–28). Porto: Porto Editora.
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. In *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119 - 129.
- Batista, V. C., & Haiduke, I. (2017). Andragogia: a sala de aula baseada na experiência do aluno. Acedido em 09-11-2018. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/andragogia-a-sala-de-aula-baseada-na-experiencia-do-aluno/153157>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Beringuilho, F. A. R. (2013). *Quem cuida dos idosos ? Formação e qualidade de vida de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Canário, R. (1999). *Educação de Adultos – Um campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.
- Carvalho, J. A., Carvalho, M. P., Motta, M. A., & Aguiar, F. (2010). Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. In *Revista Eletrónica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente*, 3 (1), 78–90.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. In *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2), 306–312.

- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2014). *Portugal: Idade maior em números*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Duarte, M. C. S. (2017). *Capacitar para melhor cuidar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Haro, F. et al. (2016). *Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Pactor.
- Helmer, C., Ouret, S., & Gendron, B. (2006). Évaluation quasi-expérimentale d ' une intervention d ' éducation nutritionnelle auprès des aides à domicile de personnes âgées. *Rev. Epidemiol Sante Publique*. 54, 233–243.
- Hill, M. & H. A. (2016). *Investigação por Questionário (2ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Imperatori & Giraldes. (1986). *Metodologia do Planeamento em Saúde (2ª ed)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2012). *Censos 2011 - Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jansen, L., Forbes, D. A., & Henderson, S. (2009). Formal Care Providers' Perceptions of Home - and Community-Based Services : Informing Dementia Care Quality. *Home Health Care Services Quarterly*, 28, 1–23.
- Johnson, M. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC (2º)*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Kash, B. A., May, M. L., & Tai-Seale, M. (2007). Community health worker training and certification programs in the United States : Findings from a national survey.

Health Policy, 80, 32–42.

Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: From Andragogy to Pedagogy*. Chicago: Chicago Associated.

Lopes, J. A. (2014). Bioética – uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). *Revista Médica de Minas Gerais*, 24(2), 262–273.

Militar, S. B. (2012). *Formar para Cuidar*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2011). *O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal*. Lisboa.

Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho: Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República Nº 109/06, Série I-A*, nº 101, 3856 – 3865.

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2013). Portaria nº 38/2013 de 30 de Janeiro: Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário. *Diário da República, Série I*, nº 21, 605 – 608.

Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio* (1ª). Lisboa: Chiado Editora.

OECD. (2008). Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data 2008.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de Julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República, Série II*, n.º 135, 19354 - 19359.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

- PORDATA. (2018). Índice de dependência de idosos. Acedido a 30-10-2018. Disponível em: <https://www.pordata.pt/>
- Quivy, R. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Reis, P. & Ceolim, M. (2007). O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 41 (1), 57–64.
- Rogers, C. (1985). *Liberdade de aprender em nossa década*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora
- Sequeira. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- SNS. (2018). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 01-11-2018. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde (Cadernos de Formação).
- Tufan, I., Tokgoz, N., Kılıç, S., Akdeniz, M., Jurgen, & Yaman, H. (2011). Are caregiving courses useful ? An empirical study from Antalya , Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 23–25.
- Scott, V. J., Votova, K. & Gallagher, E. (2006). Falls Prevention Training for Strategies and Actions for Independent Living . *Journal of Gerontological Nursing*, 48–57.

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer da Comissão Nacional
de Proteção de Dados



Autorização n.º 6407/ 2018

Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado CAPACITAR AS CUIDADORAS DAS IPSS PARA MELHOR CUDAR DO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO.

A investigação é multicêntrica, decorrendo, em Portugal, nos centros de investigação identificados na notificação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal. A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.



O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado CAPACITAR AS CUIDADORAS DAS IPSS PARA MELHOR CUIDAR DO IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; dados da história clínica; dados dados de exame físico; dados de cuidadores/acompanhantes (apenas os relacionados com as necessidades do participante); dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; relativos à atividade profissional com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam



obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 18-05-2018

A Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão', written in a cursive style.

Filipa Calvão

ANEXO 2

Parecer favorável do ACES

Almada-Seixal

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o ACES Almada Seixal concorda e tem condições logísticas e humanas para a realização da investigação: “Intervenção Comunitária de Enfermagem para a capacitação das Cuidadoras formais das IPSS na prestação melhores cuidados ao idoso dependente em contexto domiciliário”, levada a cabo pela titular Helena Correia.

Amora, 25 de julho de 2018

O Diretor Executivo do Agrupamento de
Centros de Saúde Almada Seixal



Luís Amaro

MCP/MCP

ANEXO 3

Parecer favorável do CES
da ARSLVT



Exma. Senhora
Dr.ª Helena Cristina Correia
helena@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		8469/CES/2018	09.11.2018

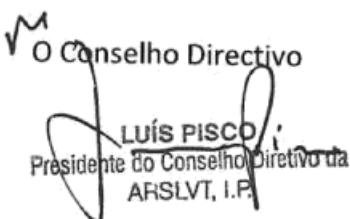
Assunto: Capacitação das Cuidadoras formais para a prestação de cuidados ao idoso dependente em contexto domiciliário.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Scoping Review
e resultados de
Revisão da Literatura

CAPACITAÇÃO DAS CUIDADORAS FORMAIS DAS IPSS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

RESUMO

Este estudo tem como objetivo tomar conhecimento sobre o que a literatura científica nos revela sobre as necessidades de formação das cuidadoras formais que prestam cuidados domiciliários a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário. Estas informações foram obtidas a partir de publicações sobre a temática. Para isso realizou-se uma *Scoping Review* no período compreendido entre 24 de Abril e 4 de Maio de 2018 em bases de dados da literatura em saúde. Foram incluídos artigos teóricos e originais realizados com Cuidadores Formais que prestam cuidados domiciliários a pessoas idosas dependentes, publicados em inglês, espanhol e português. A amostra foi de 10 artigos.

INTRODUÇÃO

Atualmente, perante as alterações sociodemográficas, económicas e estruturais, a dependência resultante do desequilíbrio biopsicossocial provocado por forças internas e externas resultantes da interação entre o cliente e o ambiente, tem um enorme impacto, tornando-se uma preocupação da governação, refletindo-se nas políticas de saúde e sociais e na identificação de pessoas em situação de dependência, com a finalidade de lhes proporcionar respostas adequadas às suas necessidades.

Pretende-se que ao longo do ciclo vital, que o indivíduo mantenha uma interação com o ambiente e com forças internas e externas de forma a manter o equilíbrio ou o bem-estar. Todos os indivíduos adultos e saudáveis têm a capacidade para manter o equilíbrio do seu sistema. No entanto, quando por motivo de doença, idade, estado de desenvolvimento, falta de recursos ou fatores ambientais o cliente se torna incapaz de manter o bem-estar, face aos efeitos de stressores, torna-se necessária a intervenção de prestadores de cuidados para a recuperação do equilíbrio do seu sistema. Ao interagir com o cliente, os familiares e amigos (cuidadores informais) ou profissionais (cuidadores formais), vão potencializar os seus recursos para chegar a esse bem-estar. (Tomey & Alligood, 2002)

Uma pessoa dependente é aquela que durante um período, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outrem para realizar certas atividades da vida diária. (Andrade, 2009)

Brêtas e Yashitome (2000), diferenciam o cuidador formal do cuidador informal, caracterizando o primeiro como aquele que profissionalmente é detentor de um conteúdo funcional legalmente definido, é contratado pela pessoa idosa e/ou familiares, portanto é remunerado e poderá ter ou não alguma formação prévia, para prestar cuidados; enquanto que o segundo é um familiar, amigo ou vizinho que assume cuidar da pessoa idosa quase sempre sem preparação e remuneração. Importa aqui referir, que o cuidador familiar é quase sempre o que é escolhido em primeira instância, é o chamado de cuidador principal. Este poderá por vezes, momentaneamente, delegar cuidados a outro familiar menos próximo, vizinho ou amigo. Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade

prestadora de cuidados aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia deixa de ser possível. (Brêtas, A. C. P. & Yashitome, 2000)

No entanto, hoje em dia, este papel tem vindo a diminuir devido aos mais variados fatores. De entre eles o que mais contribuiu para esta realidade foi a diminuição do tamanho do agregado familiar. Temos como exemplo, a existência de um ou mais filhos, que supostamente cuidariam do seu familiar se não fosse o facto de terem de trabalhar. Deixam de ser cuidadores a tempo inteiro delegando parcial ou totalmente os cuidados a redes de apoio formais nomeadamente os SADs.

Assim, para muitas pessoas idosas, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes devido à sua inadequação, ou ainda porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema. (Paúl, 1997) Para estas pessoas, os cuidados domiciliários prestados pelos serviços de apoio formal são a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade. Também, no seguimento das políticas de saúde e sociais atuais, que se preocupam em manter a pessoa idosa no seu quadro habitual de vida, as redes de apoio formal, têm vindo a diversificar o seu leque de serviços para além dos lares. (Paúl, 1997)

Por tudo isto, reforço a importância do apoio complementar proporcionado por serviços formais a quem presta cuidados às pessoas idosas que se encontram em situação de dependência, com o objetivo de promover o bem-estar destas.

Perante este contexto torna-se necessária uma adequada e constante capacitação destes cuidadores. Empiricamente sabemos que nem sempre as instituições de prestação destes serviços exigem, aquando do recrutamento, como requisito, formação prévia na área de prestação de cuidados. O mesmo acontece com a formação permanente, que justificando a escassez de recursos continua a ser diminuta.

Assim, julgamos ser importante tomar conhecimento das mais variadas publicações a nível da comunidade científica, sobre esta temática, que nos permita fundamentar um projeto de intervenção comunitário, orientado para a capacitação de cuidadores formais.

METODOLOGIA

A metodologia *Scoping Review* foi adotada para obtermos resultados amplos e abrangentes e com menor profundidade sobre a temática da capacitação de cuidadores formais que cuidam de idosos dependentes em contexto domiciliário. (Joanna Briggs Institute, 2015)

A questão que nos levou a fazer esta pesquisa foi: “*Que necessidades as Cuidadoras formais das IPSS manifestam perante a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente no seu domicílio?*” Para a busca ser abrangente foi consultada a fonte *EBSCOhost Online Pesquisa Integrada*, indagando as bases de dados: *MEDLINE with Full Text (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* e *CINAHL Plus with Full Text (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*; recorreremos ainda à ferramenta *Google Scholar*.

Utilizaram-se descritores em inglês e português: Capacitação, Cuidadores Formais, Idosos dependentes, Domicílio.

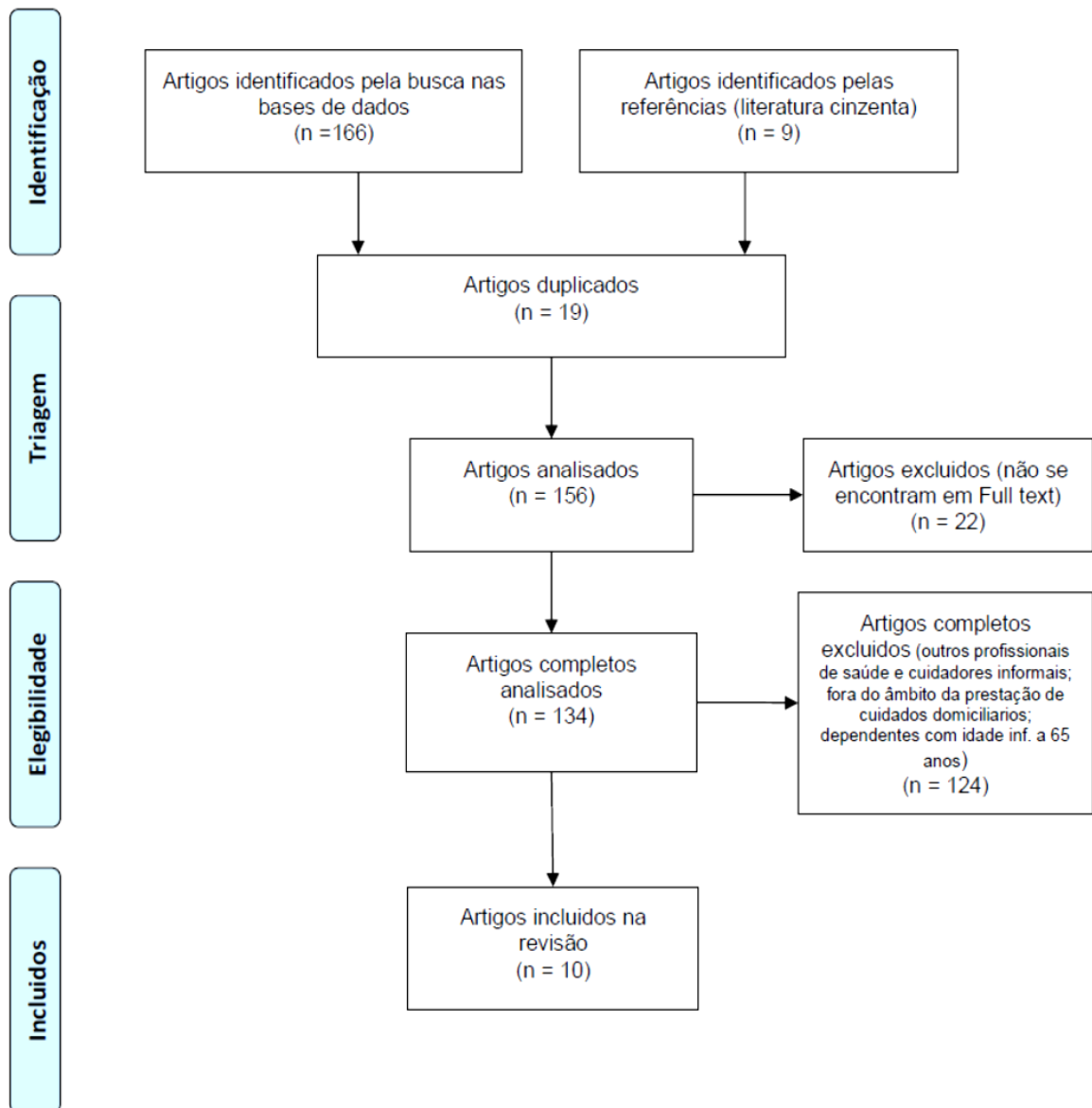
Os termos de pesquisa, foram em inglês, nomeadamente: *dependent elderly people, home health aides, needs assessment, home care, capacitation, competencies evaluation, skills, vocational education, vocational training, formal caregiver, community health centres, community, community health workers, caregivers, health services for the aged, senior, elderly, training, information needs*. Foram realizadas associações em inglês, com operadores booleanos “or” e “and”.

Como a *Scoping Review* é exploratória, todos os resultados encontrados acerca do tema devem ser incluídos, logo, por ser mais inclusiva, permite que os pesquisadores identifiquem lacunas na investigação existente. (Joanna Briggs Institute, 2015) Para selecionar os estudos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos de pesquisa teóricos e originais, publicados em inglês, português e espanhol, realizados com cuidadores formais prestadores de cuidados domiciliários a idosos dependentes. Não se estabeleceu um limite temporal na busca, uma vez que se pretende abranger o maior número de estudos sobre esta temática. Os critérios de exclusão foram: estudos direcionados para outros profissionais de saúde e cuidadores informais, estudos fora do âmbito da prestação de cuidados em domicílio e cujos dependentes tivessem idade inferior a 65 anos, e artigos que após a sua análise não se encontravam em *full text*.

A seguinte figura apresenta o processo de busca, de exclusão e de seleção dos artigos encontrados:



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Fonte/Autor & Ano	Objetivo	Grupo alvo (ex: idades, Nº de participantes)	Intervenção (o que era?) Duração da Intervenção	Resultado	Instrumento/método de colheita de dados (conteúdo do questionário)	Outros fatores medidos?	É aleatório ou não?	Resultados/ descobertas Resumo
Bitá Arbab Kash, Marlynn Lee May, Ming Tai-Seale 2007	Analisar tendências e diversas abordagens de programas de capacitação e certificação nos Estados Unidos para o desenvolvimento profissional em em cuidadores comunitários.	Diretores de programas de capacitação de cuidadores comunitários.	Análise dos mais variados programas de capacitação nos vários Estados dos EUA	Os programas de capacitação de cuidadores comunitários nos Estados Unidos parecem ter sido iniciados principalmente devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde em comunidades culturais, económica e geograficamente isoladas.	A colheita de dados foi realizada por meio de entrevistas, entrevistas telefónicas e grupos focais. Perguntas abertas sobre o histórico do programa de certificação, estrutura, metas, currículo, avaliação, impacto e seu futuro.	- Quais os fatores que contribuíram para o desenvolvimento de programas de capacitação e certificação da dos cuidadores comunitários nos Estados Unidos? - Que resultados se evidenciaram com o aumento desta formação padronizada e certificação de cuidadores?	Não	Cada Estado tem a sua própria maneira de capacitar cuidadores. Detetaram-se 3 formas de capacitação: Ensino superior, em contexto laboral e certificação de competências. Estas variam entre Estados, dependendo do objetivo que se pretende: subida na carreira, estabilidade na carreira, produtividade, Assim, cuidadores bem formados permitem um aumento da procura e utilização da população carenciada.
Basanti Majumdar, Gina Browne, Jacqueline Roberts, Barbara Carpio 2004	Determinar quais os resultados de uma sensibilização da cultura e atitudes de minorias culturais aos prestadores de cuidados e avaliar a satisfação e resultados dos pacientes de grupos minoritários cuidados por pessoas que a receberam.	Prestadores de cuidados que receberam formação (114) e utentes (133) que receberam cuidados no seu domicílio	Análise dos conhecimentos e atitudes dos cuidadores que receberam formação; análise da satisfação e ganhos em saúde dos pacientes cuidados por essas pessoas capacitadas. Duração: 18 meses	A formação e sensibilização cultural sobre os cuidadores originou uma mente aberta, uma consciência cultural, uma melhor compreensão da multiculturalidade e melhor comunicação com essas minorias. Ao fim de 1 ano houve uma melhoria da utilização social destes recursos e uma diminuição geral da despesa.	Os cuidadores responderam a um questionário de consciencialização cultural e a uma escala; Os pacientes responderam a várias escalas e questionários. Análise qualitativa dos resultados serviram para publicação em revistas de enfermagem.	Não	Sim	A aquisição de uma sensibilidade cultural não só promoveu conhecimento e comportamentos dos cuidadores como também se identificaram bons resultados para a saúde dos pacientes por eles cuidados.

RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Fonte/Autor & Ano	Objetivo	Grupo alvo (ex: idades, Nº de participantes)	Intervenção (o que era?) Duração da Intervenção	Resultado	Instrumento/método de colheita de dados (conteúdo do questionário)	Outros fatores medidos?	É aleatório ou não?	Resultados/ descobertas Resumo
Lynn Jansen, Dorothy A. Forbes, Maureen Markle-Reid, Pamela Hawranik, Dawn Kingston, Shellie Peacock, Sandra Henderson, Beverly Leipert 2009	Explorar as percepções dos prestadores de cuidados formais sobre suas experiências em pessoas com demências em casa no Canadá.	Cuidadores formais. 44 participantes retirados de várias províncias do Canadá.	Análise das opiniões dos cuidadores formais.	Existem serviços domésticos comunitários que colmatam as lacunas que os cuidadores formais não podem oferecer devido a listas de espera, falta de formação, falta de infraestruturas de base comunitária, barreiras socioculturais e demográficas. Existem fatores facilitadores como a existência de infraestruturas e a existência de pontes entre estas estruturas e sistemas integrados.	Entrevista semiestruturada sobre: - A sua experiência como prestadores de cuidados a utentes com demência em domicílio; - Do desempenho agências de assistência ao domicílio ao atenderem essas pessoas; - quais as barreiras e fatores facilitadores para a prestação de cuidados de demência no domicílio; - quais as habilidades necessárias aos cuidadores formais e cuidadores familiares	Não	Não	Os prestadores de cuidados formais podem promover o empoderamento do cuidador familiar; o atendimento domiciliar destes utentes terão de ter o tempo adequado, mas para isso terá de haver uma avaliação prévia multidisciplinar nomeadamente do enfermeiro e ainda a existência de linhas de apoio; importância de parcerias e protocolos de serviços específicos focados no cliente e família.
Jennifer Hayashi, Linda DeCherrie, Edward Ratner, Peter A. Boling 2009	Justificar a necessidade de formação de mais cuidadores geriátricos ao domicílio que é escassa, pouco prestigiante e mal remunerada.	Todos os tipos de cuidadores geriátricos domiciliares e não domiciliares	Aumentar a formação na área da geriatria domiciliar com formação contínua, publicações, material multimédia; certificação de competências; valorizar o trabalho dos cuidadores pagos e informais, que são subestimados e com pouca ou nenhuma formação.	Há um consenso de que as intervenções educativas são necessárias para atender às necessidades de cuidados de saúde de População envelhecida da América em contexto domiciliário.	RSL	Motivação para os cuidados geriátricos domiciliares; Como é feito o incentivo para aumentar o número de cuidadores.		Nos EUA o comprometimento funcional e dependência intensificará a necessidade de prestadores de cuidados domésticos motivados e treinados. Há necessidade de corrigir a escassez e evitar uma crise iminente dos cuidados de saúde. Devem ser tomadas algumas atitudes: formação de cuidadores geriátricos e leigos; reembolsos aos cuidadores familiares; valorizar os cuidados prestado ao idoso, socialmente.

RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Fonte/Autor & Ano	Objetivo	Grupo alvo (ex: idades, Nº de participantes)	Intervenção (o que era?) Duração da Intervenção	Resultado	Instrumento/método de colheita de dados (conteúdo do questionário)	Outros fatores medidos?	É aleatório ou não?	Resultados/ descobertas Resumo
Hong Tao, Susan McRoy 2015	Analisar vários tipos de cuidadores profissionais e não-profissionais para idosos em suas residências nos EUA e como a tecnologia tem sido usada para apoiar esse modelo heterogêneo de cuidado.	Todos os tipos de cuidadores domiciliares	Recurso a tecnologias modernas a fim de acompanhar efetivamente as mudanças nas condições de saúde ao longo do tempo	Existe uma variedade de opções de cuidadores profissionais e não profissionais e serviços para idosos em suas residências nos EUA e a tecnologia tem sido usada para apoiar este modelo heterogêneo de cuidado.	RSL	Verificar se existem mudanças críticas no estado de saúde com a utilização destas tecnologias.		O aumento no uso da tecnologia tem sido útil para dar suporte ao cuidado domiciliar, incluindo sistemas de software, dispositivos de monitoramento de saúde em rede e telefone. Este modelo poderá ser adotado em vários países onde as pessoas idosas estão a aumentar drasticamente como é o caso da China e Índia.
P. Barberger-Gateau, c. Helmer, s. Ouret, b. Gendron 2006	Avaliar o impacto de um intervenção de formação em nutrição sobre o nível de conhecimento e práticas de cuidadores contratados em casa dos idosos.	Grupo de ajudantes domiciliares (132), mais jovens, menos qualificados e menos envolvidos na formação do que o grupo de controle (134)	Programa de treinamento em nutrição mais de dois meios dias em maio-junho de 2004	O grupo formado melhorou significativamente a sua pontuação de conhecimento entre as duas avaliações, enquanto que, o de controle manteve-se inalterado. O efeito do treinamento foi muito significativo após o ajuste para fatores de diferenciação ambos os grupos. Os escores de prática não diferiram significativamente após a intervenção, após ajuste.	Estudo quase-experimental com mensuração por questionário antes (abril de 2004) e depois (setembro de 2004) (20 questões) e práticas (5 questões) do grupo formado e do grupo controle.	A satisfação de pessoas treinadas foi medido.	Não	Uma intervenção de treinamento para auxiliares domiciliares de idosos pode melhorar seu nível de conhecimento nutricional, mas este estudo não nos permite concluir sobre seu impacto sobre o estado nutricional dos idosos.

RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Fonte/Autor & Ano	Objetivo	Grupo alvo (ex: idades, Nº de participantes)	Intervenção (o que era?) Duração da Intervenção	Resultado	Instrumento/método de colheita de dados (conteúdo do questionário)	Outros fatores medidos?	É aleatório ou não?	Resultados/ descobertas Resumo
Victoria J. Scott, Kristine Votova and Elaine Gallagher 2006	Avaliar o impacto uma Sessão de treinamento de um dia e subsequente Intervenção multifatorial de 6 meses	51 agentes comunitários de saúde e pelo menos 2 clientes por cada.	1 dia de formação sobre vigilância e prevenção de quedas, seguido de 6 meses observação das intervenções com seus clientes	Houve uma redução significativa de quedas no período de 6 meses após a formação. Tornase difícil atribuir este resultado à intervenção, uma vez que a amostra não foi aleatória e não se tinha um grupo de controle.	Lista de verificação-ação. - Questionário de demografia comunitária do trabalhador de saúde - Questionário de avaliação do treinamento do trabalhador de saúde comunitário - Questionário de demografia e saúde do cliente. - Histórias de quedas e lesões dos clientes nos 6 meses anteriores. - C & A. - Falls Surveillance Report ©	- Antes da intervenção obtiveram-se dados demográficos dos ajudantes de saúde e sobre quedas e ferimentos relacionados o cliente - Identificar risco potencial e fornecer sugestões ações para reduzir o risco de queda nas áreas de atividade, meio ambiente, equipamentos / roupas, manutenção da saúde, de quedas e educação.	Não (amostra de conveniência)	Houve uma redução significativa de quedas no período de 6 meses após a formação. Este estudo identificou um novo papel para os enfermeiros de cuidados domiciliários em relação a prevenção de quedas. Eles podem se tornar facilitadores e treinadores em ajudar a comunidade trabalhadores de saúde para detetar o risco de primeiro nível para quedas. Eles também tem um papel em responder às necessidades identificados a partir de tais avaliações e no fornecimento de garantia de qualidade contínua e avaliação de tais esforços.
Ismail Tufan, Nimet Tokgoz Sultan Kılıç, Melahat Akdeniz, Jurgen Howe, Hakan Yaman 2011	Avaliar o resultado dum curso aos participantes e não participantes deste curso.	Mulheres que cuidam de idosos em casa (124) Idade média:39,4	Curso gratuito a mulheres que prestam cuidados em cada, que podem ou não ser conviventes e possuir ou não outro trabalho.	Os cuidadores sentiram-se mais eficientes após a formação. Os não frequentadores do curso fizeram mais declarações negativas sobre a sua eficiência para cuidar.	Questionário: - Dimensão psicossocial - Tranquilidade ao prestar cuidados - Eficiência e concentração - Perceção do nervosismo e stress.	Não	Sim	Os cursos podem ser úteis para cuidadores de pessoas idosas. O rápido aumento de idosos necessitados de cuidados, mostrará uma alta demanda por cuidadores qualificados, pois devido a fatores sociodemográficos há uma tendência para escassearem os cuidadores familiares.

RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Fonte/Autor & Ano	Objetivo	Grupo alvo (ex: idades, Nº de participantes)	Intervenção (o que era?) Duração da Intervenção	Resultado	Instrumento/método de colheita de dados (conteúdo do questionário)	Outros fatores medidos?	É aleatório ou não?	Resultados/ descobertas Resumo
Ferreira, F. P. Bansi, L.O. Paschoal, S.P. 2014	Descrever e comparar os serviços assistência domiciliar, Programa Acompanhante de Idosos e instituições de longa permanência para idosos quanto às possíveis diferenças e semelhanças, demanda dos usuários, fluxo assistencial e gestão de serviços.	32 estudos foram incluídos na revisão, no período de 1997 a 2012	Revisão bibliográfica não exaustiva da literatura brasileira publicada nas bases eletrônicas de dados	- A população atendida é predominantemente do sexo feminino, com idade avançada, e recebe assistência Multiprofissional. - Os serviços de assistência domiciliar e o Programa Acompanhante de Idosos valorizam a manutenção da família e da comunidade como ambiente terapêutico. - os cuidadores apresentaram interesse na aquisição de orientações relacionadas às doenças e cuidados de saúde.	Bases de dados eletrônicas de SciELO e LILACS			Nos serviços de assistência domiciliar e no Programa Acompanhante de Idosos a presença do cuidador e do acompanhante de idoso, respetivamente, são fatores de proteção. Para que os cuidados sejam bem desempenhados, o preparo e a escolha adequada do cuidador são fundamentais. Os profissionais devem estar capacitados para ofertar cuidados de acordo com a demanda dos idosos e com o tipo de serviço proposto, principalmente para a população idosa e frágil, utilizadora destes serviços. As informações sobre os cuidados devem ser disseminadas e distribuídas pelo serviço público desde a atenção primária, a fim de auxiliar os profissionais e pacientes durante todo o processo de cuidado.
Gianfrancisco, I., Dietrich, G., Garcia, C., Batistoni, S., Gutierrez, B., Falcão, D. 2017	Investigar as crenças sobre o que é ser um bom cuidador profissional de idosos dependentes no contexto domiciliar	Amostra foi composta por 59 cuidadores profissionais de idosos	Entrevista aos participantes com base num questionário, onde estes revelam a sua opinião sobre o que é ser um bom cuidador.	O maior número de variáveis que caracteriza o que é ser um bom cuidador profissional de idosos no contexto domiciliar está na categoria atitudes (realização profissional); habilidades (demonstração de afeto); conhecimento (procedimentos técnicos)	Estudo exploratório, descritivo e transversal. Dados foram coletados por meio de entrevistas utilizando um questionário elaborado a partir da revisão bibliográfica. Analisados três elementos da competência profissional: conhecimento, habilidades e atitudes.	Não	Não	Os resultados obtidos sugerem a necessidade de aprimorar o processo de capacitação dos cuidadores formais de idosos, visando promover a melhoria da capacidade funcional dos idosos dependentes. É crucial favorecer reflexões acerca dos estigmas, estereótipos e preconceitos relacionados à velhice; superar as deficiências técnicas e fortalecer a identidade do profissional cuidador.

APÊNDICE 2

Identificação das
Variáveis

Identificação das Variáveis

Variáveis		
Quantitativas	A2 – Idade A5 – Tempo de exercício profissional	Contínua Discreta
	C2 – Sugestões de formação	Discreta
Qualitativas	A1 – Sexo A3 – Habilitações literárias A4 – Formação na área de prestação de cuidados	Nominal Ordinal Nominal
	B1 a B6	Nominal
	C1	Nominal

APÊNDICE 3

Questionário adaptado e
aplicado às cuidadoras

Questionário

DATA ____/____/2018

Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema “Capacitação das Cuidadoras formais das IPSS para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário”. A sua concretização será possível graças à sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve responder de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor que não deixe nenhuma questão por responder. Agradeço a sua colaboração.

Parte A – Caracterização sociodemográfica das cuidadoras formais

A1. Sexo

- a) Masculino
b) Feminino

A2. Idade: _____ anos

A3. Habilitações Literárias:

- a) Analfabeto
b) Escola Primária
c) Ciclo Preparatório
d) Ensino Secundário
e) Curso técnico-profissional
f) Curso Superior

Qual? _____

A4. Tem formação na área da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente?

- a) Sim
b) Não

A5. Há quanto tempo trabalha nesta área? _____ anos



Parte B – Avaliação das necessidades de formação das cuidadoras formais

Indique de 1 a 5 (sendo 1 “sem dificuldade” e 5 “tenho sempre dificuldade”) o grau de dificuldade com que desempenha as seguintes funções:

	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
B1. Higiene e conforto					
1. Posicionamento na cama	1	2	3	4	5
2. Banho na cama	1	2	3	4	5
3. Banho no chuveiro	1	2	3	4	5
4. Higiene dos dentes e próteses dentárias	1	2	3	4	5
5. Higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	1	2	3	4	5
6. Avaliação da pele e seus cuidados	1	2	3	4	5
7. Adequação do vestuário ao ambiente	1	2	3	4	5
8. Vestir e despir	1	2	3	4	5
9. Mobilização (sentar, transferir, rodar, por de pé)	1	2	3	4	5
10. Utilização de equipamentos adaptativos (andarrilho, bengala, cadeira de rodas)	1	2	3	4	5

	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
B2. Alimentação					
1. Preparação de alimentos	1	2	3	4	5
2. Alimentação oral (por colher)	1	2	3	4	5
3. Alimentação por sonda nasogástrica	1	2	3	4	5
4. Alimentação por PEG	1	2	3	4	5
5. Administração de líquidos	1	2	3	4	5
6. Adequar a consistência dos alimentos à necessidade da pessoa	1	2	3	4	5
7. Despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação	1	2	3	4	5



B3. Eliminação	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Colocação da fralda	1	2	3	4	5
2. Cuidados ao utente algaliado	1	2	3	4	5
3. Cuidados ao utente com dispositivo urinário	1	2	3	4	5
4. Características das fezes e urina	1	2	3	4	5
5. Despiste de possíveis problemas de eliminação	1	2	3	4	5

B4. Autonomia	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue	1	2	3	4	5
2. Reforçar/elogiar as conquistas de autonomia nas mais variadas áreas	1	2	3	4	5

B5. Segurança	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Utilizar equipamento de proteção individual (luvas, avental)	1	2	3	4	5
2. Lavagem correta das mãos	1	2	3	4	5
3. Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas...)	1	2	3	4	5
4. Identificação e prevenção de condicionantes de queda do utente	1	2	3	4	5
5. Despiste de toma de medicamentos desadequada	1	2	3	4	5
6. Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga...)	1	2	3	4	5
7. Como proceder em situações de urgência/emergência	1	2	3	4	5



B6. Comunicação	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Comunicar com utente com limitações na fala	1	2	3	4	5
2. Comunicar com o utente com limitações na visão e audição	1	2	3	4	5
3. Interação e cordialidade com a família do utente	1	2	3	4	5
4. Resolução de conflitos interpessoais	1	2	3	4	5
5. Interagir com afetividade, compreensão e humanidade	1	2	3	4	5
6. Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga...)	1	2	3	4	5

Parte C – Opinião das cuidadoras formais sobre a importância da formação na sua atividade profissional

C1. Considera importante a realização de ações de formação na instituição com vista à melhoria do seu desempenho?

- a) Sim
b) Não

C2. Indique **três temas por ordem da sua preferência** (tipo 1º, 2º, 3º), que gostasse de ver abordadas em futuras ações de formação:

- 1º _____
2º _____
3º _____

Obrigada pela sua participação

APÊNDICE 4

Áreas de formação sugeridas
pelas participantes

Áreas de formação sugeridas pelas participantes

Formação sugerida	Frequência absoluta (<i>fi</i>)	Frequência relativa (%)
Levantamento, posicionamento, transferências e prevenção de escaras	12	20,0
Hipóteses não respondidas ou resposta incompreensível	11	18,0
Primeiros Socorros e parâmetros vitais	10	17,0
Cuidados na alimentação e hidratação	7	11,0
Temas mencionados apenas uma vez	6	10,0
Cuidados na Diabetes	4	7,0
Higiene e conforto	4	7,0
Gestão do trabalho e de conflitos interpessoais	3	5,0
Saúde mental e demências	3	5,0
Total	60	100,0

APÊNDICE 5

Análise dos problemas
de saúde identificados

Problema 1 - Défice de conhecimentos relacionados com medidas de higiene e de prevenção de lesões na pele devido à imobilidade:

- Importância do problema:

Foi atribuída uma classificação mais (+), uma vez que o défice de conhecimentos sobre esta temática pode conduzir ao surgimento de Úlceras por Pressão ou outras consequências resultantes da imobilidade.

- Relação Problema/ Fator de risco:

Este problema tem um fator de risco elevado, atribuindo-se uma classificação mais (+) uma vez que se não houver um equilíbrio intrassistémico, ou seja, não houver um aporte de conhecimentos, poderá ocorrer uma rutura das linhas normal de defesa e de resistência.

- Capacidade técnica de resolução do problema:

À capacidade técnica de intervir atribuiu-se uma classificação mais (+), pois a resolução do problema pode ser concretizada através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

- Exequibilidade do projeto

No que se refere à exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação mais (+), pois está prevista a intervenção antes do término do estágio.

Assim, este problema obteve uma recomendação de *um* (1), em que a prioridade é elevada.

Problema 2 - Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de alimentação:

- Importância do problema:

Foi atribuída uma classificação mais (+), uma vez que o défice de conhecimentos sobre esta temática, mais propriamente a manipulação e manutenção de dispositivos de alimentação, foram as atividades com o *score* mais elevado dentro da dimensão Alimentação.

- Relação Problema/ Fator de risco:

Este problema tem um fator de risco reduzido, na opinião dos nossos peritos, atribuindo-se uma classificação menos (-) não se considerando o seu desconhecimento relevante para a promoção de desequilíbrio intrassistémico.

- Capacidade técnica de resolução do problema:

À capacidade técnica de intervir atribuiu-se uma classificação mais (+), pois a resolução do problema pode ser concretizada através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

- Exequibilidade do projeto

No que se refere à exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação mais (+), pois está prevista a intervenção antes do término do estágio.

Assim, este problema obteve uma recomendação de *cinco* (5), em que a prioridade é moderada.

Problema 3 - Défice de conhecimentos relacionados com a manutenção e manipulação de dispositivos de eliminação:

- Importância do problema:

Foi atribuída uma classificação mais (+), uma vez que o défice de conhecimentos sobre esta temática, mais propriamente a manipulação e manutenção de dispositivos urinários, foi a atividade com o *score* mais elevado dentro da dimensão Eliminação.

- Relação Problema/ Fator de risco:

Este problema tem um fator de risco reduzido, na opinião dos nossos peritos, atribuindo-se uma classificação menos (-) não se considerando o seu desconhecimento relevante para a promoção de desequilíbrio intrassistémico.

- Capacidade técnica de resolução do problema:

À capacidade técnica de intervir atribuiu-se uma classificação mais (+), pois a resolução do problema pode ser concretizada através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

- Exequibilidade do projeto

No que se refere à exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação mais (+), pois está prevista a intervenção antes do término do estágio.

Assim, este problema obteve uma recomendação de *cinco* (5), em que a prioridade é moderada.

Problema 4 - Défice de conhecimentos relacionados com a aplicação de uma cultura de segurança:

1. Importância do problema:

Foi atribuída uma classificação menos (-), uma vez que o déficit de conhecimentos sobre esta temática, não foi considerada pelos nossos peritos como prioritária, apesar de ter sido manifestado, em algumas atividades, um score aceitável.

2. Relação Problema/ Fator de risco:

Este problema tem um fator de risco elevado, na opinião dos nossos peritos, atribuindo-se uma classificação mais (+) achando-se que o déficit de conhecimento nesta dimensão poderá ser relevante para a promoção de desequilíbrio intrassistémico.

3. Capacidade técnica de resolução do problema:

À capacidade técnica de intervir atribuiu-se uma classificação mais (+), pois a resolução do problema pode ser concretizada através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

4. Exequibilidade do projeto

No que se refere à exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação mais (+), pois poderá ser concretizada durante este projeto.

Assim, este problema obteve uma recomendação de *nove* (9), em que a prioridade é reduzida.

Problema 5 - Déficit de conhecimentos sobre relações interpessoais devido a problemas comunicacionais:

5. Importância do problema:

Foi atribuída uma classificação menos (-), uma vez que o déficit de conhecimentos sobre esta temática, não foi considerada pelos nossos peritos como prioritária, apesar de algumas atividades apresentarem um score aceitável.

6. Relação Problema/ Fator de risco:

Este problema tem um fator de risco reduzido, na opinião dos nossos peritos, atribuindo-se uma classificação mais (-) achando-se que o déficit de conhecimento nesta dimensão poderá não ser relevante para a promoção de um desequilíbrio intrassistémico.

7. Capacidade técnica de resolução do problema:

À capacidade técnica de intervir atribuiu-se uma classificação mais (+), pois a resolução do problema pode ser concretizada através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

8. Exequibilidade do projeto

No que se refere à exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação menos (-), pois poderá muito difícil concretizar a sua intervenção durante este estágio.

Assim, este problema obteve uma recomendação de *catorze* (14), em que a prioridade é reduzida ou nula.

Problema 6 - Défice de conhecimentos relacionados com a promoção de autonomia dos utentes:

- Importância do problema:

Foi atribuída uma classificação menos (-), uma vez que o défice de conhecimentos sobre esta temática, não foi considerada pelos peritos como prioritária.

- Relação Problema/ Fator de risco:

Este problema tem um fator de risco reduzido, na opinião dos nossos peritos, atribuindo-se uma classificação mais (-) achando-se que o défice de conhecimento nesta dimensão poderá não ser relevante para a promoção de um desequilíbrio intrassistémico.

- Capacidade técnica de resolução do problema:

À capacidade técnica de intervir atribuiu-se uma classificação menos (-), pois a resolução do problema pode não ser concretizada apenas com a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, mas também de outros profissionais.

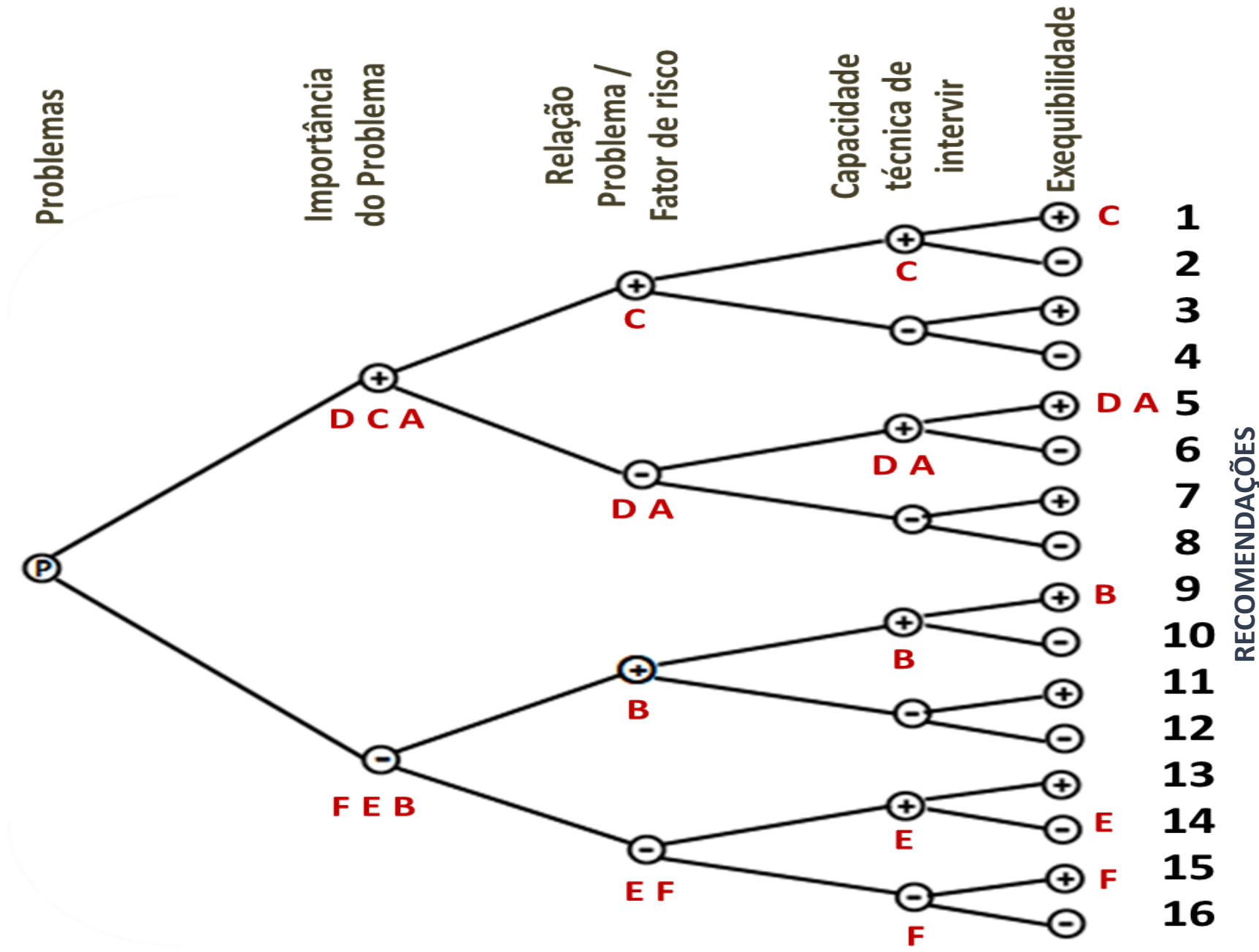
- Exequibilidade do projeto

No que se refere à exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação mais (+) pelos peritos, mas na nossa opinião tornar-se-á difícil concretizar a sua intervenção durante este estágio devido ao fator tempo que se torna escasso.

Assim, este problema obteve uma recomendação de *quinze* (15), em que a prioridade é nula.

APÊNDICE 6

Definição de prioridades



APÊNDICE 7
Planos de Sessão

Sessão nº 1

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Grupo de Auxiliares de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia de Almada e da Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio

Tema: Cuidados de higiene e conforto

Local: Sala de formação da Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) e Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada (ARPCA)

Data: 15/01/2019 (SCMA); 16/01/2019 (ARPCA)

Duração: +/- 1 hora

Formadores: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Finalidade da formação: Aquisição de conhecimentos que permitam às cuidadoras prestar cuidados competentes à pessoa idosa dependente

Objetivo pedagógico geral: Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados de higiene e conforto à pessoa idosa dependente

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivos Específicos	Domínio
Evidenciar os benefícios da higiene corporal para a saúde da pessoa	Cognitivo
Identificar aspetos a ter em conta aquando da prestação dos cuidados de higiene	Psicomotor
Demonstrar a técnica de vestir e despir vestuário	Psicomotor
Analisar as atividades diárias para identificação de possíveis lacunas na sua realização	Psicomotor

Sessão nº 1

Etapa	Conteúdos	Dominios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora e das formandas - Apresentação dos conteúdos contidos no Referencial 	Afetivo	Ativo/interativo	- Cada formanda deverá se apresentar de uma forma muito resumida		5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução - Conceito de higiene e de higiene corporal - A importância da higiene e conforto para a saúde da pessoa - Alguns aspetos importantes; - Aspetos a ter em conta durante a higiene - Cuidados com o vestuário - Banho no leito 	Cognitivo Psicomotor	Expositivo e interativo	- Ao longo da sessão as formandas poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados na sua atividade profissional	Projetor + Computador Filme: <i>“como lavar o cabelo de uma pessoa acamada”</i> Filme: “Como manter a saúde da boca na pessoa acamada” Filme: “Perineal Wash for Men and Women”	30 minutos 2 minutos 1,30 minutos 7 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas com ilustração de casos do quotidiano (continuação do tema na sessão seguinte) 	Psicomotor	Ativo/interativo	<ul style="list-style-type: none"> - As formandas deverão comentar os filmes - Esclarecimento de dúvidas colocadas pelas formandas 		10 minutos
Avaliação	No final das sessões					

Sessão nº 2

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Grupo de Auxiliares de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia de Almada e da Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio

Tema: Cuidados de higiene e conforto

Local: Sala de formação da Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) e Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada (ARPCA)

Data: 17/01/2019 (SCMA); 21/01/2019 (ARPCA)

Duração: +/- 1 hora

Formadores: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Finalidade da formação: Aquisição de conhecimentos que permitam às cuidadoras prestar cuidados competentes à pessoa idosa dependente

Objetivo pedagógico geral: Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados de higiene e conforto à pessoa idosa dependente

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivos Específicos	Domínio
Salientar a importância dos cuidados às mãos e pés	Cognitivo
Descrever o processo de desenvolvimento das úlceras de pressão	Psicomotor
Identificar os fatores de risco que conduzem à formação de úlceras de pressão	Psicomotor
Evidenciar os mais variados cuidados à pele como um dos meios de prevenção das úlceras	Psicomotor

Sessão nº 2

Etapa	Conteúdos	Dominios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Breve resumo dos conteúdos apresentados na sessão anterior	Psicomotor	Ativo/interativo	- Cada formanda poderá intervir e complementar o resumo		10 minutos
Desenvolvimento	- Cuidados às mãos e aos pés - O banho no chuveiro - A prevenção das úlceras de pressão: Introdução - O processo de desenvolvimento e sua classificação; - Fatores de risco; - Cuidados com a pele como um dos meios para a sua prevenção	Cognitivo Psicomotor	Expositivo e interativo	- Ao longo da sessão as formandas poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados na sua atividade profissional	Projetor + Computador	40 minutos
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas com ilustração de casos do quotidiano (continuação do tema na sessão seguinte)	Afetivo	Ativo/interativo	- Esclarecimento de dúvidas colocadas pelas formandas		10 minutos
Avaliação	Na última sessão					

Sessão nº 3

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Grupo de Auxiliares de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia de Almada e da Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio

Tema: Cuidados de higiene e conforto

Local: Sala de formação da Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) e Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada (ARPCA)

Data: 22/01/2019 (SCMA); 25/01/2019 (ARPCA)

Duração: +/- 1 hora

Formadores: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Finalidade da formação: Aquisição de conhecimentos que permitam às cuidadoras prestar cuidados competentes à pessoa idosa dependente

Objetivo pedagógico geral: Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados de higiene e conforto à pessoa idosa dependente

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivos Específicos	Domínio
Enumerar e descrever os aspetos a ter em conta durante a mobilização do utente	Psicomotor
Demonstrar aspetos práticos das mobilizações	Psicomotor
Enumerar e descrever os princípios a ter em conta nas transferências do utente	Psicomotor
Apresentar as mais variadas ajudas técnicas disponíveis para as mobilizações e transferências	Cognitivo

Sessão nº 3

Etapa	Conteúdos	Dominios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Breve resumo dos conteúdos apresentados na sessão anterior	Afetivo	Ativo/interativo	- Cada formanda poderá intervir e complementar o resumo		10 minutos
Desenvolvimento	- Técnicas de mobilização e transferência: Introdução; - Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização; - Aspectos práticos da mobilização; - Princípios básicos a aplicar nas transferências; - Apresentação de ajudas técnicas	Psicomotor Cognitivo	Expositivo e interativo	- Ao longo da sessão as formandas poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados na sua atividade profissional	Projetor + Computador Filme: "Como virar uma pessoa acamada"	40 minutos + 1,30 minutos
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas com ilustração de casos do quotidiano	Afetivo	Ativo/interativo	- Esclarecimento de dúvidas colocadas pelas formandas		10 minutos
Avaliação	Na última sessão					

Sessão nº 4

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Grupo de Auxiliares de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia de Almada e da Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio

Tema: Cuidados na Alimentação e Hidratação

Local: Sala de formação da Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) e Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada (ARPCA)

Data: 24/01/2019 (SCMA); 29/01/2019 (ARPCA)

Duração: +/- 1 hora

Formadores: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Finalidade da formação: Aquisição de conhecimentos que permitam às cuidadoras prestar cuidados competentes à pessoa idosa dependente

Objetivo pedagógico geral: Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados com a Alimentação e Hidratação

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivos Específicos	Domínio
Apresentar as particularidades na alimentação da pessoa idosa	Cognitivo
Salientar a importância da hidratação	Cognitivo
Descrever os procedimentos a ter em conta aquando da alimentação e hidratação de uma pessoa acamada	Psicomotor

Sessão nº 4

Etapa	Conteúdos	Dominios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Breve resumo dos conteúdos apresentados na sessão anterior	Afetivo	Ativo/interativo	- Cada formanda poderá intervir e complementar o resumo		10 minutos
Desenvolvimento	- Introdução e objetivos da alimentação - A alimentação da pessoa idosa - A importância da hidratação - Cuidados na alimentação e hidratação	Psicomotor Cognitivo	Expositivo e interativo	- Ao longo da sessão as formandas poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados na sua atividade profissional	Projetor + Computador	40 minutos
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas com ilustração de casos do quotidiano (continua na sessão anterior)	Afetivo	Ativo/interativo	- Esclarecimento de dúvidas colocadas pelas formandas		10 minutos
Avaliação	Na última sessão					

Sessão nº 5

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Grupo de Auxiliares de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia de Almada e da Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio

Temas: Cuidados na Alimentação e Hidratação e Cuidados na Eliminação

Local: Sala de formação da Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) e Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada (ARPCA)

Data: 29/01/2019 (SCMA); 31/01/2019 (ARPCA)

Duração: +/- 1 hora

Formadores: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Finalidade da formação: Aquisição de conhecimentos que permitam às cuidadoras prestar cuidados competentes à pessoa idosa dependente

Objetivo pedagógico geral: Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados com a Alimentação e Hidratação

Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados com a Eliminação

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivos Específicos	Domínio
Descrever os procedimentos a realizar em situação de Engasgamento	Psicomotor
Descrever os procedimentos a realizar na alimentação por SNG	Psicomotor
Descrever os procedimentos a realizar na alimentação por PEG	Psicomotor
Distinguir as diversas formas de eliminação	Psicomotor
Enumerar os problemas mais frequentes com a eliminação vesical	Cognitivo

Sessão nº 5

Etapa	Conteúdos	Dominios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Breve resumo dos conteúdos apresentados na sessão anterior	Afetivo	Ativo/interativo	- Cada formanda poderá intervir e complementar o resumo		10 minutos
Desenvolvimento	- Procedimentos imediatos: vômito e engasgamento - Dispositivos mais utilizados na alimentação - A Eliminação vesical - Problemas mais frequentes no trato urinário	Psicomotor Cognitivo	Expositivo, interativo e demonstrativo	- Ao longo da sessão as formandas poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados na sua atividade profissional	Filme: "O que Fazer Quando Você ou Alguém Estiver Se Engasgando" Filme: "Como alimentar uma pessoa por sonda" Projektor + Computador	10 minutos 1,30 minutos 30 minutos
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas com ilustração de casos do quotidiano (continua na sessão anterior)	Afetivo	Ativo/interativo	- Esclarecimento de dúvidas colocadas pelas formandas		10 minutos
Avaliação	Na última sessão					

Sessão nº 6

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Grupo de Auxiliares de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia de Almada e da Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes no domicílio

Temas: Cuidados na Eliminação

Local: Sala de formação da Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) e Associação dos Reformados e Pensionistas do Concelho de Almada (ARPCA)

Data: 02/02/2019 (SCMA); 01/02/2019 (ARPCA)

Duração: +/- 1 hora

Formadores: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Finalidade da formação: Aquisição de conhecimentos que permitam às cuidadoras prestar cuidados competentes à pessoa idosa dependente

Objetivo pedagógico geral: Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados com a Eliminação

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivos Específicos	Domínio
Enumerar os fatores que estimulam e comprometem a eliminação intestinal	Cognitivo
Sensibilizar para os problemas mais frequentes na eliminação intestinal	Cognitivo
Descrever os procedimentos a realizar na manutenção dos dispositivos urinários	Psicomotor
Descrever os procedimentos a realizar na manutenção dos dispositivos de eliminação intestinal	Psicomotor

Sessão nº 6

Etapa	Conteúdos	Dominios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	- Breve resumo dos conteúdos apresentados na sessão anterior	Afetivo	Ativo/interativo	- Cada formanda poderá intervir e complementar o resumo		10 minutos
Desenvolvimento	- A Eliminação intestinal - Fatores que estimulam e comprometem a evacuação - Alterações intestinais mais frequentes - Procedimentos a ter na eliminação intestinal - Dispositivos utilizados (Colostomias, Ileostomias, Urostomias, Catéter Vesical)	Psicomotor Cognitivo	Expositivo, interativo e demonstrativo	- Ao longo da sessão as formandas poderão ilustrar os conteúdos com exemplos vivenciados na sua atividade profissional	Projetor + Computador	40 minutos
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas com ilustração de casos do quotidiano (continua na sessão anterior)	Afetivo	Ativo/interativo	- Esclarecimento de dúvidas colocadas pelas formandas		10 minutos
Avaliação	Avaliação da formação					10 minutos

APÊNDICE 8

Dossier Pedagógico

REFERENCIAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO CUIDADOS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Formadora	Objetivos
Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia	<ul style="list-style-type: none"> * Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados de Higiene e conforto à pessoa idosa dependente; * Aprofundar conhecimentos sobre cuidados na alimentação e hidratação na pessoa idosa dependente; * Aprofundar conhecimentos sobre cuidados na eliminação na pessoa idosa.

Programa
<p>I. Cuidados de higiene e conforto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados de higiene e conforto a pessoas dependentes <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Conceito de higiene e de higiene corporal c) A importância da higiene e conforto para a saúde da pessoa d) Alguns aspetos importantes; Aspetos a ter em conta durante a higiene e) Cuidados com o vestuário f) Banho no leito g) Cuidados às mãos e pés h) Banho no chuveiro 2. Cuidados a ter para prevenir as Úlceras de pressão <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Processo de desenvolvimento e sua classificação c) Fatores de risco d) Cuidados com a pele 3. Técnicas de mobilização e transferência <ol style="list-style-type: none"> a) Aspetos gerais a ter em conta na mobilização b) Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização c) Aspetos práticos da mobilização d) Princípios a aplicar nas transferências e) Tipos de transferências f) Ajudas técnicas <p>II. Cuidados com a eliminação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminação vesical <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Problemas mais frequentes no trato urinário 2. Eliminação intestinal <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Fatores que estimulam a evacuação

- c) Fatores que comprometem a evacuação
 - d) Alterações intestinais mais frequentes
3. Cuidados a ter na eliminação

III. Cuidados com a alimentação

1. Introdução e objetivos da alimentação
2. A alimentação da pessoa idosa
3. A importância da hidratação
4. Prestação de cuidados na alimentação e hidratação
5. Procedimentos imediatos: vômito e engasgamento
6. Dispositivos mais utilizados na alimentação

Metodologia

Expositiva dos conteúdos
Interativo

Local/Data/Horário	Destinatários
Local: Sala de formação da ARPCA Data: 16, 21, 25, 29 e 31 de Janeiro e 1 de Fevereiro de 2019 Horário: 16,45 às 17,45	Ajudantes de Ação Direta da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Concelho de Almada (ARPCA) que prestam cuidados no domicílio.

REFERENCIAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO CUIDADOS À PESSOA IDOSA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Formadora	Objetivos
Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia	<ul style="list-style-type: none"> * Aprofundar conhecimentos sobre Cuidados de Higiene e conforto à pessoa idosa dependente; * Aprofundar conhecimentos sobre cuidados na alimentação e hidratação na pessoa idosa dependente; * Aprofundar conhecimentos sobre cuidados na eliminação na pessoa idosa.

Programa
<p>I. Cuidados de higiene e conforto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados de higiene e conforto a pessoas dependentes <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Conceito de higiene e de higiene corporal c) A importância da higiene e conforto para a saúde da pessoa d) Alguns aspetos importantes; Aspetos a ter em conta durante a higiene e) Cuidados com o vestuário f) Banho no leito g) Cuidados às mãos e pés h) Banho no chuveiro 2. Cuidados a ter para prevenir as Úlceras de pressão <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Processo de desenvolvimento e sua classificação c) Fatores de risco d) Cuidados com a pele 3. Técnicas de mobilização e transferência <ol style="list-style-type: none"> a) Aspetos gerais a ter em conta na mobilização b) Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização c) Aspetos práticos da mobilização d) Princípios a aplicar nas transferências e) Tipos de transferências f) Ajudas técnicas <p>II. Cuidados com a eliminação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminação vesical <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Problemas mais frequentes no trato urinário 2. Eliminação intestinal <ol style="list-style-type: none"> a) Introdução b) Fatores que estimulam a evacuação c) Fatores que comprometem a evacuação d) Alterações intestinais mais frequentes

3. Cuidados a ter na eliminação

III. Cuidados com a alimentação

1. Introdução e objetivos da alimentação
2. A alimentação da pessoa idosa
3. A importância da hidratação
4. Prestação de cuidados na alimentação e hidratação
5. Dispositivos mais utilizados na alimentação
6. Procedimentos imediatos: vômito e engasgamento

Metodologia

Expositiva dos conteúdos
Interativo

Local/Data/Horário	Destinatários
Local: Sala de Formação da SCMA Data: 15,17, 22, 24 e 29 de Janeiro e 2 de Fevereiro de 2019 Horário: 14,30 às 15,30	Ajudantes de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) que prestam cuidados no domicílio.

REGISTO DE PRESENCAS DOS FORMANDOS

Designação da ação da formação: Cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário

Nome da sessão: Cuidados na eliminação na pessoa idosa dependente

Nome do Formador: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Local: Sala de formação da ARPCA

Data: Horário: 16,45 às 17,45

Nome completo dos Formandos	Assinatura

Assinatura do Formador: _____

REGISTO DE PRESENCAS DOS FORMANDOS

Designação da ação da formação: Cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário

Nome da sessão: Cuidados na eliminação na pessoa idosa dependente

Nome do Formador: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Local: Sala de formação da SCMA

Data: Horário: 14,30 às 15,30

Nome completo dos Formandos	Assinatura

Assinatura do Formador: _____



SUMÁRIOS

Designação da ação da formação: Cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário

Nome do Formador: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

Local: Sala de formação da ARPCA

Sessão nº1	Sumário
Data: Hora: 16,45 às 17,45 Formador:	
Sessão nº2	Sumário
Data: Hora: 16,45 às 17,45 Formador:	
Sessão nº3	Sumário
Data: Hora: 16,45 às 17,45 Formador:	

Sessão nº5	Sumário
<p>Data:</p> <p>Hora: 16,45 às 17,45</p> <p>Formador:</p>	
Sessão nº5	Sumário
<p>Data:</p> <p>Hora: 16,45 às 17,45</p> <p>Formador:</p>	
Sessão nº6	Sumário
<p>Data:</p> <p>Hora: 16,45 às 17,45</p> <p>Formador:</p>	

SUMÁRIOS

Designação da ação da formação: Cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário

Nome do Formador: Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia

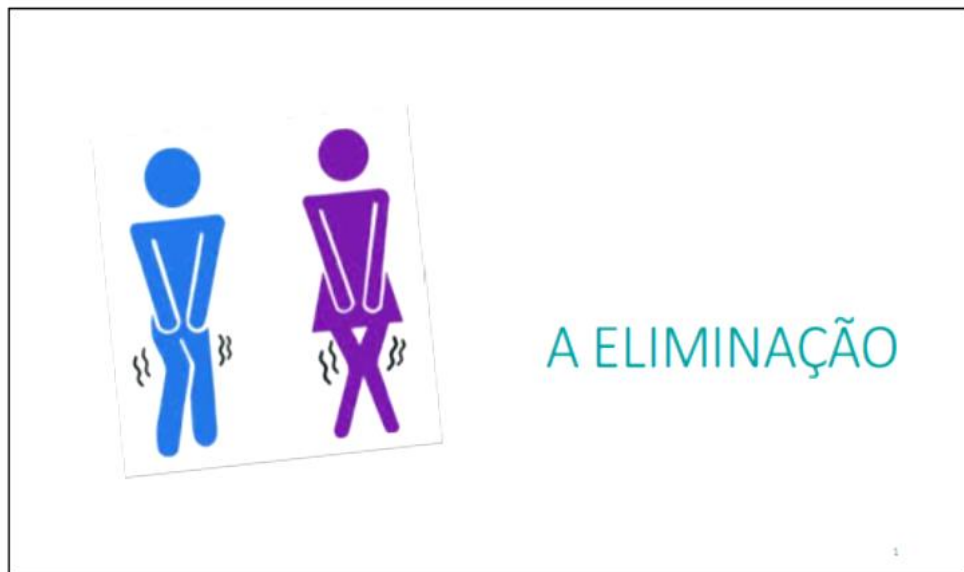
Local: Sala de formação SCMA

Sessão nº1	Sumário
Data: Hora: 14,30 às 15,30 Formador:	
Sessão nº2	Sumário
Data: Hora: 14,30 às 15,30 Formador:	
Sessão nº3	Sumário
Data: Hora: 14,30 às 15,30 Formador:	

Sessão nº4	Sumário
<p>Data:</p> <p>Hora: 14,30 às 15,30</p> <p>Formador:</p>	
Sessão nº5	Sumário
<p>Data:</p> <p>Hora: 14,30 às 15,30</p> <p>Formador:</p>	
Sessão nº6	Sumário
<p>Data:</p> <p>Hora: 14,30 às 15,30</p> <p>Formador:</p>	

APÊNDICE 9

Diapositivos



1



2

Conceitos

- **Micção** – emissão periódica da urina através da uretra, ou, seja, processo de esvaziamento normal da bexiga.
 - Capacidade da bexiga - \pm 500cc o adulto; 100 a 200cc na criança;
 - Volume médio de cada micção no adulto: 150 a 300cc;
- **Diurese** – volume de urina excretada nas 24h.
 - Diurese no adulto – média de 1500cc;

A Diurese varia entre 1000 e 1800cc em função de: volume de líquidos ingeridos, volume de líquidos eliminados por outras vias, regime alimentar (o sal diminui a diurese, os vegetais e frutos aumentam a diurese, as bebidas diuréticas também – são elas o café, chá, cacau, cerveja).

3

A eliminação vesical

A urina é composta de aproximadamente **95% de água**.

Os restantes 5% eliminados pela urina humana são: **a ureia, o cloreto de sódio e o ácido úrico**.

- A eliminação da urina é feita através do **sistema urinário**. Os órgãos que compõem o sistema urinário são os **rins** e as **vias urinárias**.
- As **vias urinárias** compreendem os ureteres, a bexiga e a uretra.

4

Problemas mais frequentes no trato urinário

Incontinência Urinária

A **incontinência urinária** é a perda incontrolável de urina.

A incontinência urinária pode ocorrer em qualquer idade, mas as suas causas tendem a ser diferentes entre as faixas etárias.

A incidência global da incontinência urinária **aumenta progressivamente com a idade.**

- **Transitória ou aguda** ⇔ instala-se como sintoma ou decorrente de outra doença, que pode ocorrer noutro sistema.

Fatores psicológicos, como a depressão ou carência afetiva, patologias neuroendócrinas, ou estado acamado do idoso, obstipação grave, infeções ou inflamações urinárias, retenção urinária e uso de determinados medicamentos também causam este tipo de incontinência.

5

5

Problemas mais frequentes no trato urinário

- **Estabelecida ou persistente** ⇔ é o tipo de incontinência proveniente da via urinária baixa, da bexiga e esfíncter uretral.

Está associada à **Incontinência de stress ou de esforço, Incontinência por urgência, Incontinência por transbordamento ou por Incontinência mista.**



6

6

Problemas mais frequentes no trato urinário

Retenção Urinária

Incapacidade da bexiga de esvaziar-se completamente.

A urina acumula-se no interior da bexiga, distendendo a parede abdominal, trazendo **desconforto e sensação de peso**, com **dor à palpação na região supra-púbica**, acompanhada de **irritabilidade e sudorese.**



7

7

Tipo	Descrição	Sintomas
Incontinência de stress ou de esforço	Pequenas quantidades de urina são perdidas quando se tosse, espirra, ou faz qualquer atividade repentina que aumenta a pressão dentro do abdômen.	<ul style="list-style-type: none"> • Perder urina ao tossir, espirrar ou dar risadas; • Ir ao wc mais frequentemente para evitar acidentes; • Dormir toda a noite mas perder urina ao se levantar da cama; • As vezes perder urina ao se levantar de uma cadeira; • Evitar exercícios porque tem receio de perder urina.
Incontinência por urgência	O tipo mais comum de incontinência na mulher, refere a incapacidade em atrasar a micção ao sentir que a bexiga está cheia.	<ul style="list-style-type: none"> • Perder urina se não for imediatamente ao wc ao sentir vontade; • Se levantar muitas vezes à noite para urinar; • Urinar na cama; • Ter que ir ao wc, pelo menos, cada duas horas; • Sentir desejo de urinar desproporcional ao volume ingerido de café, chá, álcool e refrigerantes.
Incontinência por transbordamento	A bexiga enche em excesso e pequenas quantidades de urina vazam sem qualquer aviso.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir urgência para urinar mas algumas vezes não conseguem; • Levantar frequentemente à noite para urinar; • Perder gotas de urina todo o tempo; • Ter a sensação de não esvaziar completamente a bexiga; • Urinar lentamente, demorando bastante e ter o jato urinário fraco.
Incontinência mista	Quando há uma combinação dos dois tipos acima.	

8

8

Problemas mais frequentes no trato urinário

Infeções do trato urinário

As Infeções do trato urinário (ITU) são as mais comuns e responsáveis por cerca de uma grande parte das IACS.

A presença de bactérias na urina pode levar à disseminação para a corrente sanguínea e consequentemente para os rins.



9

9



A Eliminação intestinal

10

10

A eliminação intestinal

O trato gastro-intestinal é formado por uma série de órgãos musculares ocós revestidos por mucosas, com a principal finalidade de **absorver líquidos e nutrientes**.

O volume de líquidos absorvidos é elevado, ocorrendo a **manutenção do equilíbrio hídrico**, sendo uma das funções mais importantes da evacuação.

Este recebe secreções produzidas pelo pâncreas e vesícula biliar.

O **desequilíbrio hídrico** deste sistema, ocorre quando aparece um comprometimento da absorção normal dos órgãos.



11

11

Factores que estimulam a evacuação

- Ambiente livre de stress, permitindo ao utente ficar relaxado;
- Capacidade de manter os hábitos pessoais regulares;
- Dietas ricas em fibras vegetais favorecem o peristaltismo e desenvolvem o reflexo da evacuação;
- Atividade física;
- Ingestão abundante de líquidos, principalmente água.



12

12

Factores que comprometem a evacuação

- O stress emocional acelera o processo digestivo, aumentando o peristaltismo provocando diarreia ou distensão gasosa;
 - Ignorar o reflexo de evacuar;
 - Dietas ricas em gorduras e hidratos de carbono;
 - Pouca ingestão de líquidos;
 - Imobilização ou inatividade;
 - Dor ao evacuar;
 - Pós-operatório.
- Usos de medicamentos prolongados, como os próprios laxantes, pode causar alteração do tónus da musculatura intestinal, diminuindo o peristaltismo;



13

Alterações intestinais mais frequentes

Obstipação

Eliminação de fezes *endurecidas e ressequidas*, que requer esforço físico para evacuar.

É uma diminuição da frequência da evacuação com intervalos *maiores que três dias*.

Impactação de fezes ou fecalomas

Resultado da obstipação prolongada, com *acúmulo de fezes muito endurecidas* que não podem ser eliminadas e ficam retidas no recto.



14

Alterações intestinais mais frequentes

Diarreia

Aumento da frequência das evacuações e na eliminação de *fezes líquidas, ainda não formadas*.

Esta precisa de ser revertida, pois corre-se o risco de *desidratação*.

Pode ser causada por um processo *infeccioso ou inflamatório* devendo ser descoberta a sua origem e tratada convenientemente.

Incontinência fecal

Incapacidade em controlar a eliminação de fezes ou gases pelo ânus.

Para ter controle da evacuação, é *necessário integridade neuropsicológica e muscular* no esfíncter anal, que fica comprometido no paciente idoso.

Flatulências

É o *acúmulo de gases* no intestino provocando distensão da parede intestinal.

15

15

Cuidados na Eliminação

16

16

Cuidados na eliminação

- Manter a pele limpa e seca, não só como medida preventiva das Úlceras de pressão, mas também para conforto do idoso;
- Recorrer ao uso de fraldas ou pensos para incontinentes;



- Mudar frequentemente a fralda e a roupa da cama se esta estiver molhada ou suja;
- Utilizar também no caso de incontinência cremes à base de vitamina A e Óxido de Zinco, para prevenir irritações da pele; por vezes é necessário acrescentar um anti-fúngico pois pode estar presente uma candidíase;
- Se tiver algália, efetuar higiene perineal pelo menos uma vez por dia;

17

17

Cuidados na eliminação

- Estimular a micção com a estimulação supra-púbica ou torneira de água a correr, ou o utente a mexer na água;
- Criar condições ambientais para a eliminação na cama;
- Promover a independência o mais precoce possível;



- Providenciar condições para o uso do wc, como cadeira, barras de apoio, altura adequada da sanita, luminosidade...
- Alertar o enfermeiro, no caso de o utente não urinar há longas horas;



18

18

Cuidados na eliminação

- Vigilância da frequência das evacuações assim como as suas características e possíveis anomalias;
- Adequar o tipo de dieta de acordo com as características das fezes;
- Promover a higiene do períneo após a eliminação;
- Favorecer um padrão diário para evacuar;
- Estimular o peristaltismo através da Manobra de Rosing, feita com a palma das mãos da direita para a esquerda, 30 minutos após as refeições;

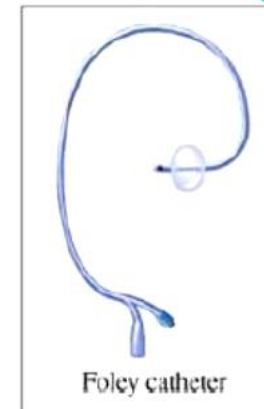


- Incentivar o utente a deambular ou a mexer-se na cama.

19

19

Catéter vesical, Catéter urinário ou Algália



20

20

Cuidados com os dispositivos urinários

- Lavar sempre as mãos antes e depois de manusear estes dispositivos;
- Verificar se o tubo de drenagem não fica dobrado e se o saco colector está abaixo do nível do doente, para que a drenagem se faça no sentido da gravidade;



- Despejar o saco colector uma vez por turno, não esquecendo de registar o conteúdo drenado, características da urina e alguma possível anomalia detetada;
- No caso de Incontinência urinária, incentivar a contração dos músculos do períneo - exercícios de Kegel;
- Oferecer sempre que solicitado ou em caso de esquecimento a arrastadeira ou o urinol;



21

21

Estomas



urostomia

colostomia

ileostomia

Estoma urinário em que o intestino delgado comunica com o exterior

Feces líquidas

Estoma urinário em que o aparelho urinário comunica com o exterior

Urina

Estoma urinário em que intestino grosso comunica com o exterior

Feces de consistência pastosa

- Procedimento cirúrgico feito de urgência ou planejado.
- Exteriorização de um segmento intestinal.
- Nos primeiros dias após a cirurgia este encontra-se inchado, mas depressa regride.
- Tem uma coloração semelhante à mucosa da boca.

22

22

Cuidados com os estomas

- Lavar bem as mãos, antes e depois do procedimento;
- Usar luvas;
- Limpar com soro fisiológico e secar bem com compressas;
- Utilizar um protetor da pele;



- Tirar a medida do diâmetro do estoma e cortar base do saco com essa medida;
- Não deixar ficar ar;
- Mudar sempre que o saco esteja cheio;
- Se tiver uma coloração fora do normal, se a pele à volta do estoma se encontrar macerada solicitar o apoio do enfermeiro de família.

23

23

CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

Helena Correia

1

Objetivos da alimentação

- Formar, conservar e construir células, tecidos, órgãos.
- Desenvolver-se até ficar adulto, reparar as destruições que sofre permanentemente.
- Possibilitar a gravidez e o aleitamento.
- Manter-se vivo, ou seja, realizar reações biológicas próprias e produzir calor de modo a manter a temperatura corporal dentro dos limites que permitem essas reações.
- Desempenhar atividades físicas, sensoriais e intelectuais próprias da vida em comunidade.
- Favorecer um bom funcionamento digestivo.
- Criar reservas energéticas e nutricionais para emergências e intervalos entre as refeições e responder as exigências motivadas pela doença e pela sua convalescença.

2

2

Alimentação na Terceira Idade



- As necessidades calóricas diminuem de 20% a 25% entre os 50 e os 65 anos. Por este motivo, é essencial **reduzir o consumo de calorias não nutritivas**, como o açúcar, o álcool ou a gordura.
- Muitos idosos tem dificuldade em mastigar, além disso, azia, prisão de ventre, intolerância a lactose e outros problemas digestivos aumentam com a idade. Tudo isso faz com que eles se alimentem de forma deficiente.
- Há que ter a preocupação em preparar alimentos de pouco volume e calorias concentradas que sejam ricas em proteínas, vitaminas e minerais, e que são preparados de um modo saboroso e vistoso.
- A **carência proteica** do idoso surge sobretudo por fatores **econômicos e sociais**, estados depressivos, **anorexia**, **mau estado de dentição**.

3

3

Alimentação na Terceira Idade



- As grandes quantidades de gordura** ingeridas contidas na nossa dieta mediterrânica, leva à presença de colesterol no sangue e consequentemente ao aparecimento da Arteriosclerose.
- Os **Hidratos de carbono** são os responsáveis pelo fornecimento de energia, indispensável para a atividade muscular.
- O seu consumo deve ser sob a forma de hidratos de carbono complexos (amidos). Estes estão presentes em muitos alimentos de origem vegetal.
- O consumo de gorduras deve restringir-se às de origem vegetal (azeite e óleos ricos em ácidos gordos mono e poliinsaturados), reduzindo ao máximo as de origem animal (manteiga, banha, enchidos, gema de ovo) e com colesterol alto.

4

4

Alimentação na Terceira Idade



- O consumo de **Vitaminas** não deve diminuir com o avanço da idade.
 - A melhor maneira de assegurar o seu aporte é tendo uma dieta variada.
 - Poderá haver necessidade em recorrer a produtos farmacêuticos polivitamínicos de tipo gerátrico.
- Vitamina D** ⇨ a sua carência deve-se à falta de exposição ao sol e regimes alimentares monótonos;

Vitamina B1 ⇨ a sua carência deve-se a uma alimentação pouco diversificada ou ao abuso de açúcares refinados;

Vitamina B12 ⇨ a sua carência pode levar a uma situação comum no idoso, a anemia;

Vitamina C ⇨ a sua carência deve-se a regimes alimentares pobres em frutas e vegetais;

Vitamina E ⇨ a sua carência pode originar problemas na visão.

5

5

Alimentação na Terceira Idade



- O consumo de **Minerais** não deve diminuir com o avanço da idade.
- Cálcio** ⇨ são necessários 800mg diários. Nos casos de Osteoporose, as necessidades situam-se à volta dos 1000mg por dia;
- Iodo** ⇨ a sua ausência nas dietas diárias ocasiona frequentemente estados de hipotireoidismo;

Ferro ⇨ as necessidades de ferro aumentam para os Idosos, para combater as anemias tão frequentes nestas idades. As anemias resultam de uma dieta monótona desprovida de carne, ovos, cereais e legumes verdes;

Sódio ⇨ o seu excesso prende-se com o aparecimento da hipertensão e com a insuficiência cardíaca. O regime alimentar não deve conter mais de 4 gramas de sal comum por dia.

6

6

Alimentação na Terceira Idade



- Os Idosos necessitam de quantidades adequadas de **líquidos e de fibras**, a fim de evitar a obstipação.
- Nesta idade há uma tendência para a desidratação. Há que ingerir líquidos em quantidades suficientes, tendo o cuidado de os dar também no intervalo das refeições.
- O aporte hídrico deverá assegurar uma diurese mínima de 1,5L por dia.

Em pacientes **febris**, com **vômitos**, **diarrela** ou **polúria** há uma maior necessidade de líquidos, assim como para os Idosos que utilizam **diuréticos**. O mesmo acontece nos **ambientes quentes**, que trazem uma maior necessidade de líquidos.

Relativamente às fibras, elas devem estar presentes na dieta diária, nomeadamente nas frutas, vegetais e cereais.

7

7

Conceito de hidratação



A água constitui cerca de 50% a 60% da massa corporal de adultos, o que corresponde a aproximadamente 42 litros num indivíduo de 70 kg.

Trata-se da ingestão ou introdução de água ou de outro líquido no organismo.

8

8

Conceito de hidratação

- A hidratação adequada é fundamental para o funcionamento do nosso corpo em harmonia, e para isso a **ingestão de líquidos** deve ser constante e ao longo do dia, pois já que utilizamos tanto esta substância, precisamos frequentemente repor os líquidos que perdemos.
- Quando sentimos sede significa que já estamos a **desidratar** e o organismo está a dar um sinal para ingerir água.



ATAVA

9

Importância da hidratação

Sem água não há vida. A todo instante temos diversas reações químicas que ocorrem no nosso organismo, sendo que muitas dessas reações necessitam de água.

Essas reações dependentes de água são vitais para manter o organismo em equilíbrio.

A todo instante **eliminamos água do nosso corpo**, seja pelo **suor** (para manter o controle da temperatura corporal), **urina** ou até mesmo pela **respiração**.

A **água ingerida é absorvida**, e pela corrente sanguínea vai sendo **distribuída** com os outros nutrientes para **todas as células do nosso organismo**, com isso ela chega a células que formam os nossos órgãos e tecidos, **hidratando-as e nutrindo-as**, proporcionando um funcionamento adequado dos nossos órgãos, além de manter pele e cabelos hidratados.



10

10

Importância da hidratação

A ingestão de água, associada ao consumo de fibras, é essencial para **um bom funcionamento do intestino**.

As fibras em contato com a água aumentam de tamanho, auxiliando a formar um bolo fecal mais volumoso, que **aumenta a velocidade dos movimentos intestinais** para eliminar as fezes, garantindo assim um funcionamento intestinal regular.

O intestino é responsável também pela **eliminação de toxinas do organismo**, processo este que também necessita de água para seu funcionamento adequado.



11

11

Importância da hidratação

Recomenda-se ingestão de uma média de 2 a 3 litros de líquidos, de preferência água.

É claro que a água está incluída em outros alimentos como: fruta, legumes e verduras, além de chás.

Deve-se evitar a adição de açúcar e adoçantes artificiais nestes líquidos.



Não devemos considerar e incorporar alimentos como refrigerantes e sumos industrializados como parte da hidratação, pois estes alimentos carregam junto com a água **substâncias prejudiciais** ao nosso organismo.

Evitar o consumo de bebidas isotônicas, pois estas bebidas apresentam indicações específicas, como a **reposição de minerais para atletas** e em caso de **desidratação por vômitos e diarreia**.

12

12

Cuidados na alimentação

A ajuda e colaboração na alimentação dos utentes depende de vários factores:

- Se o utente é independente, dependente parcial ou totalmente;
- Da idade do utente;
- Das doenças que afetam o doente.



13

13

Cuidados na alimentação

- Manter os cuidados de higiene relativamente a alimentação;
- Lavar as mãos antes de manipular alimentos;
- Auxiliar ou lavar as mãos do utente antes e depois da refeição;
- Confirmar se a dieta é adequada para o utente;
- Verificar se os alimentos se encontram em bom estado de conservação antes de os distribuir;
- Procurar dar ao tabuleiro / prato a ser servido uma boa apresentação, de forma a estimular o apetite;

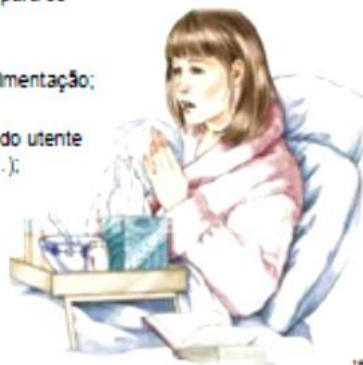


14

14

Cuidados na alimentação

- Ajudar ou colocar o utente numa posição confortável para se alimentar;
- Comunicar com o utente enquanto colabora na sua alimentação;
- Preparar os alimentos de acordo com as dificuldades do utente (tirar espinhas, partir os alimentos, descascar a fruta...);
- Dar comida a boca se necessário;



15

15

Cuidados na alimentação

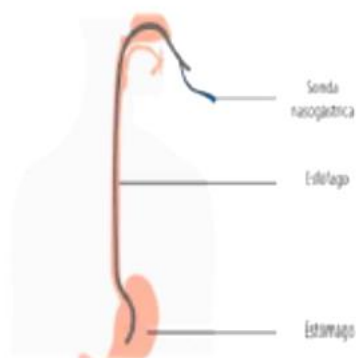
- Confirmar se o utente se alimentou adequadamente, no caso deste ser independente na alimentação;
- Arrumar e lavar adequadamente todo o material utilizado;
- Registar intercorrências que surjam durante a alimentação (vômitos, engasgamento...).



16

16

Outras vias de alimentação Sonda nasogástrica

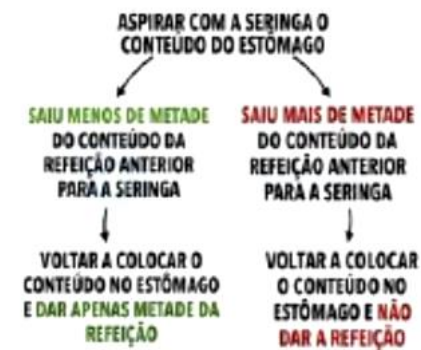


- A sua colocação é exclusivamente para técnicos habilitados;
- Não tentar reintroduzir se esta se exteriorizou ou desloçou (o adesivo que a segura descolou-se);
- Caso haja alguma intercorrência (vômitos, obstrução, movimentação, exteriorização...) deve-se solicitar o apoio do centro de saúde (enfermagem).

17

17

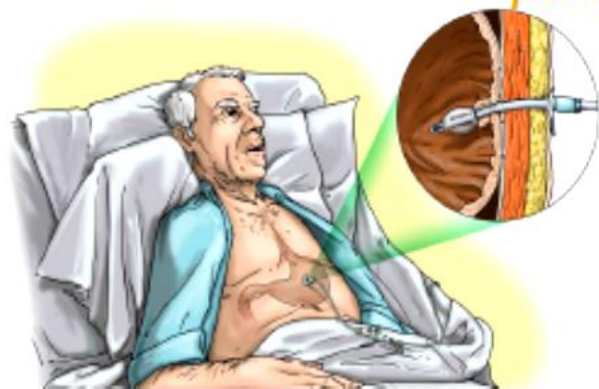
Outras vias de alimentação Sonda nasogástrica



18

18

Outras vias de alimentação Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)



19

19

Outras vias de alimentação Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)



- Para alimentar a pessoa;
- Para higienizar a zona de inserção da gastrostomia.

20

20

CUIDADOS NA HIGIENE E CONFORTO



Helena Correia

1

Cuidados de higiene e conforto a pessoas dependentes

2

Introdução

O utente deve ser auxiliado nos cuidados de higiene à medida das suas capacidades, isto é, não é benéfico para ele ser substituído nas funções que conseguir desempenhar.

Assim, ele é considerado:

- **Independente:** quando não precisa de ajuda na higiene, necessitando apenas de vigilância e/ou incentivo.
- **Semi-dependente:** quando lava a maior parte do corpo, necessitando de alguma ajuda. Nesta situação, o cuidador deve: aconselhar a pessoa a lavar as partes que é capaz; fornecer o material que ele precisar, e ajudá-lo naquilo que ele tiver dificuldade.
- **Dependente:** quando não é capaz de cuidar de si, necessitando de ajuda total do cuidador.

3

Introdução

A higiene pode ser:

- **Parcial:** É aquela que tem em conta os cuidados específicos de cada parte do corpo, frequentemente as regiões com secreções abundantes e que carecem de uma higiene mais frequente (cara e boca, mãos, axilas, pés e genitais).
- **Total:** consiste no banho total, completo, desde a higiene ao corpo até ao cortar das unhas e cuidados com o cabelo.
- Na **cama** ou no **chuveiro**, consoante as características da pessoa de quem se cuida.



4

Conceito de higiene

- São um conjunto de procedimentos que permitem o **conforto físico e psicológico**;
- Não só tem a ver com um ambiente saudável, mas também com um sentimento de bem estar;
- Esta previne as **infecções**;
- A medida que envelhecemos e/ou quando estamos doentes, esta capacidade de nos auto cuidarmos vai diminuindo e obviamente carecemos de cuidados de higiene.

5

Conceito de higiene corporal

A pele tem milhões de glândulas especiais que produzem suor (sudoríparas), e outras que produzem oleosidade (sebáceas).

Uma **deficiente ou inexistente** higiene corporal provoca o acumulo progressivo dessas substâncias, que se somam à sujidade exterior (poeiras, terra, areia, etc.).

A **higiene corporal** visa a remoção dessa sujidade e de odores indesejados existente no nosso corpo com vista à **saúde e bem estar**.

A **consequência** da sua ausência é o aparecimento de vermelhidão na pele, além do odor desagradável, o risco de aparecimento de piolhos e sarna, micoses, seborreia, **infecções** urinárias, corrimento vaginal, etc.

6

A importância da higiene e conforto para a saúde da pessoa

- Assegurar a limpeza do corpo de forma a manter a **integridade da pele**, ou seja, prevenindo o aparecimento de feridas e outras lesões.
- Assegurar o **bem estar e auto estima** do utente;



- Promover o **relaxamento**;
- Estimular a **atividade motora** (articulações e músculos);
- Incentivar o **auto cuidado** do paciente.

7

Alguns aspectos importantes

- Ter em atenção os hábitos de **higiene** do paciente;
- Explicar-lhe o **porquê** daquela rotina, procurando adaptar este ato aos seus hábitos;
- Pode não ser necessária a **higiene total** todos os dias, optando pela **higiene parcial** (face, boca, região genital...);
- Para além da **higiene** ter em atenção a **promoção da auto estima** da pessoa incentivando a pentear-se, escolher a roupa, uso de maquilhagem... perfumar-se...



↓
Ajuda à
melhoria do
seu estado

8

Aspetos a ter em conta durante a higiene

- Respeitar a privacidade (sem pessoas estranhas a assistir) a dignidade e os valores culturais do utente ;
- Valorização deste ato, como um meio de promoção da melhoria do seu estado.
- Ambiente acolhedor (temperatura do quarto, sem correntes de ar...);
- Respeitar a intimidade, o pudor;
- Estabelecer uma conversa interessante com o utente de forma a atenuar o acanhamento;



9


Cuidados durante a higiene

- Promover a Independência / autonomia (não substituir a pessoa se esta tem capacidade para o fazer), ou seja, **promover o auto cuidado**;
- Promover a **Integridade da pele** (secar bem as pregas cutâneas e espaços Interdigitais, massajar o corpo com um creme);
- Observar possíveis **alterações cutâneas** (Integridade da pele: úlceras de pressão, assaduras, Inchaço...);
- Promover a **mobilização das articulações e a atividade muscular**;

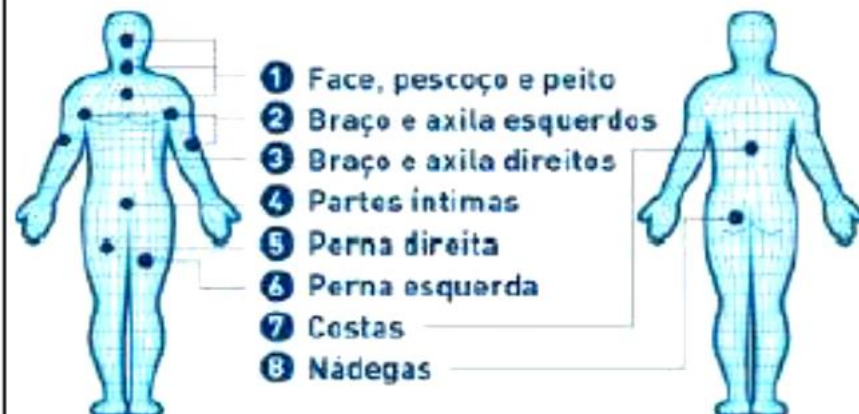


10

Cuidados durante a higiene

- Promover uma relação Interpessoal com o utente, ou seja: **explicar o que se vai fazer, incentivar a sua colaboração**;
- Ter em atenção o **material Invasivo** da pessoa (sonda nasogástrica, PEG, algália, pensos...);
- Não esquecer de preparar todo o material previamente;
- Iniciar a higiene pela cabeça em direção aos pés, partindo da parte mais limpa para a mais suja. 
- O cabelo deve ser bem seco e em seguida pentear;

11



12

Cuidados com o vestuário

- Escolher a roupa tendo em conta a temperatura do meio ambiente;
- Solicitar à família roupa confortável e larga com abertura à frente ou atrás e sapatos fechados atrás;
- Se a pessoa tem o braço sem movimento vestir primeiro o membro afetado, despindo primeiro o membro sã;
- Quando a pessoa tem uma perna sem movimento, vestir primeiro o membro afetado, despindo primeiro o membro sã.



13

Banho no leito

- Lavar as mãos, colocar avental e calçar as luvas;
- Preparar o material e equipamentos;
- Dobrar a roupa limpa e colocá-la na cadeira pela ordem que vai ser utilizada;
- Oferecer o urinol ou arrastadeira;
- Posicionar a pessoa virada para cima;
- Temperar a água adequadamente;
- Despir a pessoa, mantendo as partes que não estão a ser limpas tapadas com uma toalha ou lençol;
- Se houver necessidade de lavar o cabelo, não se deve despir logo a pessoa;
- Cobrir as partes limpas com roupa lavada;

14

Preparação do material

- Luvas e aventais descartáveis
- Manípulos
- Gel de banho e champô
- Bacia com água tédpa (se for banho no leito)
- Toalha de banho
- Creme hidratante e hipoalergénico
- Escova ou pente
- Escova de dentes e dentífrico
- Fraldas descartáveis
- Roupa limpa para a cama e para a pessoa

Equipamento necessário

- Mesa de apoio
- Cadeira para a roupa
- Cadeira de banho (caso seja banho no chuveiro)
- Secador



15

Banho no leito

- Nos homens, fazer a barba, se necessário e se ele não conseguir fazê-lo;
- Iniciar a higiene com a limpeza dos olhos somente com água;
- Seguidamente lavar a face, ouvidos com uma manípula embebida em água e sabão;
- Seguir o esquema anteriormente referido (podera ser necessário realizar higiene perneal antes de tudo);
- Ao lavar a região perneal (pode ser utilizada uma arrastadeira);
- Ao longo deste processo vai-se secando a pessoa com uma toalha;
- Colocar a roupa lavada e a fralda (se necessário), fazendo a cama;



16

Banho no leito

- Aplicar creme hidratante e vestir;
 - Pentear;
 - Arrumar e limpar o meio envolvente;
 - Retirar as luvas, o avental e lavar as mãos;
 - Proceder à higiene oral.
- Ter em conta os cuidados às mãos e aos pés.

Nota:

- Não esquecer que poderá haver necessidade em substituir as luvas.
- Trocar a água da bacia sempre que necessário;

17

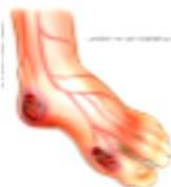
Cuidados às mãos e pés

- Servem para prevenir a infeção ou inflamação, evitar traumatismos devido a unhas encravadas e evitar a acumulação de sujidade...
- Preparar o material: ...tesoura, corta-unhas, creme para os pés...estofante...
- De preferência durante o banho colocar os pés numa bacia com água, lavando as unhas e os espaços interdigitais;
- Secar muito bem, especialmente os espaços interdigitais;
- Hidratar com creme as zonas mais secas (calcanhares, calosidades);
- Cortar as unhas (de forma quadrada) e se possível limbas;
- Não cortar calosidades (pode haver hemorragia).

18

Cuidados às mãos e pés

- Ao cuidarmos da higiene do doente muitas vezes encontramos **algumas alterações**: circulatorias, deformidades osseas, lesões provocadas pela diabetes;



19

Banho no chuveiro

- Ter em atenção que a banheira é o local onde ocorrem mais quedas;
- Os chuveiros devem estar apetrechados com barras de proteção;



- Utilizar cadeiras apropriadas.

20

Banho no chuveiro



21

Banho no chuveiro

- Preparar previamente todo o material necessário;
- O banho no chuveiro pode ser realizado pela pessoa que é semi-dependente ou independente;
- A pessoa pode deslocar-se ao WC a pé ou em cadeira de rodas/cadeira de banho;
- Durante o banho pode permanecer em pé (apoiado em barras) ou sentar-se numa cadeira;
- Ter em conta:
 - Não deixar a pessoa sozinha,
 - Não trancar a porta,
 - Ajudar a pessoa a lavar-se, a secar-se e vesti-la.
- Adequar a temperatura da água;



22

Banho no chuveiro

- Começar o banho pela cabeça e seguir a mesma ordem do banho no leito;
- Com o banho no chuveiro não devemos esquecer:
 - Aplicar creme hidratante,
 - Lavar a boca,
 - Verificar se não existem secreções, feridas, caspa ou parasitas,
 - Cortar as unhas, cuidar dos cabelos e toda a aparência da pessoa.

23

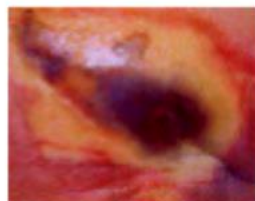
Cuidados a ter para prevenir
as Úlceras de pressão
(escaras)

24

As Úlceras de Pressão Introdução

A **úlcera de pressão** é uma área localizada de **morte celular** que tende a surgir quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo.

As úlceras por pressão são lesões cutâneas que surgem em consequência de uma **falta de irrigação sanguínea** e de uma **irritação da pele** que reveste uma saliência óssea, nas zonas em que esta foi pressionada contra uma cama, uma cadeira de rodas, um molde, uma tala ou outro objeto rígido durante um período de tempo.

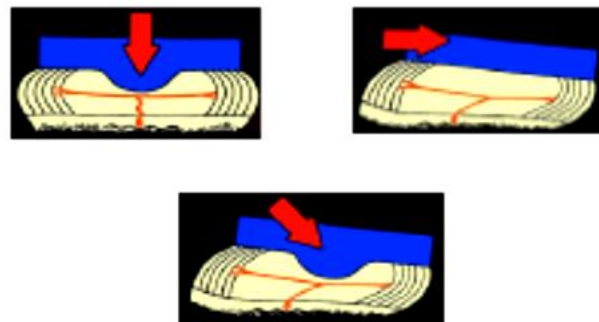


25

25

Processo de desenvolvimento

O processo de desenvolvimento de úlcera de pressão deve-se a **pressão e/ou forças de deslizamento**.

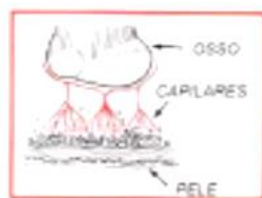


26

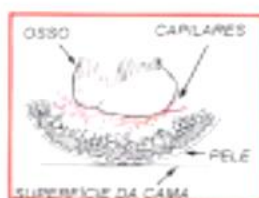
26

Processo de desenvolvimento

Quando algum destes fenómenos está presente, podem desenvolver-se úlceras de pressão.



CAPILARES SEM
EXCESSO DE PRESSÃO



CAPILARES COM
EXCESSO DE PRESSÃO

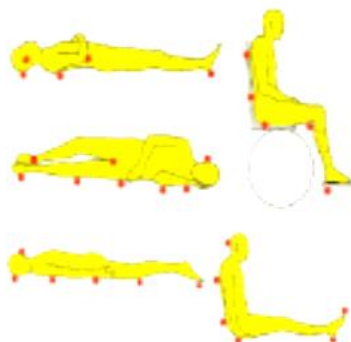
27

27

Processo de desenvolvimento

Os locais onde é mais frequente surgirem úlceras de pressão são a **região da sacro**, **região trocântérica** e **calcânhares**.

Qualquer zona do corpo que esteja sujeita a uma pressão não aliviada é passível de desenvolver úlcera de pressão (cabeça, orelhas, braços, pernas, etc.).



28

28

Classificação

As úlceras de pressão classificam-se em 4 graus, conforme os tecidos que atingem. Quanto mais profundo for o atingimento, mais elevado é o grau e mais grave é a úlcera de pressão.

Os graus de classificação das úlceras de pressão são:



Úlcera de Pressão de Grau 1:
Eritema não branqueável
Eritema não branqueável em pele íntacta.

29



Úlcera de Pressão de Grau 2:
Flictena

Destruição parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.



Úlcera de Pressão de Grau 3:
Úlcera superficial

Destruição total da pele envolvendo necrose do tecido subcutâneo.

30



Úlcera de Pressão de Grau 4: Úlcera profunda

Destruição extensa, necrose tecidual; ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele.

31

Fatores de risco

- **Intensidade da pressão:** Quanto maior é intensidade da pressão, maior é o risco de desenvolver úlcera de pressão.
- **Duração da pressão:** Quanto mais tempo durar a pressão, maior é o risco de úlcera de pressão.
- **Tolerância dos tecidos para suportarem a pressão:** Quanto menor for a tolerância da pele para suportar a pressão maior é o risco de úlcera de pressão.
- **Humidade da pele:** Quanto mais húmida for a pele maior é o risco de úlcera de pressão.

32

Fatores de risco

- **Perda de sensibilidade:** Quanto menor for a sensibilidade maior é o risco de úlcera de pressão.
- **Diminuição da força muscular:** Quanto menor for a força muscular maior é o risco de úlcera de pressão.
- **Diminuição da mobilidade:** Quanto menor for a mobilidade maior é o risco de úlcera de pressão.
- **Incontinência:** A presença de incontinência (urinária e fecal) aumenta o risco de úlcera de pressão.

33

33

Fatores de risco

- **Hipertermia (febre):** Aumenta o risco de úlcera de pressão.
- **Anemia:** Aumenta o risco de úlcera de pressão.
- **Desnutrição proteica:** Aumenta o risco de úlcera de pressão.
- **Tabagismo:** Aumenta o risco de úlcera de pressão.
- **Idade avançada:** Aumenta o risco de úlcera de pressão.

34

34

Cuidados com a pele

- A pele deve ser limpa no momento em que se sujar ou em intervalos de rotina.

A frequência de limpeza da pele deve ser individualizada de acordo com a necessidade da pessoa.

- A pele seca deve ser tratada com cremes hidratantes.



- Evitar massagens nas proeminências ósseas.

Acreditava-se que a massagem em regiões ruborizadas auxiliavam a melhorar o fluxo sanguíneo. As evidências atuais sugerem que massagem pode causar mais danos.

35

35

Cuidados com a pele

- Minimizar a exposição da pele à humidade devido a incontinência urinária, transpiração ou drenagem de feridas.

Quando essas fontes de humidade não podem ser controladas, deve-se usar fraldas descartáveis que mantenham seca a superfície em contacto com a pele. Agentes tópicos que agem como barreira para humidade como cremes, películas protetoras ou óleos também podem ser usados.



36

36

Cuidados com a pele

- As lesões da pele devem ser minimizadas através de um posicionamento adequado uso de técnicas corretas para transferência e mudança de posição.

Os utentes não devem ser "arrastados" durante a movimentação, mas sim "levantados", utilizando-se o lençol móvel.



37

37

Cuidados com a pele

- Quando indivíduos aparentemente bem nutridos desenvolvem uma ingestão inadequada de proteínas ou calorias, os profissionais devem primeiro tentar descobrir os fatores que estão a comprometer a ingestão e então oferecer uma ajuda na alimentação.



As vezes outros suplementos nutricionais podem ser necessários.



38

38

Cuidados com a pele

- Se existe um potencial para melhorar a mobilidade do indivíduo e o estado de atividade, esforços de reabilitação física devem ser instituídos.

A manutenção do nível atual de atividade, mobilidade e amplitude de movimentos é uma meta apropriada para maior parte dos indivíduos.



39

39

Qualquer situação que ocorra, nomeadamente alterações na pele, ou outras dúvidas relativas a qualquer situação que envolva o bem-estar do utente, deve ser referenciada junto do enfermeiro ou médico do utente.

40

40

TÉCNICAS DE MOBILIZAÇÃO

41

41

Aspetos gerais a ter em conta na mobilização

O nível de assistência exigido pela pessoa

- Uma pessoa não cooperante (um tetraplégico, uma pessoa de idade acamada, a resistência desta a mobilização, etc.) necessita de uma elevação mecânica.
- Um utente com capacidade e vontade de suportar parcialmente o seu próprio peso pode ser capaz de se movimentar da cama para uma cadeira utilizando um dispositivo que o ajude a levantar-se.



42

42

Aspetos gerais a ter em conta na mobilização

O tamanho e o peso da pessoa

- Pode ser demasiado pesada para ser levantado pelo prestador de cuidados sem ajuda mecânica.

A capacidade e a vontade do utente em compreender e cooperar

Condições clínicas que possam influenciar a escolha dos métodos de levante ou posicionamento

- Feridas abdominais, contraturas, presença de tubos ou gravidez aumentam o risco das tarefas de transferência ou posicionamento.

43

43

Aspetos gerais a ter em conta na mobilização

Dificuldade em sustentar o corpo do paciente

- Os corpos dos pacientes possuem uma distribuição assimétrica do peso e não possuem áreas estáveis para agarrar.



Estado de consciência da pessoa

- Os pacientes podem estar num estado de agitação, rebeldia, não reação ou podem oferecer graus de cooperação limitados, aumentando o risco de lesão dos profissionais.

44

44

Aspetos gerais a ter em conta na mobilização

Prevenção de lesões

- O ambiente físico e/ou estrutural dos cuidados pode exigir posições e posturas incorretas que aumentam a suscetibilidade de desenvolver uma lesão músculo-esquelética.



45

45

Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização

1. Procurar sempre a ajuda quando necessário

- As mobilizações que envolvem doentes imobilizados devem ser executadas por vários cuidadores (no mínimo dois) e, se necessário, com recurso a um lençol colocado por baixo do doente ou, melhor ainda, utilizando meios auxiliares específicos, tais como lençóis deslizantes.



46

46

Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização

2. Antes de iniciar qualquer tipo de atividade de mobilização, o cuidador deve posicionar-se o mais perto possível da cama do paciente

- Não é necessário inclinar-se ou estender-se sobre a cama durante a operação de levantar e transferência do doente, nem fazer esforços físicos desnecessários enquanto as costas estiverem fletidas ou torcidas.



47

47

Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização

3. Antes de iniciar qualquer tipo de operação de mobilização, explicar o procedimento ao doente e incentivá-lo a cooperar o máximo possível no decurso desta atividade

Esta atitude é vantajosa para ambos:

- Para o doente, porque poderá melhorar o seu tônus muscular;
- Para o prestador de cuidados, uma vez que o doente, sendo capaz de se movimentar, mesmo que ligeiramente, poderá executar ele próprio algumas operações, bastando ao prestador de cuidados orientar os seus movimentos.



48

48

Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização

4. Manter uma postura correta durante as operações de mobilização de doentes

- Antes de iniciar o levante ou a transferência do doente, o prestador de cuidados deve posicionar-se com as pernas ligeiramente afastadas e um pé colocado ligeiramente à frente a fim de assegurar uma base de apoio mais ampla.
- No levante do doente, devem ser utilizados preferencialmente os músculos das pernas e das ancas em vez dos músculos da parte



superior do corpo, primeiro fletindo e depois estendendo lentamente os joelhos ao levantar o doente.

49

49

Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização

4. Manter uma postura correta durante as operações de mobilização de doentes

- A coluna vertebral deve ser mantida numa posição de acordo com a sua curva natural, tendo o cuidado de evitar sobrecargas ao alongar ou fletir.
- O prestador de cuidados deve sempre tentar deslocar o seu peso de acordo com o movimento que está a executar.



50

50

Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização

5. Segurar firmemente durante as operações de mobilização de doentes

- Nunca agarrar a pessoa apenas com os dedos;
- Utilizar toda a mão e tentar identificar as zonas que permitem segurar firmemente.
- Agarrar o doente envolvendo a zona pélvica, a cintura ou as omoplatas;
- Nunca agarrar o paciente pelos braços ou pelas pernas.
- Para segurar com mais firmeza, alguns cuidadores poderão necessitar de agarrar nas calças de pijama do doente ou, melhor ainda, utilizar meios auxiliares específicos, por exemplo, cintos com pegas.



51

51

Princípios básicos aplicáveis às técnicas de mobilização

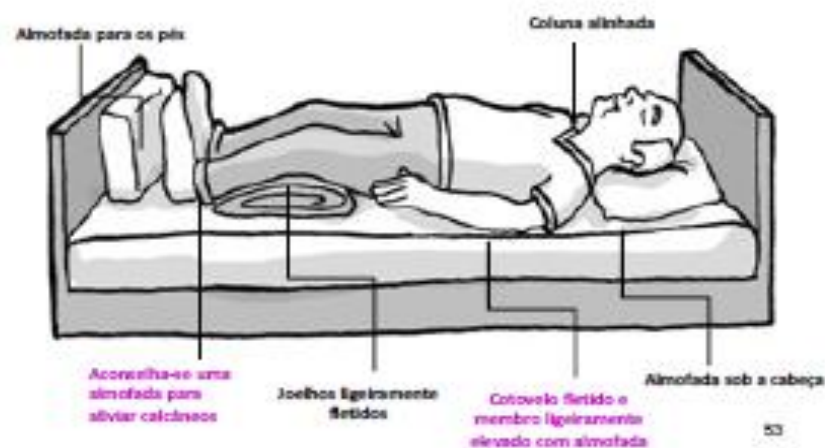
6. Usar calçado e vestuário adequados

- É importante usar calçado com boa aderência; não se recomenda o uso de sapatos de salto alto, socas ou chinelos.
- O vestuário não deve restringir os movimentos do cuidador.

52

52

Decúbito dorsal



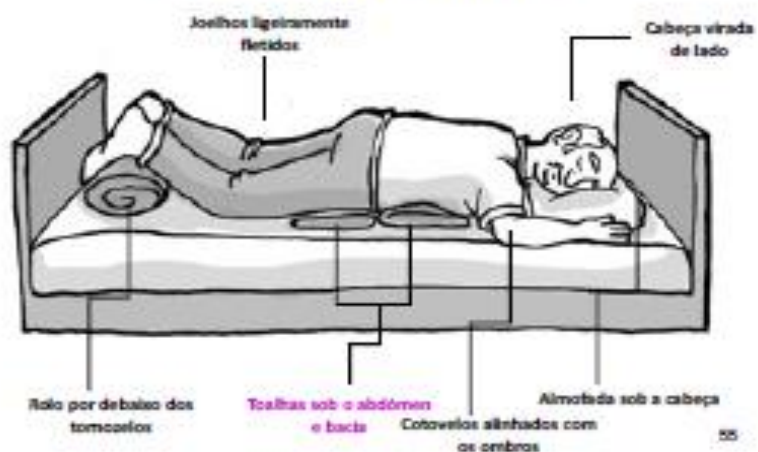
53

Decúbito lateral



54

Decúbito ventral



55

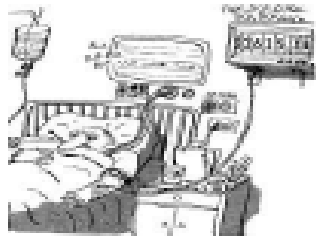
TÉCNICAS DE
TRANSFERÊNCIA

56

56

Princípios a aplicar nas transferências

- Avaliar o grau de consciência, o grau de dependência, a vontade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados.
- Orientar o paciente com vista à sua colaboração.
- Utilizar calçado adequado (antiderrapante) e vestí-lo convenientemente.
- Examinar o local e remover os obstáculos.
- Observar a disposição do mobiliário.
- Obter condições seguras com relação ao piso.
- Colocar o suporte de soro ao lado da cama, quando necessário.



57

57

Princípios a aplicar nas transferências

- Elevar ou abaixar a altura da cama, para ficar ao mesmo nível da maca.
- Travar as rodas da cama, maca e cadeira de rodas ou solicitar auxílio adicional.
- Adaptar a altura da cama ao trabalhador e ao tipo de procedimento que será realizado.
- Utilizar equipamentos auxiliares e adaptar as condições do ambiente cada paciente em particular:
 - Colocar barras de apoio em wc
 - Elevar a altura da sanita (compensadores de altura)
 - Utilizar cadeira de rodas própria para banho ou higiene.

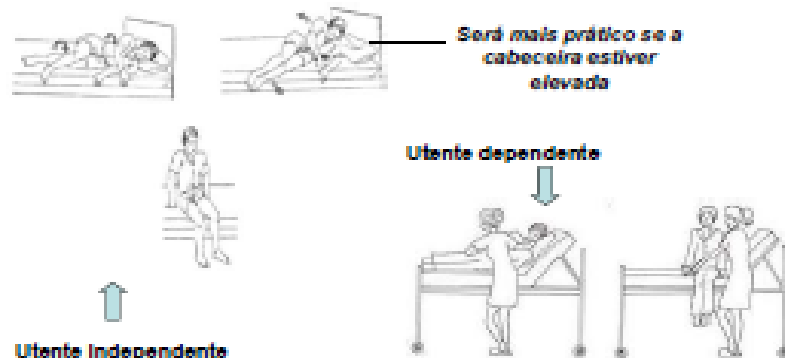


58

58

Tipos de transferências

Sentar na cama e levantar



59

59

Tipos de transferências

Sentar na cama e levantar



Avaliar a capacidade do doente para se manter em pé.

Usar de preferência acessórios para minimizar riscos de lesões.



60

60

Tipos de transferências

Transferência da cama para a cadeira



- Preparar previamente o doente e o ambiente físico.
- Se existirem, utilizar acessórios disponíveis: cintos, plataformas giratórias ou elevadores...



61

61

Tipos de transferências

Transferência da cama para a cadeira

O paciente pode executar essa transferência de uma forma **independente** ou com uma pequena ajuda, utilizando uma **tabua de transferência**.

- Posicionar a cadeira próxima a cama. Elas devem ter a mesma altura.
- Travar a cadeira e o leito, remover o braço da cadeira e elevar o apoio dos pés.
- Posicionar a tabua apoiada seguramente entre a cama e a cadeira.



62

62

Tipos de transferências

Transferência da cama para a maca



Utilizar dispositivos disponíveis: transferes, resguardos de pano, "easyslide".

63

63

Ajudas técnicas

Para o wc



64

64

Ajudas técnicas

Para deambular



Ajudas técnicas

Para a cama



Ajudas técnicas

Para transferências



APÊNDICE 10

Questionário de Satisfação

Questionário para avaliação das sessões formativas

Este questionário destina-se simplesmente a avaliar o efeito e a satisfação das sessões de formação sobre as Auxiliares da Ação Direta. Coloque uma cruz na resposta que lhe parece mais adequada, em que 1 corresponde a nada e 4 a totalmente.

A. Apreciação global

1 O nível de conhecimentos com que iniciei a formação era:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 As minhas expectativas em relação à formação foram satisfeitas:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Considero útil esta formação para a minha prática profissional:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Apreciação dos conteúdos e formação

1 Considero os assuntos abordados interessantes:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Acho que a duração de cada sessão foi suficiente:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Durante as sessões tive oportunidade em esclarecer dúvidas com a formadora e partilhar experiências com as colegas:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Considero que a formadora abordou de forma clara e simples as temáticas:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados e suficientes para esta formação:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Adquiri mais conhecimentos em relação aos seguintes conteúdos no final da formação, em que 1 corresponde a nada e 4 a totalmente.

1 Higiene e conforto

1. Posicionamento na cama	1	2	3	4
2. Banho na cama	1	2	3	4
3. Banho no chuveiro	1	2	3	4
4. Higiene dos dentes e próteses dentárias	1	2	3	4
5. Higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	1	2	3	4

6. Avaliação da pele e seus cuidados	1	2	3	4
7. Adequação do vestuário ao ambiente	1	2	3	4
8. Vestir e despir	1	2	3	4
9. Mobilização (sentar, transferir, rodar, por de pé...)	1	2	3	4
10. Utilização de equipamentos adaptativos (andarilho, bengala, cadeira de rodas)	1	2	3	4

2 Eliminação

1. Colocação da fralda	1	2	3	4
2. Cuidados ao utente algaliado	1	2	3	4
3. Cuidados ao utente com dispositivo urinário	1	2	3	4
4. Características das fezes e urina	1	2	3	4
5. Despiste de possíveis problemas de eliminação	1	2	3	4

3 Alimentação

1. Preparação de alimentos	1	2	3	4
2. Alimentação oral (por colher)	1	2	3	4
3. Alimentação por sonda nasogástrica	1	2	3	4
4. Alimentação por PEG	1	2	3	4
5. Administração de líquidos	1	2	3	4
6. Adequar a consistência dos alimentos à necessidade da pessoa	1	2	3	4
7. Despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação	1	2	3	4

D. Sugestões:

Grata pela atenção e colaboração dispensada!

Helena Correia

APÊNDICE 11

Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**
de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 e a Convenção de Oviedo

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Peço para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia, a frequentar o Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e sob a orientação do Sr. Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária: “Capacitação das Cuidadoras formais das IPSS para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário”.

Este estudo tem como objetivo:

- Identificar as necessidades de formação das cuidadoras formais das IPSS das freguesias de Cacilhas, Almada e Cova da Piedade, que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes que se encontram no seu domicílio.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com os enfermeiros.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de um questionário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. Solicito desde já o seu preenchimento na totalidade. Este estudo destina-se à obtenção de dados que nos permita identificar as necessidades formativas das cuidadoras formais.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação das pessoas na prestação de cuidados.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à

identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos a estes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo sobre: “Capacitação das Cuidadoras formais das IPSS para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário”.

Agradeço a sua participação.
Enfermeira Helena Correia
Telemóvel para Contacto:
E-mail para contacto: helena@campus.esel.pt

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

Eu, abaixo-assinado, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: **Data:** / / 2018

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**
de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 e a Convenção de Oviedo

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Peça para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia, a frequentar o Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e sob a orientação do Sr. Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária: “Capacitação das Cuidadoras formais das IPSS para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário”.

Este estudo tem como objetivo:

- Identificar as necessidades de formação das cuidadoras formais das IPSS das freguesias de Cacilhas, Almada e Cova da Piedade, que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes que se encontram no seu domicílio.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com os enfermeiros.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de um questionário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. Solicito desde já o seu preenchimento na totalidade. Este estudo destina-se à obtenção de dados que nos permita identificar as necessidades formativas das cuidadoras formais.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação das pessoas na prestação de cuidados.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à

identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos a estes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo sobre: “Capacitação das Cuidadoras formais das IPSS para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário”.

Agradeço a sua participação.
Enfermeira Helena Correia
Telemóvel para Contacto:
E-mail para contacto: helena@campus.esel.pt

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

Eu, abaixo-assinado, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: **Data:** / / 2018

APÊNDICE 12

Pedido de autorização
à autora sobre a utilização do
Questionário

HELENA CRISTINA ALVES DOS SANTO CORREIA <helena@campus.esel.pt>
Para: Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt>

3 de julho de 2018 às 13:10

Bom dia Srª Enfermeira Sofia Militar

Helena Correia, estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Esel, sob a orientação do Sr. Professor José Edmundo Xavier Furtado Sousa, vem por este meio **solicitar a autorização para aplicação do Questionário** por si elaborado no âmbito do seu Mestrado em Enfermagem Comunitária, no ano de 2012.

Trata-se de um questionário, destinado a fazer um Diagnóstico da Situação em contexto de SAD e que se adequa parcialmente aos meus participantes, mas único no âmbito do nosso meio académico e profissional. Por isso, devido às características das participantes, necessito de fazer umas **pequenas adaptações ao referido questionário**, e como é óbvio da sua autorização para o fazer.

Desde já os meus agradecimentos pela disponibilidade,
Fico a aguardar resposta.

Helena Correia

Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt>
Para: HELENA CRISTINA ALVES DOS SANTO CORREIA <helena@campus.esel.pt>

3 de julho de 2018 às 15:01

Boa tarde,

Autorizo a aplicação do questionário e a realização das alterações necessárias para o seu trabalho académico.

Cumprimentos,

Sofia Militar

Enfermeira Especialista Enfermagem Comunitária USSC do B.º do Armador

Santa Casa da Misericórdia de [Lisboa](#)

[Av. Vergílio Ferreira Lote 769/770](#)

1900-843Lisboa

Telf.:21 831 07 90

Fax: 21 831 07 95

sofia.militar@scml.pt

APÊNDICE 13

Pedido de autorização
ao ACES Almada-Seixal
para a realização do estudo

De: Helena Correia | UCSP Rainha D Leonor

Enviada: 30 de maio de 2018 11:29

Para: Luis Amaro | ACES Almada-Seixal - Direção Executiva <luis.amaro@arslvt.min-saude.pt>

Cc: Helena Correia | UCSP Rainha D Leonor <helena.correia@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização

Boa tarde

Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia, Enfermeira, atualmente a desempenhar funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Rainha D. Leonor, vem solicitar a Vossa Ex.^a, no âmbito do desenvolvimento do seu projeto de intervenção comunitária do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, **autorização para a realização do estudo:** "Intervenção Comunitária de Enfermagem para a capacitação das Cuidadoras formais das IPSS na prestação melhores cuidados ao idoso dependente em contexto domiciliário". Solicito ainda a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES Almada Seixal e da UCSP RDL aquando da apresentação dos resultados.

Mais informo que já enviei pedido de apreciação para o Núcleo de Formação e Investigação do ACES.

Para possíveis esclarecimentos, poderá ser por este meio ou pelo telefone:

Envio em anexo, documentos para apreciação (pedido formal e teor do projeto).

Aguardo resposta.

Cumprimentos.

Helena Correia

Enfermeira

UCSP Rainha D. Leonor

APÊNDICE 14

Pedido de autorização
à CES da ARS LVT
para a realização do estudo

23/07/2018

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio - Processo para apreciação em reunião de Ética de Investigação



HELENA CRISTINA ALVES DOS SANTO CORREIA <helena@campus.esel.pt>

Processo para apreciação em reunião de Ética de Investigação

HELENA CRISTINA ALVES DOS SANTO CORREIA <helena@campus.esel.pt> 18 de julho de 2018 às 23:55
Para: etica@arslvt.min-saude.pt, paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt, HELENA CRISTINA ALVES DOS SANTOS
DOMINGOS CORREIA <helena@campus.esel.pt>

Bom dia

Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia, estudante nº8382 do Mestrado em Enfermagem (Área de Especialização em Enfermagem Comunitária) na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Venho por este meio solicitar a apreciação do Dossier de Submissão, no âmbito de um projeto a desenvolver em contexto académico, cujo orientador pedagógico é o Sr. Professor José Edmundo Sousa.

Envio documentos solicitados no Dossier de Submissão (em anexo), Justificação dos procedimentos éticos, Enquadramento teórico e metodológico e Currículo.
Mais informo que aguardo Declaração do Sr. Diretor Executivo do ACES Almada Seixal, no entanto, o projeto já se encontra aprovado. Por isso envio em anexo 8, email que o comprova. Posteriormente enviarei Declaração.

Agradecia, por favor, que me confirme a receção deste mail com os respetivos anexos, bem como a confirmação da data da próxima reunião de análise de processos, que julgo ser no dia 14 de Setembro.

Fico a aguardar resposta

Cumprimentos e ao dispor para qualquer esclarecimento.

Helena Correia