

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

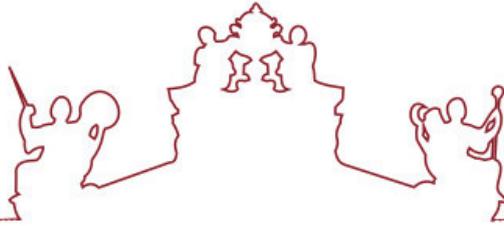
Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais

Daniela Alexandra Ramalho Conde

Orientador(es) | Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

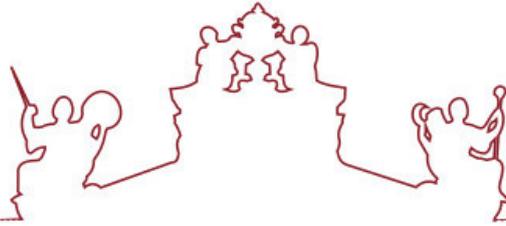
Relatório de Estágio

Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais

Daniela Alexandra Ramalho Conde

Orientador(es) | Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues (Instituto Politécnico de Setúbal -
Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Laurência Gemito (Universidade de Évora) (Arguente)

“Sísifo

Recomeça...

Se puderes

Sem angústia

E sem pressa.

E os passos que deres,

Nesse caminho duro

Do futuro

Dá-os em liberdade.

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,

Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.

Sempre a sonhar e vendo

O logro da aventura.

És homem, não te esqueças!

Só é tua a loucura

Onde, com lucidez, te reconheças...”

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

Porque importa agradecer...reconhecer e valorizar atitude, gestos, palavras...

Porque pessoas gratas, são certamente, pessoas mais felizes!

À orientadora pedagógica, Professora Doutora Ana Paula Gato e Enfermeira supervisora, Enfermeira Especialista Susana Castor, pela disponibilidade, partilha, colaboração, compreensão e suporte. Obrigado!

À equipa da UCC, diretoras técnicas e encarregadas das instituições onde decorreu a intervenção comunitária. Obrigado pela disponibilidade e colaboração.

A todos os cuidadores formais. Este projeto não teria ganho sentido sem o vosso interesse, participação, entusiasmo e disponibilidade.

Aos meus pais, os meus grandes pilares. Sem vocês, não teria sido possível.

À minha restante família, avós, tios e primos. Obrigado por se fazerem sempre presentes.

Ao Bernardo, meu bebé, a minha melhor definição de amor, que mesmo sem consciência disso, foste equilíbrio, suporte, amparo, colo...e se existiram dias difíceis!

À minha Carluxa, minha colega, amiga e parceira da estrada da vida. Companheira nos obstáculos, dificuldades, derrotas, lágrimas, vitórias, alegrias.... Foi graças ao verdadeiro significado de entreaajuda, parceria e suporte que chegámos até aqui. Ainda que dúvidas não existissem, chego ao fim deste desafio, com a certeza de que ficaria tão mais pobre sem ti!

*“...Voy caminando por la vida
Sin pausa, pero sin prisa
Procurando no hacer ruido, vesti'o
Con una sonrisa...”*

Melendi

RESUMO

“Saber mais para melhor Cuidar – Capacitação dos Cuidadores Formais”

O envelhecimento da população é uma realidade efetiva em Portugal com uma proporção crescente de pessoas que atingem idades mais elevadas. Existe uma forte relação entre envelhecimento e dependência, a capacidade dos idosos em manter a sua autonomia está, muitas vezes, comprometida, implicando desta forma, a necessidade de respostas sociais e/ou de um cuidador formal na ausência de um cuidador informal. Assumindo o cuidador formal um papel de destaque na prestação de cuidados à pessoa idosa, também se torna crescente a preocupação com a capacitação destes profissionais, com o intuito da melhoria contínua da qualidade dos serviços que prestam aos idosos. Foi neste âmbito que surgiu um projeto de intervenção comunitária cuja população alvo foi constituída pelos cuidadores formais – assistentes operacionais a prestar cuidados diretos às pessoas idosas institucionalizadas em ERPI (Estrutura Residencial para a Pessoa Idosa), em regime de Centro de Dia ou em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), em três Equipamentos/Serviços de Apoio Formal à Pessoa Idosa de um concelho do Alentejo Central. O seu **objetivo** foi promover a capacitação dos cuidadores formais – assistentes operacionais em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou em SAD, através da realização de sessões de formação. Recorreu-se à **metodologia** do planeamento em saúde. Foi aplicado um questionário, que permitiu caracterizar a população e identificar as suas necessidades de formação. Como estratégia de avaliação recorreu-se a fichas de avaliação de conhecimentos, aplicadas antes e depois da realização de sessões de formação. Relativamente aos **resultados** evidenciou-se um ganho de conhecimentos, dos cuidadores formais participantes no estudo, superior a 50% após a realização das sessões de formação. Pode **concluir-se** que é notória a importância da formação dos cuidadores formais e decisiva a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, enquanto formador, pois pode contribuir para práticas mais adequadas e seguras, promovendo desta forma o bem-estar da pessoa idosa.

Palavras-chave: capacitação, cuidadores formais, envelhecimento, idoso, enfermagem

ABSTRACT

“Knowing more for better care – Empowerment of Formal Caregivers”

The aging of the population is an effective reality in Portugal with an increasing proportion of people reaching older ages. There is a strong relationship between aging and dependence, the ability of the elderly to maintain their autonomy is often compromised, thus implying the need for social responses and/or a formal caregiver in the absence of an informal caregiver. As the formal caregiver assumes a prominent role in providing care to the elderly, there is also a growing concern with the training of these professionals, with the aim of continuously improving the quality of the services they provide to the elderly. It was in this context that a community intervention project emerged whose target population consisted of formal caregivers - operational assistants providing direct care to institutionalized elderly people in ERPI (Residential Structure for the Elderly), in a Day Center regime or in a Day Care Service. Home Support (SAD), in three Formal Support Facilities/Services for the Elderly in a municipality in Central Alentejo. Its **objective** was to promote the training of formal caregivers - operational assistants in providing direct care to the institutionalized elderly person in ERPI, in a Day Center regime or in SAD, through training sessions. The **methodology** of health planning was used. A questionnaire was applied, which made it possible to characterize the population and identify their training needs. As an evaluation strategy, knowledge assessment sheets were used, applied before and after training sessions. Regarding the **results**, there was a gain in knowledge of the formal caregivers participating in the study, greater than 50% after the training sessions. It can be **concluded** that the importance of training formal caregivers is notorious and the intervention of the specialist nurse in community nursing and public health, as a trainer, is notorious, as it can contribute to more appropriate and safer practices, thus promoting the well-being of the elderly.

Keywords: empowerment, formal caregivers, aging, elderly, nursing

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

% - Percentagem

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACES AC - Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

APA - American Psychological Association

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CENDES-OPAS - Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde

CF - Cuidadores Formais

CI - Cuidadores Informais

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIMAC - Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EAS - Envelhecimento Ativo e Saudável

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PLS – Posição Lateral de Segurança

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD - Apoio Domiciliário para Idosos

SBV – Suporte Básico de Vida

SCM - Santa Casa da Misericórdia

SHARE - Survey of Health Ageing and Retirement in Europe

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP - Unidades de Saúde Pública

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiares

UE – União Europeia

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 ENVELHECIMENTO	16
1.2 DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA.....	22
1.3 REDE DE SERVIÇOS/EQUIPAMENTOS DE APOIO FORMAL À PESSOA IDOSA	24
1.4 CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS	34
1.5 MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	40
2 METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
2.1 METODOLOGIA DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	45
2.2 METODOLOGIA DA IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DA POPULAÇÃO ALVO	46
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	47
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	50
3.1 CARATERIZAÇÃO GEODEMOGRÁFICA DO CONCELHO.....	50
3.2 REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	54
3.3 REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE APOIO FORMAL À PESSOA IDOSA	55
3.4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA AOS INFORMADORES CHAVE	58
3.5. ANÁLISE DE RISCO	59
4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	60
5 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E INDICADORES.....	63
5.1 METAS E INDICADORES	64
6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	66
7 PREPARAÇÃO OPERACIONAL	69
7.1 PREVISÃO DE RECURSOS	71
7.2 PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES	71
7.3 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO	77
7.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	77
7.5 SEGUIMENTO/“FOLLOW UP”	78
8 EXECUÇÃO	79

8.1 IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS DOS CUIDADORES FORMAIS - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
8.2 FORMAÇÃO AOS CUIDADORES FORMAIS	84
9 MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO	86
10 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS - ANÁLISE REFLEXIVA	92
10.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	93
10.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	95
10.3 COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÊMICO DE MESTRE	97
CONCLUSÃO.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES	113
APÊNDICE I: GUIÃO DE ENTREVISTA A INFORMADORES-CHAVE.....	114
APÊNDICE II: CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INFORMADORES-CHAVE	116
APÊNDICE III: AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	119
APÊNDICE IV: QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS	125
APÊNDICE V: CONSENTIMENTO INFORMADO DESTINADO AOS CUIDADORES FORMAIS.....	129
APÊNDICE VI: QUESTIONÁRIO REFORMULADO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS	133
APÊNDICE VII: CARTAZ INFORMATIVO	137
APÊNDICE VIII: SESSÕES DE FORMAÇÃO	139
APÊNDICE IX: PLANOS DE SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	156
APÊNDICE X: CERTIFICADO DE PRESENÇA	168
APÊNDICE XI: FICHAS DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	170
APÊNDICE XII: DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS	175

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema ilustrativo do Modelo Teórico de Betty Neuman.....	42
Figura 2: Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde	44
Figura 3: Mapa dos Concelhos do Alentejo Central	51
Figura 4: Pirâmide etária do ACeS Alentejo Central, 1991 e 2017	53
Figura 5: Grelha de análise para determinação de prioridades.....	61
Figura 6: Grelha de análise aplicada aos problemas identificados.....	62
Figura 7: Work-Breakdown Structure (WBS).....	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Projeção do índice total de dependência associado à idade e do índice de dependência dos idosos (UE-28, 2018 – 2100)	22
Gráfico 2: Evolução do n.º de equipamentos, segundo a natureza jurídica da entidade proprietária, Continente – 1998-2018.....	27
Gráfico 3: Evolução do n.º de respostas sociais por população-alvo, Continente – 1998-2018	28
Gráfico 4: Evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 1998-2018.....	29
Gráfico 5: Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 1998-2018.....	30
Gráfico 6: Evolução da taxa de cobertura das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 2008-2018	31
Gráfico 7: Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 1998-2018	31
Gráfico 8: Distribuição percentual dos utentes em respostas sociais para as pessoas idosas por escalão etário, Continente – 2018.....	32
Gráfico 9: Distribuição percentual dos utentes em Centro de Dia, ERPI e SAD por capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Continente – 2018.....	33
Gráfico 10: Distribuição percentual dos utentes em ERPI por serviços prestados, Continente – 2018	33
Gráfico 11: Distribuição percentual dos utentes em SAD por serviços prestados, Continente – 2018	33
Gráfico 12: Rede de Serviços e Equipamentos de Apoio Formal à Pessoa Idosa disponíveis no Município de intervenção, de acordo com a capacidade	58
Gráfico 13: Maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores da instituição A, B e C, durante a prestação de cuidados diários à pessoa idosa	83
Gráfico 14: Mais premente necessidade formativa sentida pelos cuidadores da instituição A, B e C.....	83
Gráfico 15: Avaliação de conhecimentos sobre o tema primeiros socorros - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A, B e C.....	87
Gráfico 16: Avaliação de conhecimentos sobre o tema SBV - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A, B e C.....	88
Gráfico 17: Avaliação de conhecimentos sobre o tema posicionamentos - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A.....	88
Gráfico 18: Avaliação de conhecimentos sobre o tema prevenção da transmissão cruzada de microrganismos - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A, B e C.	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição territorial dos equipamentos sociais, por NUTS II e natureza jurídica da entidade proprietária – 2018	27
Tabela 2: Distribuição percentual das respostas sociais, por NUTS II e população-alvo – 2018	28
Tabela 3: Indicadores demográficos do Município	51
Tabela 4: Indicadores demográficos - esperança de vida à nascença.....	52
Tabela 5: Indicadores demográficos - esperança de vida aos 65 anos	53
Tabela 6: Projeção de população residente no Alentejo 2012-2060	54
Tabela 7: Instituição A	56
Tabela 8: Instituição B.....	56
Tabela 9: Instituição C.....	56
Tabela 10: Instituição D	57
Tabela 11: Instituição E.....	57
Tabela 12: Instituição F	57
Tabela 13: Instituição G	57
Tabela 14: Análise Swot.....	59
Tabela 15: Indicadores e Metas referentes à intervenção comunitária.....	65
Tabela 16: Pertinência, vantagens e inconvenientes das estratégias utilizadas.....	68
Tabela 17: Gestor, equipa de gestão e equipa de execução.....	69
Tabela 18: Recursos inerentes ao desenvolvimento da intervenção comunitária	71
Tabela 19: Descrição das atividades.....	76
Tabela 20: Cronograma de atividades	78
Tabela 21: Caraterização dos cuidadores dos Equipamentos/Serviço de Apoio Formal à Pessoa Idosa, A, B e C – dados agrupados.....	82
Tabela 22: Avaliação dos indicadores e metas da intervenção comunitária	90

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é visível na maioria dos países europeus, tendo Portugal um lugar de destaque. O relatório provisório dos Censos de 2021, relevou um contínuo aumento do índice de envelhecimento da população nacional, com valores médios que atingiram os 182,1 idosos por cada 100 jovens a nível nacional e 218,6 por cada 100 jovens na região do Alentejo, para o ano de 2021 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). O mesmo relatório, mostrou um decréscimo de 2,1% da população residente em Portugal na última década, com agravamento do fenómeno de envelhecimento da população, refletido pelo aumento notório da população idosa e redução da população jovem (INE, 2021). Envelhecer está muitas vezes associado a dependências. Em Portugal e segundo o relatório provisório dos Censos de 2021, o índice de dependência de idosos, tem revelado em curva ascendente, desde 1960. Nos últimos 10 anos, passou de 24,2% para 36,8% (INE, 2021). A estreita relação, observada com frequência, entre o envelhecimento e a dependência, surge na sequência de alterações biológicas e/ou psicológicas, originando a necessidade de um cuidador. Este último papel era tradicionalmente assumido pela família, porém, fruto das alterações das estruturas familiares, cuidar da pessoa idosa passou, com tendência crescente, a ser transferido para cuidadores formais.

Posto isto, assumindo o cuidador formal a satisfação das necessidades da pessoa idosa, parece indiscutível que a formação destes profissionais seja determinante para uma prestação de cuidados de qualidade, promotora de um envelhecimento digno.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, de acordo com as suas competências, pode ter um papel determinante na promoção do envelhecimento ativo e saudável. Uma forma de contribuir para isso, é através da capacitação dos cuidadores formais da pessoa idosa mediante o desenvolvimento de projetos de intervenção que respondam às suas necessidades, objetivando-se, assim, uma melhoria dos cuidados prestados a esta população.

Neste sentido, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, seguindo a metodologia de planeamento em saúde, numa UCC de um concelho do Alentejo Central. Numa fase inicial foi elaborado o diagnóstico de situação de saúde que possibilitou identificar o envelhecimento como uma problemática evidente e a capacitação dos cuidadores formais como uma necessidade prioritária. Assim, desenvolveu-se um projeto de intervenção na área da capacitação dos cuidadores formais da pessoa idosa que se intitulou: “Saber mais para melhor Cuidar - Capacitação dos Cuidadores Formais”.

A população-alvo do projeto foi constituída pelos cuidadores formais – assistentes operacionais a prestar cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou em SAD, em três Equipamentos/Serviços de Apoio Formal à Pessoa Idosa do concelho.

Definiu-se como objetivo geral, promover a capacitação dos cuidadores formais – assistentes operacionais em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou em SAD. Como objetivos específicos delineou-se, identificar as maiores dificuldades dos cuidadores formais – assistentes operacionais na prestação de cuidados diários à pessoa idosa; identificar as mais prementes necessidades de formação dos cuidadores formais – assistentes operacionais para uma melhor prestação de cuidados à pessoa idosa; desenvolver ações de formação no âmbito dos cuidados à pessoa idosa de acordo com as necessidades identificadas; aumentar conhecimentos nos cuidadores formais – assistentes operacionais no âmbito das necessidades identificadas.

O presente Relatório Final insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório do 5º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues. Tem o propósito de descrever o projeto de intervenção desenvolvido e refletir sobre a aquisição das Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, bem como as Competências de Mestre.

No que diz respeito à estrutura do relatório, este, inicia-se com o enquadramento teórico, onde é feita a contextualização da temática em estudo e demonstrada a sua pertinência, com base na evidência científica. Os temas abordados são: Envelhecimento; Dependência do Idoso; Rede de Serviços e Equipamentos de Apoio Formal à Pessoa Idosa; Capacitação dos Cuidadores Formais e enquadramento do projeto de intervenção no modelo teórico de Betty Neuman.

Na segunda parte é explanada a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de intervenção, assim como as questões éticas.

A terceira parte inicia-se com diagnóstico da situação de saúde, que engloba a caracterização geodemográfica do concelho, caracterização da rede de serviços de saúde, assim como da rede de serviços e equipamentos de apoio formal à pessoa idosa, apresentação e análise dos resultados da entrevista aos informadores chave e análise de risco. Segue-se posteriormente a determinação de prioridades, definição de objetivos (geral e específicos) e dos indicadores e metas, seleção de estratégias e preparação operacional que engloba a previsão de recursos, o

planeamento das atividades, comunicação e divulgação, cronograma de atividades e ainda o seguimento/“follow up” do projeto. As etapas seguintes dizem respeito à execução, monitorização e avaliação. No capítulo final, faz-se uma reflexão sobre a aquisição de competências ao longo do processo, quer das competências comuns dos enfermeiros especialistas, quer das específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem comunitária e de saúde pública e ainda das competências do grau de mestre.

Por fim, apresentam-se a conclusão e as referências bibliográficas consultadas. Em apêndices, encontram-se todos os documentos que completam e clarificam alguns dos aspetos deste trabalho.

O trabalho académico foi elaborado tendo por base as normas de elaboração e apresentação de trabalhos da American Psychiatry Association [APA] 6ª edição e redigido segundo o acordo ortográfico em vigor.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é apresentada, com base na evidência científica, uma contextualização da temática em estudo e evidenciada a sua pertinência, que possibilitou sustentar as intervenções desenvolvidas.

A abordagem teórica centrou-se em temas como o envelhecimento, a dependência da pessoa idosa, a Rede de Serviços/Equipamentos Sociais (RSES) de apoio formal à pessoa idosa, a necessidade de capacitação dos cuidadores formais, assim como, o modelo teórico Betty Neuman que norteou a intervenção comunitária.

1.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenómeno que se apresenta como parte integrante do ciclo vital da vida humana (Miranda, 2020) e constitui-se como uma das maiores tendências do século, adquirindo uma dimensão à escala mundial. A atenção para as questões do envelhecimento cresceu nas últimas décadas como resultado de alterações demográficas. A partir de meados do século XX observou-se um aumento significativo e exponencial da esperança média de vida em todo o mundo, com tendência contínua (Fernandes, 2021; Canhestro & Basto, 2016). A diminuição da fecundidade e o aumento da longevidade parecem ser os principais impulsionadores do envelhecimento da população (Fernandes, 2021). Portugal é hoje, um dos países mais envelhecidos da Europa, com a esperança média de vida e ganhos de anos de vida a atingir os valores mais elevados de sempre (Guerra, Martins, Santos, Veiga, Moitas & Silva, 2019).

O envelhecimento pode ser analisado de acordo com uma perspetiva individual e demográfica. A primeira refere-se a uma maior longevidade (maior esperança de vida) que conduz a uma diminuição da capacidade funcional dos indivíduos. Já o envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção da população idosa na população total, em prejuízo da população jovem e/ou da população em idade ativa (Canhestro, 2018).

Envelhecimento Individual

O envelhecimento individual caracteriza-se por modificações fisiológicas, psicológicas e sociais que acontecem no decorrer da vida das pessoas e que podem condicionar a sua autonomia e saúde, onde fatores biológicos, ambientais e comportamentais têm um papel determinante (Canhestro, 2018).

O processo de envelhecimento ocorre de forma objetiva e subjetiva, a primeira pode ser observada pelas alterações orgânicas/biológicas, não uniformes ou estandardizadas, que acontecem no indivíduo com o passar dos anos, as quais podem originar diminuição da capacidade funcional. A segunda diz respeito à representação individual do envelhecimento.

O envelhecimento pode ser definido como cronológico e biopsicológico. O envelhecimento cronológico refere-se a um processo “universal, inevitável e progressivo” (Coelho, 2016, p. 17). Relaciona-se com a idade da pessoa, ao desenvolvimento natural do ser humano e às várias modificações orgânicas que lhe estão inerentes. Já o envelhecimento biopsicológico, varia de pessoa para pessoa, não tendo, deste modo, uma definição fácil e objetiva. Depende de vários fatores como genéticos, o género, os hábitos de vida, sociedade em que a pessoa se insere. É, pois, difícil determinar com precisão, o início do envelhecimento biopsicológico, quando e quem são as pessoas idosas (Coelho, 2016). O envelhecimento biológico é traduzido por modificações biológicas/fisiológicas associadas ao passar dos anos. O envelhecimento psicológico relaciona-se com a adaptação da pessoa perante essas modificações físicas, cognitivas, emocionais, bem como ajustes nas relações interpessoais, familiares e profissionais (Fonseca, 2012). Ainda se pode associar o conceito de envelhecimento social, o qual se relaciona com alteração de papéis e de posição social, onde é comumente observada a perda de pessoas próximas e a presença de défices nas relações familiares/sociais (WHO, 2015a).

Face ao exposto, envelhecer, apesar de transversal ao Homem, parece não ser apenas um processo progressivo, natural, fisiológico, dinâmico e irreversível, que se inicia no momento do seu nascimento até a sua morte, mas também um processo individual e pessoal (Ferreira, 2015). O envelhecimento é influenciado por fatores biológicos, psicológicos, económicos, políticos, sociais, demográficos e culturais (Silva & Silva, 2017), a que o homem está sujeito ao longo do seu ciclo vital e que consequentemente condicionam a forma como se envelhece e a saúde e qualidade de vida durante o processo.

Segundo Ferreira (2015), na sociedade portuguesa, o conceito de envelhecimento está fortemente relacionado com uma fase específica do ciclo vital do Homem, com a idade definida em anos, habitualmente aos 65 anos de idade. Também o Instituto Nacional de Estatística define que a pessoa idosa é aquela que tem 65 anos ou mais. A idade cronológica, isto é, o tempo vivido a partir do nascimento, é a medida mais usada para caracterizar o envelhecimento (Spiriduso, 2004) e segundo este autor considera-se uma pessoa idosa a partir de uma idade cronológica de 65 anos.

Salienta-se que, e de acordo com o anteriormente descrito a respeito do processo de envelhecimento e seus determinantes, ainda que a idade cronológica estabeleça os limites

padrão para agrupar a população em grupos etários, esta, por si só, não determina imperativamente um momento exato, em que acontecem as mudanças que acompanham o envelhecimento. Parece redutor limitar o conceito de idoso de acordo com os anos de vida. O processo de envelhecer não acontece de forma e velocidade iguais para as diferentes pessoas, assim como as alterações trazidas pelo passar dos anos, onde as experiências vividas e suas interpretações têm relevância. É um acontecimento diferenciado que ocorre a uma velocidade e gravidade individual, desde a concepção até à morte (Martins, 2017).

Considerando o aumento do número de anos de vida uma aspiração de qualquer sociedade, este só parece ser uma verdadeira conquista se associarmos qualidade aos anos de vida adicionais (Barreto, Carreira & Macron, 2015).

Os sistemas de saúde/social, indivíduos, famílias e comunidades, são alvo de grandes desafios perante o envelhecimento e a relação deste com maiores necessidades, que se traduzirão num maior investimento individual e coletivo para que o aumento da longevidade se faça acompanhar de mais saúde (Canhestro, 2018).

Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento da população relaciona-se com o fenómeno da transição demográfica, isto é, a mudança de um modelo demográfico caracterizado por níveis elevados de fecundidade e mortalidade para um modelo de baixos níveis de fecundidade e mortalidade. Este fenómeno originou alteração da estrutura da pirâmide etária, a qual estreitou na base, pela redução das faixas etárias jovens, e alargou o seu topo, com o aumento do número de idosos, originando desta forma, numa pirâmide invertida. Fatores como a melhoria das condições nutricionais, avanços na Medicina, evolução tecnológica, melhoria no apoio social e de assistência, podem ter influência direta nesta evolução (Fernandes, 2021).

O aumento da esperança de vida à nascença, especialmente nos países desenvolvidos, foi uma das maiores conquistas do século XX com um alargamento de cerca de 3 anos entre 2000-2005 e 2010-2015 (ONU, 2015). De acordo com dados obtidos através do INE (2016a), no triénio 2013-2015, manteve-se a tendência de aumento da longevidade. Segundo o INE (2022), para o ano de 2020, a esperança de vida à nascença para os indivíduos residentes em Portugal era de 80,7 anos, sempre com curva ascendente desde 1970. Para o ano de 2020 e em contexto nacional, estimava-se que uma pessoa com 65 anos ou mais, pudesse viver em média, mais 19,4 anos. Em 1970 a esperança média de vida aos 65 anos era de 13,5 anos.

A alteração dos perfis demográficos dá origem ao aumento do índice de envelhecimento, isto é, o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos.

Portugal ocupa o terceiro lugar, nos países da União Europeia, com maior índice de envelhecimento (Fernandes, 2021). De acordo com o relatório provisório dos Censos de 2021, o Alentejo ocupa o segundo lugar, de entre as regiões do país, com a população mais envelhecida, com valores de 218,6 idosos por cada 100 jovens em 2021, perante um índice de envelhecimento nacional de 182,1% (INE, 2021). Também o índice de sustentabilidade potencial, tem revelado uma progressiva curva descendente desde 1960, em contexto nacional. Em 2021 atingiu-se um valor médio e provisório de 2,7 pessoas entre os 15 e os 64 anos, por idoso. Em 1960 existiam, em média, 7,9 pessoas em idade ativa por cada idoso (INE, 2021).

De acordo com Índice de Longevidade, em 2011, estimou-se que existiam aproximadamente 48 indivíduos com 75 e mais anos por cada 100 idosos, perante 41 em 2001 e 39 em 1991, espelhando o progressivo aumento da esperança de vida e manutenção do fenómeno do envelhecimento da própria população idosa (INE, 2021).

Mediante os indicadores supramencionados, parece ser possível afirmar o alcance de um novo patamar na história do Homem, caracterizado por um crescente número de pessoas da mesma geração que atingem idades mais avançadas e baixos níveis de mortalidade, esta última tendencialmente associada à faixa etária tardia.

O aumento da Esperança de vida mostra repercussões aos níveis individual, familiar e social. Perante uma sociedade constituída por pessoas mais velhas emerge a necessidade de novas atividades económicas e profissionais, nomeadamente ao nível da prestação de serviços comunitários e redes de solidariedade, ajustes de ambientes e arquitetónicas bem como a padrões de consumo de serviços e produtos adaptados a consumidores mais velhos. Surgem ainda outras questões em termos sociais, como sendo, a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde bem como o próprio modelo social vigente. Parece evidente a imperativa necessidade de respostas perante as crescentes carências de uma população cada vez mais envelhecida, visto que os níveis correspondentes às idades mais produtivas economicamente começam a ser insuficientes de acordo com as populações dependente (WHO, 2015a).

A transição demográfica está associada à transição epidemiológica. Atualmente, com o aumento da prevalência das doenças crónicas/não transmissíveis, a morbidade sai em destaque perante a mortalidade. Observam-se baixos níveis de mortalidade na população mais jovem. Este padrão epidemiológico contrasta com o anterior, onde se verificava um predomínio das doenças infecciosas que originavam elevados níveis de mortalidade nas idades mais jovens e com conseqüente reflexão na esperança de vida (Oliveira, 2010).

Por sua vez, o aumento das doenças crónicas, proporciona que o aumento da esperança de vida se faça acompanhar pela diminuição da esperança de vida saudável (Nogueira & Remoaldo, 2010). No ano de 2012, a esperança de vida saudável aos 65 anos em Portugal era de 9,9 anos para homens e de 9,0 anos para as mulheres, valores inferiores ao melhor valor dos países da União Europeia (Suécia com 13,9 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres, em 2011). Salienta-se uma das Metas do Plano Nacional de Saúde: Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30% (DGS, 2015). Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2016a), cerca de 50 milhões de cidadãos da UE sofrem de duas ou mais doenças crónicas, grande parte deles com mais de 65 anos. Os idosos podem apresentar, simultaneamente, cinco ou mais doenças crónicas (WHO, 2015a).

É sabido que o processo de envelhecimento, pelo próprio processo biológico, por uma maior exposição a agentes patogénicos, agressões ambientais e traumatismos, se faz acompanhar de aumento do risco de incidência de várias doenças, existindo entre os mais velhos uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas e de incapacidades, que culminam numa maior procura dos serviços de saúde (Lima, 2010), assim como de redes de equipamentos/serviços de apoio formal, onde um investimento na formação dos profissionais de saúde parece ganhar destaque.

Tal como referido anteriormente, a longevidade nem sempre se faz acompanhar de saúde, autonomia e qualidade de vida. Parece evidente que é mais importante a forma como se envelhece do que a idade máxima atingida. Aliar o envelhecimento à saúde constitui-se, na atualidade, como um dos grandes desafios para cada indivíduo e para a sociedade em geral, sendo necessário a criação de condições para que isto seja efetivado. Deste modo, a adoção de estratégias direcionadas para a promoção da saúde, prevenção e retardamento das doenças crónicas, assim como do declínio funcional e cognitivo, o incentivo da autonomia e da independência ao longo da vida, têm um contributo determinante para o aumento do bem-estar das pessoas mais velhas e conseqüentemente um impacto direto nos ganhos em saúde (WHO, 2015a; Nunes, 2017).

É nesta linha de pensamento que surgem os conceitos de envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo, que estão no centro para as estratégias promotoras de saúde. O envelhecimento saudável relaciona-se com uma longevidade desprovida de doenças. Consiste no processo de favorecer e manter a capacidade funcional nos domínios físico, psicológico e social (OMS, 2015). Este conceito está interligado à saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e

independência económica, onde a relação entre a pessoa e o ambiente de vivência são aspetos cruciais (WHO, 2015a).

O conceito de envelhecimento ativo, reporta-se à participação contínua do idoso nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de manter atividade física e profissional (Canhestro, 2018). Um dos objetivos da política de envelhecimento ativo da OMS é a manutenção da capacidade funcional, isto é, manter a independência e prevenir a incapacidade o maior espaço de tempo possível. Estas políticas destacam, ainda, a importância da autonomia, independência e qualidade de vida, mesmo na presença de alguma incapacidade funcional já instalada.

O envelhecimento bem-sucedido, diz respeito à conservação da função física e mental, essenciais para a adaptação bem-sucedida às modificações decorrentes do processo de envelhecimento. Pressupõe, compromisso ativo com a vida, manutenção de altos níveis de habilidades funcionais ao nível físico, cognitivo e social e a adoção de hábitos saudáveis, originando baixa probabilidade de doença e/ou incapacidade (Canhestro, 2018).

Os três conceitos acima mencionados, direcionam o envelhecimento para uma perspetiva positiva, uma vez que envelhecer de forma saudável, ativa ou bem-sucedida requer uma adaptação favorável às alterações advindas do referido processo.

A Meta 5 do desafio da Organização Mundial de Saúde (OMS) “Saúde para Todos no século XXI” diz respeito ao Envelhecimento Saudável, defendendo que para este ser alcançado, as pessoas devem ser preparadas, através da promoção e proteção da saúde ao longo da vida. Os serviços de saúde e sociais devem reconhecer as necessidades das pessoas ao longo do processo de envelhecimento, desenvolver estratégias com vista a autonomia e produtividade e oferecer serviços de apoio ao seu quotidiano. O envelhecimento saudável apresenta-se como um dos grandes objetivos e desafios da atual saúde pública, onde as políticas de envelhecimento ativo parecem ganhar destaque e são cruciais para otimizar a qualidade de vida permitindo às pessoas manter a sua autonomia o maior tempo possível.

Em contexto nacional relativamente ao EAS (Envelhecimento Ativo e Saudável), Portugal segue as orientações da Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE). Abarca iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do EAS e da Solidariedade entre Gerações. Destaca o reforço do papel das famílias, o reforço das relações intergeracionais, a valorização do papel do idoso, a participação ativa e o exercício dos direitos dos idosos, e a maior e melhor prevenção de situações de dependência. Realça a promoção de redes de suporte social, educação e possibilidade para a aprendizagem ao longo da vida, o combate à violência ou qualquer outra

forma de abuso, com vista a obtenção de ganhos em saúde como o aumento de anos de vida com qualidade (DGS, 2017).

O envelhecimento deve ser observado como uma oportunidade para as que pessoas possam viver com independência e saúde o maior tempo possível. Para que isto seja possível, deve existir uma responsabilização da própria pessoa e da sociedade, no sentido de melhorar a saúde e os cuidados às pessoas idosas (Nunes, 2017). Esta visão positiva do envelhecimento é parte integrante do quadro jurídico internacional dos direitos humanos e celebra o aumento da esperança de vida e o potencial das pessoas idosas para o desenvolvimento futuro, onde é salientada a relevância da conservação da saúde ao longo deste processo (WHO, 2015a).

1.2 DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA

O aumento da esperança de vida e por conseguinte o crescimento do número de idosos em idade avançada, reflete-se no estado de saúde, morbidade e limitações funcionais, maximizando a incidência de doenças e incapacidades, que originam alterações na dependência física, cognitiva e emocional e assim a necessidade de cuidados permanentes (Cruz, Beltrame & Dallacosta, 2017). Os problemas de saúde associados às pessoas mais velhas, estão frequentemente relacionados com condições crónicas que originam declínios importantes na capacidade funcional das mesmas (Com, 2017). Com o crescente declínio da funcionalidade, o idoso isola-se e perde confiança nas suas capacidades, tornando-se gradualmente mais sedentário e dependente (Sousa, 2020).

De acordo com dados disponibilizados pelo EUROSTAT (2020), prevê-se um aumento no índice de dependência dos idosos, o qual passará de 30,5% em 2018 para 57,3% em 2100, à semelhança do índice total de dependência associado à idade, esperando-se um aumento de 54,6% em 2018 para 82,9 % até 2100 (Gráfico 1).

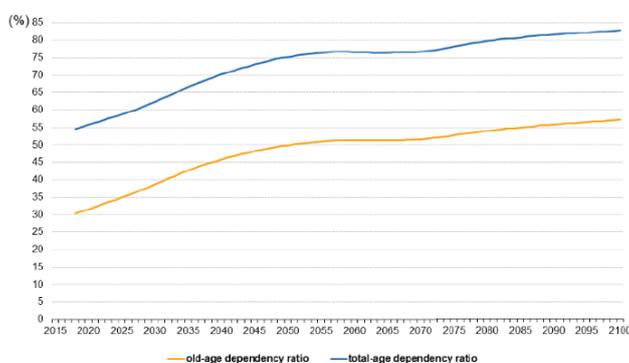


Gráfico 1: Projeção do índice total de dependência associado à idade e do índice de dependência dos idosos (UE-28, 2018 – 2100)
Fonte: EUROSTAT 2020

Apesar de ser idoso não significar ser dependente, é inegável, que uma maior incidência de doenças crónicas e dependência funcional surgem nestas faixas etárias (Guerra et al, 2019). O idoso dependente passa a carecer de apoio de familiares, amigos e/ou de cuidadores de saúde que os auxiliem na execução das suas atividades cotidianas, onde a institucionalização está com frequência associada (Klompstra, Ekdahl, Krevers, Milberg & Eckerblad, 2019; Sousa, 2020).

Viver mais anos relaciona-se com uma maior probabilidade de desenvolver incapacidade de longa duração. Os Censos 2011 trataram pela primeira vez a questão da incapacidade, mediante uma autoavaliação da dificuldade na realização das atividades diárias. Os resultados mostraram que 17,8% da população com cinco ou mais anos de idade referiram apresentar muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos, uma das seis atividades diárias, ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender. Este indicador ascende para 49,5% na população com 65 ou mais anos (INE, 2012a).

A OCDE mostrou que até 2050 os custos com a população mais idosa deverão duplicar, ou mesmo triplicar, em consequência do envelhecimento da população. Refere também que o número de pessoas com necessidade de cuidados de longa duração deverá afetar 1 em cada 10 pessoas, isto é, 10% da população (OCDE, 2013). De acordo com os dados do Eurostat, Portugal surge como o segundo país da Europa com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades de vida.

Segundo Gianfrancisco, Dietrich, Garcia, Batistoni, Gutierrez & Falcão (2017), a idade dos idosos apresenta-se como um indicador indireto do número de exigência de cuidados. No estudo desenvolvido por estes autores, observou-se que aproximadamente 45% dos cuidadores, prestavam cuidados a idosos em idade avançada (acima de 84 anos), o que naturalmente, refletia um elevado número de necessidades de cuidados na satisfação das atividades de vida diária destes indivíduos.

Segundo estudo realizado no norte de Portugal por Araújo, Jesus, Araújo, & Ribeiro (2017), a dependência é vivenciada por grande parte dos idosos institucionalizados. Os mesmos autores observaram que doenças do aparelho circulatório e os transtornos mentais e comportamentais são causas geradores de dependência do idoso. O aumento da dependência relacionada com a incapacidade na mobilidade, estão na origem de claras limitações na vida pessoal (Rodrigues, Costa, Carvalho, Vidal, Caiado, Antunes, Almeida & Almeida, 2019).

O conceito de limitação funcional é multidimensional, relacionando-se não só com aspetos referentes à saúde como também sociais e culturais. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) inclui um conjunto de atividades na definição de limitação funcional (Mitra, 2018). Segundo Noronha, Andrade, Camargos & Machado (2021),

dependência funcional diz respeito à presença de determinados contextos de saúde ou incapacidade de executar atividades importantes com vista a manutenção de um estilo de vida independente, sendo os principais instrumentos utilizados para essa medição, as dificuldades com Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

De acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, dependência pode ser definida como:

“[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença 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 de vida diária [...]” (Ministérios da Saúde, 2006, p.3857).

Segundo com a Carta Social, o grau de dependência, pode caracterizar-se em:

- Idosos com dependência grave – necessitam de apoio extensivo e intensivo, isto é, sem capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas básicas. Fazem parte desta categoria pessoas acamadas ou com fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas, como sendo, diminuição de aptidões cognitivas e controlo esfinteriano;
- Idosos com média dependência - não necessitam de supervisão e apoio de terceira pessoa para realização de algumas atividades diárias;
- Idosos com baixa dependência – carecem apenas de alguma supervisão, pois possuem alguma autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das atividades de vida diárias.

1.3 REDE DE SERVIÇOS/EQUIPAMENTOS DE APOIO FORMAL À PESSOA IDOSA

O acelerado envelhecimento populacional é visível em todos os países e prevê-se que até 2050, uma em cada cinco pessoas terá 60 anos ou mais, perfazendo 2 bilhões de pessoas a nível mundial (WHO, 2018).

A resposta dos atuais sistemas de saúde face a uma população mundial envelhecida tornou-se uma prioridade do ponto de vista social, de saúde e de políticas públicas (Monteiro, Martins, Schoeller & Antunes, 2021). As sociedades devem responsabilizar-se, pela oferta de respostas sociais, na presença de pessoas com limitações que comprometam envelhecer com dignidade. O processo de envelhecimento associa-se a mudanças funcionais e por conseguinte, perdas, nomeadamente perda de autonomia, que originam necessidade de cuidadores formais ou informais por parte da pessoa idosa na realização das suas atividades de vida.

A estrutura social alterou-se e com ela, as respostas à dependência, sendo cada vez mais frequente o recurso a instituições especializadas para satisfazer as necessidades da pessoa idosa. Em Portugal, é cada vez mais comum a prática da institucionalização dos idosos que surge como consequência tanto da vida ativa dos familiares, que inviabiliza o cuidar, assim como do tipo de incapacidade ou aumento da dependência funcional, desta população, que dificulta o cuidado por parte de um cuidador informal (Rodrigues et al, 2019).

O modelo apoiado no cuidado familiar pode estar comprometido decorrente das mudanças sociodemográficas. A inclusão da mulher no mercado de trabalho tem minorado a disponibilidade da família como principal cuidador. Perante os elevados custos associados ao cuidado formal domiciliar, o recurso a instituições de apoio formal apresenta-se como uma fonte alternativa de cuidado (Noronha et al, 2021).

São diversas as estruturas sob vários formatos que visam o apoio da pessoa idosa. Em Portugal, as políticas sociais relacionadas com o envelhecimento, comportam uma rede social que integra medidas inovadoras, atualizadas, preventivas, promotoras do desenvolvimento humano e redutoras da vulnerabilidade social dos idosos, com a criação de estruturas de apoio ao idoso (Guerra et al, 2019).

Os países da OCDE, onde se integra Portugal, e mediante fontes públicas e privadas de financiamento, tentam encontrar um conjunto de respostas sustentáveis que respondam à procura de serviços destinados à população idosa. Ainda que reforcem a necessidade do cuidador familiar, na qualidade de cuidador informal, revelam a necessidade de se facultar alternativas de assistência domiciliar e modalidades institucionais que permitam uma resposta intermédia entre a institucionalização e a permanência do idoso sob cuidados exclusivamente informais, servindo de exemplo os centros de dias e os serviços de assistência domiciliária (OCDE, 2013).

Em Portugal, existem dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, designadamente, as redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos ou amigos e as redes formais asseguradas pelos cuidadores formais. Tal como já mencionado acima, as estruturas familiares, nem sempre detêm capacidade de garantir os cuidados necessários à pessoa idosa, passando a carecer do apoio de estruturas sociais direcionadas para esta população. O dever destas respostas sociais é assegurar o bem-estar físico, psicológico, emocional e social do idoso, atuando de forma humanizada e individualizada, centrando-se nas suas reais necessidades (Dzhankarashvili, 2017).

Atualmente, existem em Portugal, várias respostas sociais que oferecem apoio às pessoas em situação de desigualdade económica, dependência e vulnerabilidade social, promovendo a

sua autonomia, integração social e saúde. De acordo com o nível de autonomia e das necessidades da pessoa/família, podem dividir-se em: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Centro de Noite, Centro de Convívio, Centro de Férias e Lazer, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e ERPI (Instituto da Segurança Social, 2021).

Também de acordo com o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2018), a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), constitui-se como elemento fundamental na promoção e no desenvolvimento da proteção social e traduz-se na oferta de um conjunto alargado de respostas sociais, direcionadas especialmente para os grupos mais vulneráveis, com um papel determinante no combate às situações de pobreza, na promoção da inclusão social e da conciliação entre a atividade profissional e a vida pessoal/familiar.

As entidades proprietárias de equipamentos sociais (qualquer entidade, individual ou coletiva, a quem pertence um ou mais equipamentos onde se desenvolvem respostas sociais), são agrupadas segundo a natureza jurídica em entidades lucrativas e entidades não lucrativas. As entidades lucrativas são entidades particulares com fins lucrativos, enquanto as entidades não lucrativas abrangem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), outras entidades sem fins lucrativos (entidades equiparadas a IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos), as Entidades Oficiais, que prosseguem fins de ação social, os Serviços Sociais de Empresas e a Santa Casa da Misericórdia (SCM). Relativamente aos equipamentos sociais, estes constituem-se como toda a estrutura física onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais, ou, onde estão instalados os serviços de enquadramento de determinadas respostas. A desenvolvimento do número de equipamentos sociais entre 1998-2018 (Gráfico 2) revela um crescimento de 127%, especialmente ao nível de equipamentos de entidades não lucrativas (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

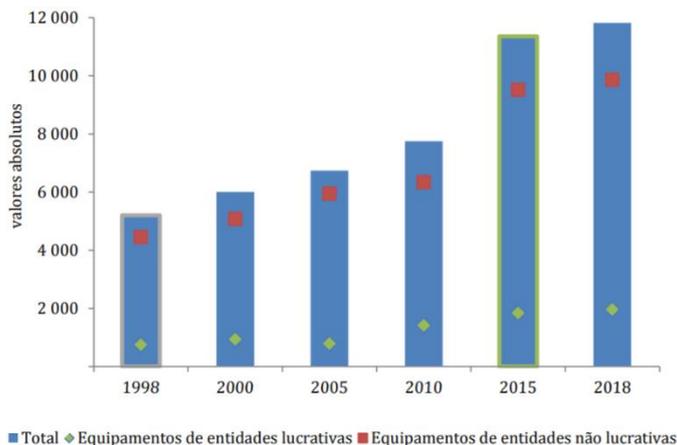


Gráfico 2: Evolução do n.º de equipamentos, segundo a natureza jurídica da entidade proprietária, Continente – 1998-2018

Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

A região Norte apresentava a maior proporção do total de equipamentos sociais (Tabela 1).

NUTS II	Total (%)	Equipamentos de entidades lucrativas (%)	Equipamentos de entidades não lucrativas (%)
Norte	32,3	23,5	34,1
Centro	29,4	19,4	31,4
Área Metropolitana de Lisboa	24,0	47,9	19,3
Alentejo	10,5	5,5	11,5
Algarve	3,7	3,7	3,7
Total	100,0	100,0	100,0

Tabela 1: Distribuição territorial dos equipamentos sociais, por NUTS II e natureza jurídica da entidade proprietária – 2018

Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

Por respostas sociais, entende-se um conjunto de atividades e/ou serviços desenvolvidos em equipamentos sociais, ou a partir destes, direcionadas para o apoio a pessoas e/ou famílias. As respostas sociais enquadradas na RSES destinam-se a toda a população de acordo com as diferentes necessidades sociais. Ainda assim, existem serviços e equipamentos específicos dirigidos a grupos-alvo agrupados em quatro grandes áreas: (1) Crianças e Jovens; (2) Crianças, Jovens e Adultos com Deficiência ou Incapacidade; (3) Pessoas Idosas e (4) Pessoas com outras problemáticas, no âmbito da Família e Comunidade (Gráfico 3; Tabela 2). O número total de respostas sociais que compõem a RSES conheceu um crescimento de 110% desde 1998, particularmente evidente nas respostas que visam o apoio a crianças e jovens, pessoas com

deficiência e a pessoas idosas (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

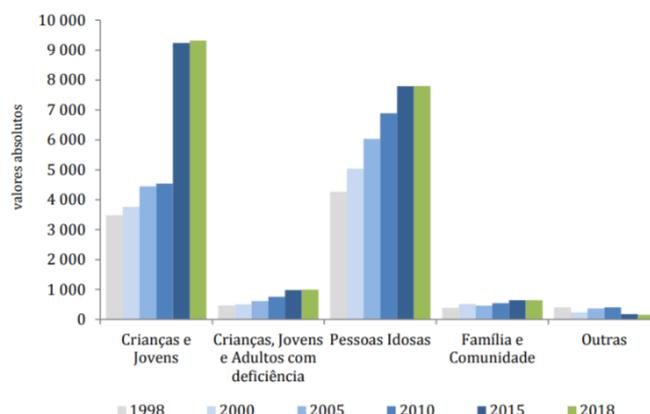


Gráfico 3: Evolução do n.º de respostas sociais por população-alvo, Continente – 1998-2018
 Fonte: Retirada de Carta Socia. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

NUTS II	Crianças e Jovens (%)	Crianças, Jovens e Adultos com Deficiência (%)	Pessoas Idosas (%)	Família e Comunidade (%)	Outras (%)
Norte	34,0	33,5	31,2	30,4	16,8
Centro	27,6	29,5	37,1	24,6	14,8
Área Metropolitana de Lisboa	25,7	22,4	15,5	27,4	51,0
Alentejo	8,5	11,8	13,1	9,5	5,8
Algarve	4,2	2,8	3,1	8,1	11,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 2: Distribuição percentual das respostas sociais, por NUTS II e população-alvo – 2018
 Fonte: Retirada de Carta Socia. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

Relativamente a RSES direcionada para a pessoa idosa, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos (SAD) assumem a maior representatividade. Estas respostas visam, além da satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) dos utentes, a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência do idoso e de este se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição. Do leque de respostas que visam o apoio formal à Pessoa Idosa, destacam-se, ainda, o Centro de Convívio, o Centro de Noite (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

Entende-se por Serviço de Apoio Domiciliário, a resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, 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 sem

possibilidade de assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, e que não disponham de apoio familiar para o efeito (Instituto da segurança Social, 2021).

O Centro de Convívio pode ser definido por uma resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, que residem numa determinada comunidade (Instituto da segurança Social, 2021).

O Centro de Dia diz respeito a uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio social e familiar, enquanto Centro de Noite se constitui como uma resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, orientado a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por situações de solidão, isolamento e insegurança, carecem de acompanhamento durante a noite (Instituto da segurança Social, 2021).

Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, onde são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Pode assumir diferentes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos (Carta Social, 2021).

As principais respostas dirigidas à população idosa assinalaram um desenvolvimento acentuado (89%) desde 1998 (Gráfico 4), que se traduziu num aumento superior a 3 400 novas respostas. As respostas SAD e ERPI foram as que, neste domínio, mais cresceram no período 1998-2018 (108% e 105%, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta. Em 2018, registaram-se cerca de 7300 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37 % correspondiam a SAD (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

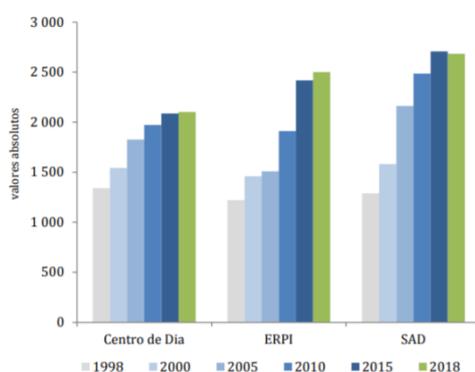


Gráfico 4: Evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 1998-2018
Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>

O número de lugares/capacidade nas principais respostas para as Pessoas Idosas mostrou, igualmente, um significativo crescimento (104%) ao longo do período de análise 1998-2018 (Gráfico 5h), em linha com o aumento do número de respostas (89,3%). Em 2018, contabilizaram-se mais 139 700 novos lugares em relação ao ano de 1998, totalizando cerca de 274 000 lugares.

O SAD constitui a resposta, no conjunto das principais respostas que visam o apoio a idosos, que apresentava maior oferta de lugares (40%), contabilizando, em 2018, 110 400 lugares, aproximadamente. À semelhança do número de lugares, o número de utentes que recebem apoio da resposta SAD tem revelado um crescimento, ainda que a um ritmo mais moderado (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

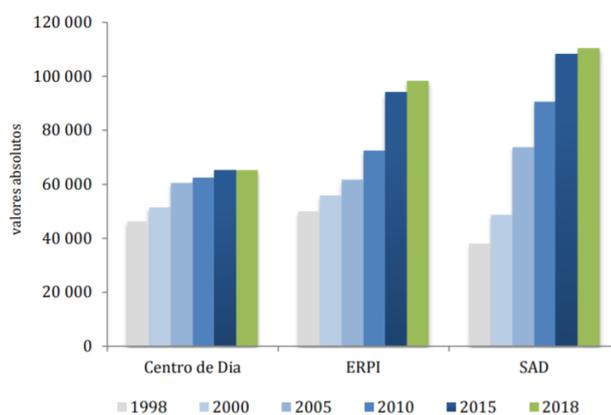


Gráfico 5: Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 1998-2018

Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>

Em 2018, as respostas sociais dirigidas à pessoa idosa, encontravam-se bastante difundidas por todo o território continental. Todos os concelhos do Continente apresentavam algum tipo de oferta para este grupo, sendo que, dos 278 concelhos, 233 dispunham de 10 ou mais respostas sociais para os mais idosos. A prestação de serviços no domicílio, levada a cabo pela resposta SAD, estava disponível, em 2018, em todos os concelhos do Continente, sendo evidente, uma maior concentração destes serviços nas regiões Norte e Centro (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

A taxa de cobertura de respostas para as Pessoas Idosas tem evoluído de forma positiva, nos últimos dez anos, ainda assim o aumento acelerado da população com 65 ou mais anos tem dificultado o crescimento mais expressivo da taxa de cobertura destas respostas (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

No ano de 2018, a taxa de cobertura média das principais respostas com vista ao apoio à pessoa idosa, no Continente, cifrou-se em 12,6%, refletindo uma taxa de crescimento de 9 p.p. no período 2008-2018 (Gráfico 6). Em termos territoriais, 66% dos concelhos do território continental apresentava uma taxa de cobertura acima da média (12,6%). As áreas metropolitanas do Porto e Lisboa, assim como a região algarvia, apresentavam, em 2018, na grande maioria dos seus concelhos, taxas de cobertura abaixo da média (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

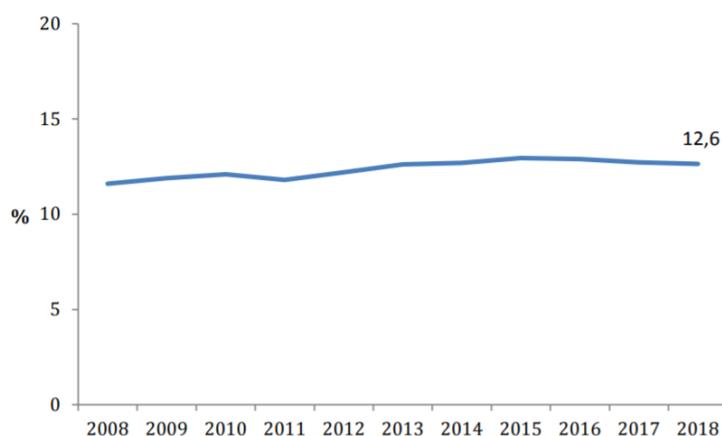


Gráfico 6: Evolução da taxa de cobertura das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 2008-2018

Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

São notórias as diferenças significativas entre a utilização das diferentes respostas (Gráfico 7), enquanto a resposta ERPI continuava a apresentar taxas de ocupação acima de 90%, fixando-se, em 2018, em 93%, as respostas SAD e Centro de Dia registaram ocupações médias de 70% e 64%, respetivamente (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

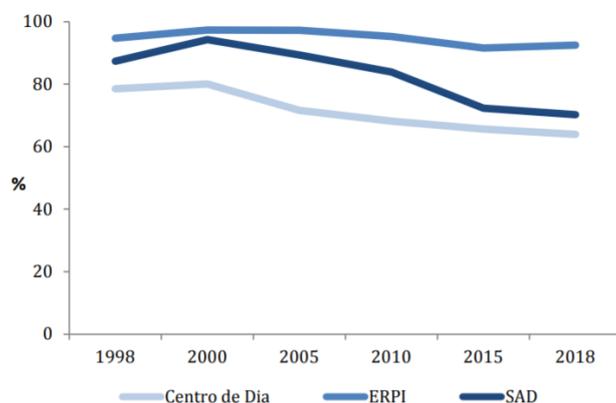


Gráfico 7: Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 1998-2018

Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

A distribuição etária dos utentes das respostas dirigidas à população idosa é diferente para as várias respostas (Gráfico 8). Enquanto 62% do universo dos utentes que frequentava as respostas sociais Centro de Dia e SAD era constituído, em 2018, por utentes com idade inferior a 80 anos, cerca de 50% dos utilizadores de ERPI englobavam idosos com 80 ou mais anos (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

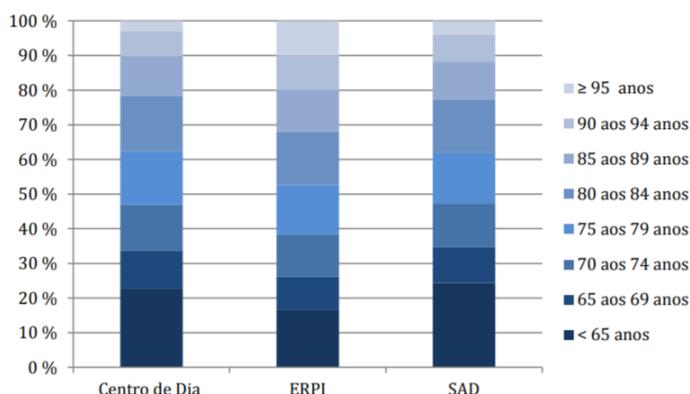


Gráfico 8: Distribuição percentual dos utentes em respostas sociais para as pessoas idosas por escalão etário, Continente – 2018

Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018.

Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf>

No que respeita ao nível de incapacidade, observam-se francas diferenças que distinguem os utentes de Centro de Dia, ERPI e SAD (Gráfico 9, 10 e 11). Observaram-se níveis de dependência elevados na resposta ERPI perante a análise da capacidade para a realização de atividades básicas de vida diária, contrariamente às restantes respostas, nas quais a maioria dos utentes é independente na generalidade das atividades avaliadas (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2018).

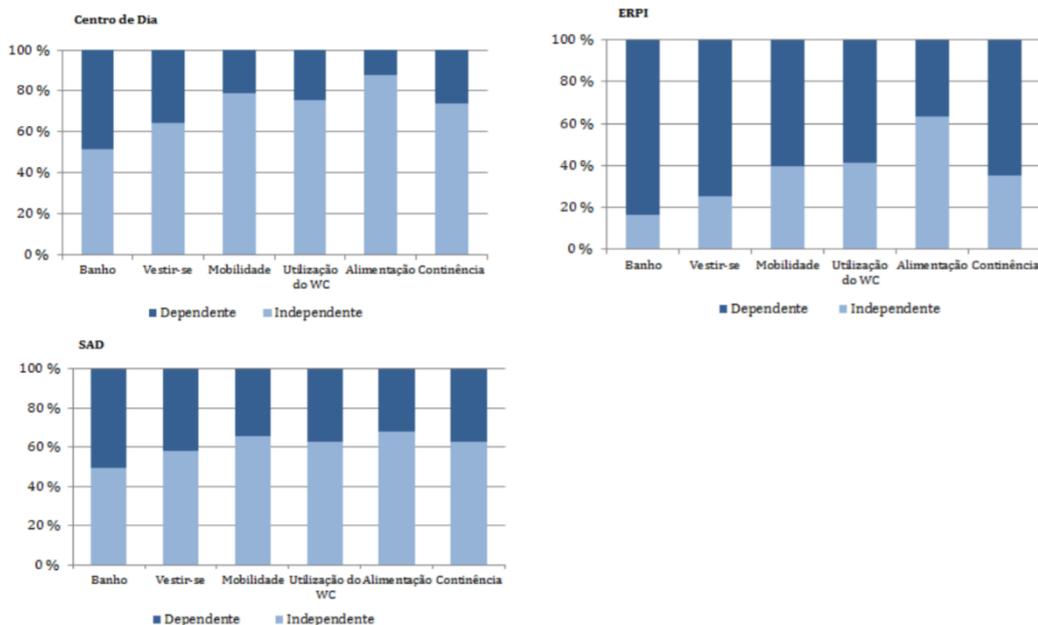


Gráfico 9: Distribuição percentual dos utentes em Centro de Dia, ERPI e SAD por capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Continente – 2018
 Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>

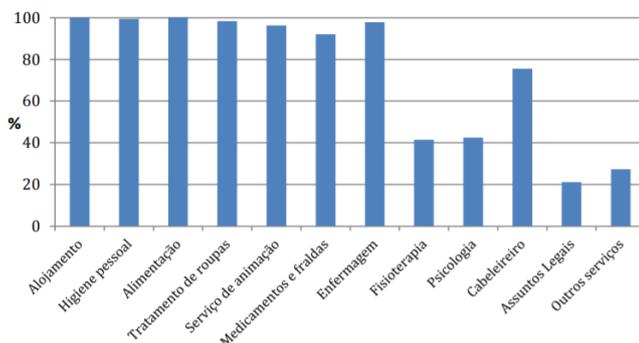


Gráfico 10: Distribuição percentual dos utentes em ERPI por serviços prestados, Continente – 2018
 Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>

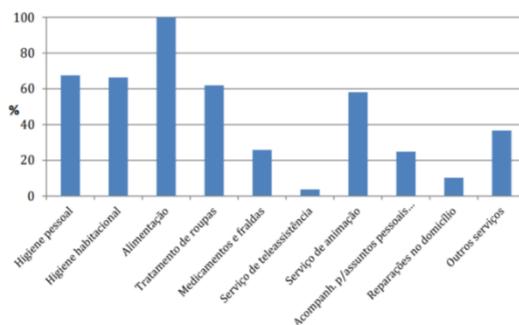


Gráfico 11: Distribuição percentual dos utentes em SAD por serviços prestados, Continente – 2018
 Fonte: Retirada de Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>

1.4 CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS

O aumento crescente do número de pessoas idosas e cada vez mais dependentes, fundamenta a necessidade de um olhar atento no cuidado e seus cuidadores. Na presença de sociedades cada vez mais envelhecidas, parece determinante a mobilização de todos os meios e intervenientes existentes, no sentido de encontrar soluções e respostas específicas às necessidades desta população (Vicente, Santos & Santiago, 2021).

Cuidar é promover a qualidade de vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, uma atividade nem sempre isenta de dificuldades (Chambel, 2016). Segundo São José (2016), cuidar diz respeito a uma relação de interconetividade e interdependência entre cuidador e pessoa cuidada, que objetiva a promoção de bem-estar e que pode acontecer em diferentes palcos ou configurações. A natureza desta relação pode ser de parentesco, social, estatal ou outra. A prática de cuidar envolve diversas atividades, ancorada em relações emocionais. De acordo com Antón (2016, p.13), o ato de cuidar acompanha todo o ciclo vital, dado que “somos cuidados a partir do nascimento, durante a adolescência, a idade adulta, à medida que vamos envelhecendo e, de um modo muito especial, quando adoecemos, no fim da vida e na morte”.

Cuidar de pessoas idosas envolve competências gerais e específicas para ações que preveem auxiliar o idoso incapacitado física ou mentalmente, total ou parcialmente, de realizar as suas atividades da vida diária e autocuidado objetivando-se atingir a dignidade necessária para a sua sobrevivência assim como preservação da qualidade de vida (Miranda, 2020). Entre o cuidador e a pessoa idosa pode, ou não, existir grau de parentesco e onde o primeiro pode ser remunerado pelo cuidado prestado. Os cuidados baseiam-se essencialmente no auxílio, ou mesmo substituição, da realização das suas atividades de vida diárias, como higiene pessoal e habitacional, alimentação, movimentação, eliminação, gestão terapêutica, entre outras tarefas.

Nesta sequência, importa distinguir os dois tipos de cuidadores, Cuidadores Informais (CI) e os Cuidadores Formais (CF). No caso dos CI, o cuidado ao idoso é assumido pela sua rede social, isto é, família, amigos, vizinhos com ausência de retribuição monetária. Já os CF dizem respeito a indivíduos titulares de um vínculo laboral a uma instituição que visa a prestação de cuidados à pessoa dependente e que recebem para tal uma remuneração pelo desempenho das suas funções. O palco do cuidado pode ser domiciliar (da pessoa cuidada) ou na própria instituição.

No panorama nacional, os cuidados à pessoa idosa dependente eram geralmente assumidos pelas famílias, como sendo, cônjuges, pais ou filhos. Ainda assim, nos últimos anos, perante

alterações a nível da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, como o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sozinhos (INE, 2021) e o aparecimento de novas formas de conjugalidade, a sociedade tem vindo a assumir um papel cada vez mais significativo refletido na expansão dos serviços formais (Firmino, Simões & Cerejeira, 2016).

O problema da dependência do idoso ganha crescente destaque perante a redução significativa da disponibilidade do apoio familiar enquanto cuidador (Giacomin, Duarte, Camarano, Nunes & Fernandes, 2018). O apoio do cuidador formal passa a ser opção na ausência de uma rede de apoio familiar capaz de responder às necessidades básicas, de autonomia e bem-estar dos idosos. Nestes casos, cabe aos profissionais das redes de apoio formal a promoção de um envelhecimento ativo, através da criação de condições para que os idosos sintam que a sua autonomia e participação social são fundamentais (Guerra et al, 2019).

O cuidador formal é uma pessoa capacitada para auxiliar o idoso com limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, estabelecendo pontes entre o idoso, família, instituições e comunidade (Miranda, Dias & Gunes, 2019).

Os cuidadores formais que prestam cuidados à pessoa idosa, fazem-no segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadoras específicas das instituições empregadoras, centrando-se no zelo pelo bem-estar biopsicossocial do idoso. Incluem-se atividades como, prestação de serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais (Sousa, 2020). Objetiva-se atenuar a incapacidade funcional, temporária ou permanente, da pessoa idosa. O cuidador deve, ainda, identificar as necessidades físicas e psíquicas do idoso e ao mesmo tempo avaliar as suas potencialidades, estimulando-os para que possam atingir a sua máxima capacidade de autonomia na realização das atividades de vida, onde a individualidade do idoso deve assumir uma posição central (Sousa, 2020).

O cuidado dirigido à pessoa dependente, onde se inclui o idoso, impõe competências diversificadas e transversais, com vista a uma eficaz gestão da doença (Miranda, 2020). Nesta sequência, emerge a necessidade de cuidadores formais detentores de qualificação e formação profissional adequada para a realização do cuidado permanente de pessoas idosas vulneráveis (Minayo, 2019). Não obstante, observa-se com frequência, pessoas que desempenham trabalho doméstico nos domicílios, cuidam de idosos dependentes, prestam assistência nas suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), administram medicamentos entre outros cuidados específicos, sem que tenham nenhuma qualificação ou preparação para o papel (Figueiredo, Gutierrez, Duran, Darder, Tirado, Silva & Carvalho, 2021). Segundo, Lampert, Scortegagna &

Grzybovski (2016), somente as famílias de maior poder económico, conseguem garantir assistência profissional qualificada.

Também Figueiredo et al (2021), evidenciou a precariedade do vínculo trabalho do cuidador formal, baixa escolaridade e deficiente qualificação destes profissionais, que prestam cuidado a idosos dependentes com exigência de atividades das mais simples às mais complexas. Parece determinante o conhecimento da realidade dos cuidadores formais, a complexidade das suas ações, experiências pessoais e inter-relações que envolvem o cuidado.

A baixa remuneração e valorização social da profissão, pode estar na origem da insatisfação e desmotivação do cuidador e consequente compromisso da qualidade do seu desempenho profissional. O desempenho das suas funções laborais associa-se, com alguma frequência, a uma importante exigência física e psicológica, por vezes a condições deficientes e com poucos recursos.

Ainda outros autores referem que, ao nível das competências do cuidador formal, estes são com frequências profissionais não diferenciados que prestam cuidados sem a orientação de um técnico superior de saúde, exercendo funções apenas sob a orientação da instituição empregadora, culminando numa oferta de serviços que não prima pela qualidade (Sousa e Menezes, 2015). Os mesmos autores consideram que a qualificação dos profissionais é determinante para a qualidade dos cuidados, pelo que defendem que deve existir uma preocupação com o recrutamento destes profissionais com perfis de qualificação adequados, uma forte aposta na formação contínua e criação de condições para a sua estabilidade na instituição, evitando grandes rotatividades. Um estudo levado a cabo por Dzhankarashvili (2017), destacou a elevada rotatividade destes profissionais. Uma grande maioria dos cuidadores formais exerciam a sua atividade laboral na atual instituição laboral há menos de cinco anos e que apenas uma minoria ia além dos 5 anos de serviço.

Face à notória exigência de cuidados da população idosa, ressalta a necessidade do cuidador, enquanto novo ator político, objeto de propostas de ações e de intervenções governamentais (Figueiredo et al, 2021). Para os mesmos autores, parece relevante que a atividade de cuidar de idoso passe de um trabalho para uma profissão que carece de regulamentação. Debert & Daniliaukas (2017), defende que o cuidador formal deve ocupar um espaço com fronteiras claras das suas atividades, evitando confundi-la com as atividades de outros profissionais.

Tendo em conta a complexidade envolvida no cuidado ao idoso, já evidenciada, sobressai a importância de profissionais mais qualificados, convergindo a sua ação para a promoção um envelhecimento com maior dignidade e qualidade de vida, pelo que parece determinante a

implementação de políticas públicas dirigidas para estes profissionais (Barbosa et al, 2017). Uma preparação eficaz dos cuidadores, elementos fundamentais das equipas multidisciplinares, proporcionará a qualidade da prestação dos seus cuidados, assim como a satisfação do cuidador no exercício das suas funções que consequentemente se refletirá na produtividade (Guerra et al, 2019). Nesta perspetiva, a intervenção do enfermeiro parece ser relevante na contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa através do desenvolvimento de ações de formação direcionadas para estes cuidadores.

Preparar estes profissionais é promover a aquisição de conhecimentos necessários para o adequado desempenho da sua atividade profissional.

A sociedade está em constante mudança, que se traduz numa necessidade permanente de atualização ou aquisição de novos conhecimentos, nomeadamente na vida profissional. Essa aquisição de novos conhecimentos, possibilitará uma melhoria na tomada de decisões e resolução de problemas, melhoria na comunicação, segurança no trabalho, assim como, no aumento da motivação e produtividade. Ademais, as instituições são confrontadas com exigências crescentes que se refletem numa necessidade imperiosa de melhorar as qualificações dos seus funcionários.

A aquisição, sedimentação, reciclagem e/ou atualização de conhecimentos, em contexto laboral, parecem ser essenciais para o desenvolvimento pessoal dos indivíduos, de boas práticas profissionais, assim como para as próprias instituições. A qualidade do serviço oferecido por uma instituição é traduzida essencialmente pelo desempenho profissional dos seus funcionários, onde a formação ocupa um papel central. A formação promove a adaptação às inovações, advindas de mundo em constante mudança, a qual deve ser contínua e norteada mediante as necessidades das instituições, dos funcionários e da sua população-alvo.

Dzhankarashvili (2017), no seu estudo apurou que as razões mais apontadas para o compromisso da formação dos cuidadores formais são a falta de tempo e a dificuldade nas deslocações para os locais da formação. O mesmo estudo destaca um reconhecimento da importância da formação e o seu contributo positivo na prestação de cuidados, na perspetiva de 80% dos inquiridos. Não obstante, um grande número deles não frequentou formação, pelo que se depreende que os cuidados prestados por estes profissionais desenvolvem-se tendo por base a aprendizagem em contexto de trabalho. Segundo a mesma autora, a qualificação e certificação dos recursos humanos parece não só facilitar e aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, mas também contribui para a melhoria das relações interpessoais, a organização e orientação do trabalho e a consequente satisfação dos familiares.

No estudo levado a cabo por Guerra et al (2019), todos os cuidadores relevaram a utilidade da formação na abordagem/cuidado aos idosos, reforçando a sua contribuição para o bem-estar dos idosos e dos próprios cuidadores. À semelhança, consideraram relevantes uma maior aposta na sua formação.

Entre a formação e o local de trabalho existe uma interação permanente, devendo a primeira assumir um processo contínuo que possibilite ao indivíduo estar atualizado e prestar um melhor serviço em contexto laboral, promovendo-se uma valorização pessoal e institucional. Parece imperioso que a nível institucional seja valorizado o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, para além do cumprimento exigido por lei, que atualmente corresponde a 35 horas anuais de formação contínua certificada (Assembleia da República, 2009).

É indiscutível a importância da certificação e /ou qualificação dos cuidadores, eles têm um papel central na qualidade do envelhecimento, não só na satisfação das necessidades básicas como também na qualidade de vida do próprio idoso (Dzhankarashvili, 2017).

A formação destes cuidadores formais pode ser realizada por várias entidades e vários profissionais de saúde, nos quais se incluem os enfermeiros. Perante o supracitado e designadamente perante o défice de formação desta comunidade, o enfermeiro deve intervir mediante ações de formação, de acordo com as necessidades, com vista a uma capacitação destes cuidadores e assim promover uma melhoria na prestação de cuidados à pessoa idosa. Pode inclusivamente ler-se, na linha c) do Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros, que estes devem colaborar com outros profissionais em programas que correspondam às necessidades de uma dada comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Direcionando para as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, este deve estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e deve realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Deste modo, o enfermeiro ao fazer uso de estratégias como formar e educar conduz ao “empowerment” dos indivíduos, grupos e comunidades, capacitando-os para uma análise crítica e escolhas fundamentadas (Duarte, 2018).

A organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) refere-se a “empowerment in health” como um processo que possibilita às pessoas a aquisição de maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde. O acesso à educação e à informação é essencial para uma efetiva

participação, possibilitando conseqüentemente o “empowerment” das pessoas e das comunidades.

Os cuidados de saúde encontram-se cada vez mais direcionados para o cuidar e não só para o curar, onde a profissão de cuidador ganha um crescente destaque, devendo adotar-se um olhar diferente para esta profissão, para a sua diversidade e dignidade profissional (Dzhankarashvili, 2017).

O envelhecimento populacional acarreta a exigência de uma sociedade que dê respostas à população idosa e que repense sobre a tarefa de cuidar de idosos e sobre a necessidade de possuir recursos humanos devidamente formados, que assumam uma prestação de cuidados adequada a esta população, proporcionando-lhes qualidade de vida e dignidade, quer se encontrem institucionalizados quer em contexto domiciliário (Duarte, 2018).

Face ao exposto, considera-se premente uma forte aposta na formação dos cuidadores formais da pessoa idosa, tendo em conta o crescente aumento da esperança de vida e da dependência para as atividades de vida diária. É fundamental um cuidar pautado pela excelência que potencie ao máximo a qualidade de vida da pessoa idosa. Ademais, parece determinante que as próprias instituições geriátricas procurem auscultar os cuidadores formais, com vista ao conhecimento das suas reais necessidades, para que possam promover maior satisfação profissional, que se refletirá num cuidar mais humano e proficiente (Guerra et al, 2019).

Outros estudos reclamam a necessidade do processo de capacitação dos cuidadores formais de idosos, perante a complexidade da velhice, superando fragilidades técnicas e favorecendo a construção de um pensamento crítico. É essencial abandonar estigmas, estereótipos e preconceitos, objetivando a melhoria da capacidade funcional da pessoa idosa com dependência. Por vezes escasseiam os recursos canalizados para a formação, sejam de natureza financeira ou educativa, além da falta de motivação dos cuidadores (Gianfrancisco, Dietrich, Garcia, Batistoni, Gutierrez & Falcão, 2017). É necessária maior sensibilidade por parte dos gestores institucionais na priorização de ações educativas e na sua importância para aprimorar a prestação de cuidados que se refletirá num melhor funcionamento institucional.

Gianfrancisco et al (2017), no seu estudo, constataram que as palavras mencionadas, de forma mais prevalentes, pelos cuidadores na caracterização do seu desempenho profissional, foram entre outras, amor, carinho, paciência, respeito. Parece claro que apesar destes sentimentos serem cruciais no processo de cuidar, são insuficientes para um exercício baseado na excelência. O cuidador da pessoa idosa deve ter preparação para que o seu cuidado vá além de ser apenas um “companheiro”, e sim um cuidado que vise uma boa qualidade de vida e bem-estar à pessoa cuidada (Gianfrancisco et al, 2017).

Segundo Figueiredo et al (2021), perante os desafios e a complexidade do cotidiano dos idosos dependentes e seus cuidados, parece relevante dar continuidade a estudos, pesquisas e investigações sobre a problemática do cuidar da pessoa idosa e assim influenciar a elaboração de políticas com atenção virada para os idosos dependentes e seus cuidadores, principalmente os formais, que experimentam o exercício de uma ocupação aliada a uma necessidade imperiosa de fortalecer uma identidade profissional.

1.5 MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

As teorias de Enfermagem são ferramentas fundamentais para ancorar a prática, funcionam como suporte conceitual que orientam e fundamentam as intervenções a realizar (Duarte, 2018). Promovem uma compreensão da realidade, reflexão e crítica alicerçada em evidência científica, culminando numa maior qualidade do desempenho profissional do enfermeiro (Correia, 2019).

Deste modo, parece pertinente enquadrar o projeto de intervenção comunitária no modelo teórico que melhor se adapte ao contexto. A escolha recaiu sobre o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, tendo em conta a população alvo e a influência dos stressores sobre o seu sistema.

O Modelo Teórico de Betty Neuman, também conhecido pela Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, surgiu em 1970 a partir das teorias de Gestalt, Filosóficas de Chardin e Bernard Marx, Geral dos Sistemas de Bertalanffy, Stress de Hans Seyle e a de Crise de Gerls Caplan (Pearson & Vaughan, 1992). Consiste num modelo dinâmico, flexível e global, que assegura estrutura, organização e orientação, permitindo dar respostas a intervenções complexas e processos na comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

O referido modelo compreende a existência de um núcleo central, que pode dizer respeito a uma pessoa, família ou comunidade, o qual se encontra protegido por linhas concêntricas, isto é, os recursos de energia do núcleo. As linhas de resistência referem-se a condições internas e apresentam-se como última barreira perante algum stressor. A sua eficácia pode auxiliar a restabelecer o estado normal de bem-estar, contrariamente à sua ineficácia, que pode culminar na morte da pessoa (Martins, 2014).

A linha normal de defesa representa o estado normal de bem-estar e direciona-se para as capacidades e habilidades da pessoa mediante as suas vivências. Traduz o equilíbrio ou a adaptação aos stressores. Com a quebra desta linha surgem sinais e sintomas de desequilíbrio no continuum saúde/doença (Martins, 2014).

A linha de defesa flexível, que corresponde à linha mais externa, é representativa de uma proteção suplementar perante as linhas de defesa normal e resistência, funcionando como amortecedor (Martins, 2014).

A natureza dinâmica destas linhas, possibilita intervenções preventivas em saúde (Martins, 2014).

Deste modo, uma pessoa, família ou comunidade, sujeita a fatores de stress, carece de reforço nas linhas de defesa para manter ou readquirir o equilíbrio, onde o profissional de enfermagem pode ter um papel determinante, especialmente na identificação dos problemas, reconhecimento das variáveis que influenciam o cliente e no reforço dos seus recursos (Braga & Silva, 2011).

Segundo George (2000), o modelo de sistemas de Betty Neuman, tem por base a teoria geral dos sistemas onde o cliente se apresenta como um sistema aberto em constante transformação. O aparecimento de um stressor pode influenciar negativamente a harmonia ou segurança desse sistema. Trata-se de um processo de adaptação dinâmico e contínuo. Segundo o mesmo autor, o modelo pode ser aplicado ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade, apresentando-se como um modelo holístico, que se adapta a todos os contextos de cuidados, particularmente em cuidados de saúde primários.

Os stressores definem-se como fenómenos passíveis de originar tensão e instabilidade do sistema, ou seja, influenciar a estabilidade biopsicossocial e espiritual dos indivíduos que o compõem. Estes fatores de stress podem ser extrapessoais, interpessoais ou intrapessoais. Os extrapessoais relacionam-se com forças exteriores ao sistema, os interpessoais dizem respeito a forças exteriorizadas entre duas ou mais pessoas, enquanto os intrapessoais envolvem a própria pessoa (George, 2000). “Os stressores interpessoais e extrapessoais correlacionam-se com o ambiente externo” (George, 2000, p. 230).

Segundo Alligood (2002, p.339) “Neuman defende a intervenção inicial quando se suspeita ou se identifica um stressor”. A prevenção primária, pressupõe assim, a avaliação da situação e diminuição da possibilidade de encontro com os fatores de risco que se correlacionam com os stressores.

A figura 1 ilustra a composição do modelo:

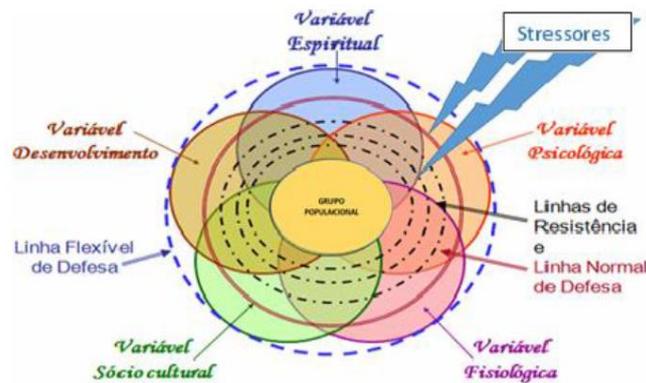


Figura 1: Esquema ilustrativo do Modelo Teórico de Betty Neuman
Fonte: Adaptado de Jeremias, R. & Rodrigues, F. (2010)

A comunidade pode ser abordada enquanto geopolítica ou grupo populacional como cliente. A comunidade geopolítica corresponde a um lugar, a uma área geográfica específica e delimitada. A comunidade enquanto grupo populacional como cliente diz respeito a grupos de indivíduos associados por características semelhantes, tais como estatuto socioeconómico, cultura, idade, valores ou políticas (Beddome, 1995). Os conceitos de contexto intrasistémico, intersistémico e extrasistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman, são aplicáveis em ambas as abordagens (Beddome, 1995). No grupo populacional enquanto cliente, o contexto intrasistémico diz respeito a um grupo de pessoas com características semelhantes. Já na comunidade geopolítica como cliente, o contexto intrasistémico consiste na população que reside dentro de uma região. A pessoa/grupo ou comunidade é apreciada como um sistema constituído de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo do ciclo vital), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas). A apreciação dos contextos intersistémico e extrasistémico do grupo populacional ou da comunidade geopolítica como cliente, é feita mediante oito subsistemas: Educativo, Saúde e Segurança, Sociocultural, Comunicação e Transportes, Recreativo e Lazer, Político e Segurança, Económico e Religioso (Beddome, 1995).

De acordo com esta teórica, as intervenções de enfermagem direcionam-se no sentido do auxílio para alcançar ou manter a estabilidade do sistema, podendo ocorrer antes, ou depois das linhas protetoras de defesa e de resistência serem atravessadas. Neuman identifica três níveis de intervenção: prevenção primária, secundária e terciária. Prioriza a intervenção precoce quando se suspeita ou se identifica um fator de stress – prevenção primária. Esta intervenção

acontece antes do sistema reagir a um stressor, mas o grau de risco é conhecido. Inclui a promoção da saúde (Neuman,1995). O enfermeiro deve, assim, conhecer e compreender a comunidade como cliente, identificando as suas necessidades, os problemas, as forças e recursos.

Neste seguimento, o presente projeto de intervenção visa intervenções de enfermagem centradas no auxílio do sistema cuidadores formais para alcançar ou preservar a estabilidade, promovendo os ajustes necessários às suas condutas de atuação, através do aumento/atualização de conhecimento de acordo com as suas necessidades formativas. Objetiva-se uma melhor prestação cuidados à pessoa idosa contribuindo para um envelhecimento digno.

De acordo com o modelo teórico da Betty Neuman pode ser enunciado o seguinte diagnóstico, como suporte para elaboração do presente projeto de intervenção comunitária: “Ameaça à linha de defesa dos cuidadores formais relacionada com stressores intrapessoais”, défice de conhecimentos evidenciado por dificuldades na prestação de cuidados diários e necessidades formativas.

2 METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Planear pode significar, pensar no futuro, controlar ou ainda tomar decisões. Diz respeito a ações futuras, transformar a realidade de forma mais eficiente. Planear diz respeito a um processo que leva à tomada de decisão sobre o que fazer, como o fazer e como avaliar o que foi feito. É um processo que objetiva selecionar, entre várias alternativas, um percurso de ação. Não constitui um fim em si mesmo, não se resume a um documento lógico e bem-apresentado, o planeamento implica ação. Constitui-se como um processo contínuo, dinâmico e flexível, que possibilita uma adaptação contínua à realidade. Existe uma interação contínua entre o planeamento e a realidade, que se apresenta como fator determinante do seu sucesso (Tavares, 1990). Através de um planeamento eficaz e bem concebido, é possível uma redistribuição de recursos com vista a uma maior eficiência.

A metodologia utilizada para a realização do presente projeto de intervenção comunitária, segue as fases da metodologia do planeamento em saúde, que, por conseguinte, segue as fases habituais de qualquer processo de planeamento. O conhecimento das etapas do planeamento em saúde promove intervenções adequadas nesta área, permitindo a realização de projetos eficientes direcionados para problemas de saúde (Tavares, 1990).

O planeamento em saúde é um processo contínuo, em que as suas etapas se encontram em permanente interligação (Figura 2). Esta interdependência entre etapas, pode levar a que fases anteriores fiquem sujeitas a revisão, ajustes, reformulação ou aperfeiçoamento, para que melhor se adaptem às necessidades e realidades da população, enriquecendo o processo (Imperatori & Giraldes, 1993).

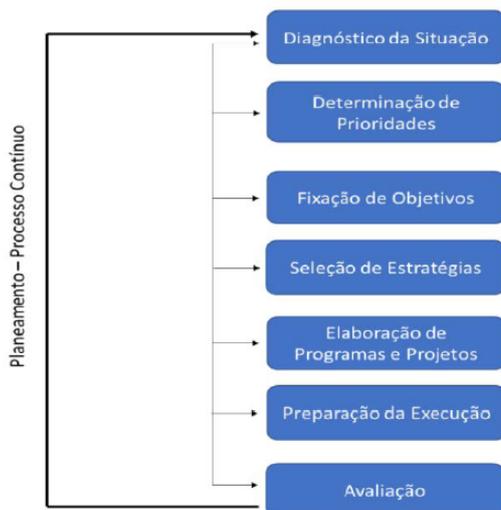


Figura 2: Etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde
Fonte: Adaptado de Imperatori & Giraldes (1982) e Tavares (1990)

2.1 METODOLOGIA DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Para um completo Diagnóstico de Saúde pareceu relevante não só recorrer a pesquisa documental, como também à realização de entrevistas a informadores-chave, como instrumento de colheita de dados (Apêndice I). Estes elementos, sendo conhecedores da população abrangida pela unidade de saúde, apresentam-se como elementos-chave nesta primeira etapa.

Assim realizou-se uma entrevista não estruturada a informadores-chave. Para Fortin (2003, p.245), “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”. Segundo o mesmo autor, numa entrevista não estruturada é dada liberdade ao participante para expor as suas ideias, sendo comumente utilizada em estudos exploratórios. Para a elaboração do diagnóstico da situação é fundamental o recurso a instrumentos de diagnóstico, que possibilitem identificar e validar os problemas, aos quais se pretende dar resposta, sendo que a escolha do método que se utiliza depende de vários fatores como sendo, os objetivos, o tempo disponível, o contexto e os participantes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A entrevista foi centrada numa questão aberta que objetivava conhecer, na perspetiva dos entrevistados, quais as necessidades relevantes para uma pertinente intervenção comunitária, no âmbito do envelhecimento e designadamente da relação entre a população idosa e seus cuidadores. Foram entrevistados 3 informadores-chave (profissionais de enfermagem). Os entrevistados preencheram e assinaram, previamente à entrevista, os consentimentos informados (Apêndice II). A entrevista foi realizada em tempo laboral ou num momento considerado oportuno para os entrevistados. Os custos associados foram suportados pela investigadora principal, sem qualquer custo para os participantes. Os dados recolhidos ficaram na posse da investigadora que os utilizará exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados obtidos. Foi garantido o anonimato. A análise das entrevistas foi feita através da análise de conteúdo de Bardin.

Para Bardin (2009), o termo análise de conteúdo designa, um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam alcançar, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (de natureza quantitativa ou não) que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. O mesmo autor, indica que a utilização da análise de

conteúdo prevê três fases fundamentais, pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

2.2 METODOLOGIA DA IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS DA POPULAÇÃO ALVO

Mediante o estudo, previamente realizado, da rede de serviços e equipamentos de apoio formal à pessoa idosa, disponíveis no Município, foram selecionadas as três instituições com maior número de utentes como locais para desenvolver o projeto de intervenção comunitária. As instituições serão, de ora em diante, apelidadas por Instituição A, Instituição B e Instituição C.

Neste seguimento, via correio eletrónico, foram pedidas e obtidas as autorizações, junto dos dirigentes das instituições selecionadas (Apêndice III), para a implementação do projeto de intervenção comunitária, onde se solicitou a sua colaboração e envolvimento no referido estudo. Os pedidos foram efetuados formalmente, com prévio contacto telefónico, realizado pela autora do projeto em parceria com a supervisora clínica, onde foi apresentada a proposta de intervenção de forma sucinta. Os pedidos de autorização descrevem resumidamente as fases da presente intervenção comunitária. A direção técnica das três instituições aceitou, prontamente e sem objeções, colaborar.

No sentido de identificar as reais necessidades de formação da população alvo, foi elaborado, pela autora, um questionário (Apêndice IV) destinado aos cuidadores formais - assistentes operacionais em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou sob SAD. Foi igualmente elaborado um consentimento informado (Apêndice V) destinado aos cuidadores formais e assinado por todos os que aceitaram participar do estudo.

Previamente ao preenchimento do termo de consentimento, foram fornecidas todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo, incluindo o propósito do questionário na identificação das necessidades de formação e o desenvolvimento de ações de formação de acordo com as suas respostas. Desta forma, foi assegurada uma participação livre e esclarecida.

Os questionários e os consentimentos informados foram enviados via correio eletrónico ao cuidado das diretoras técnicas de cada uma das instituições, que procederam à sua distribuição. Na aplicação do instrumento de colheita de dados, os cuidadores formais – assistentes operacionais foram informados do que se pretendia e esclarecidas todas as dúvidas acerca do seu preenchimento. O preenchimento do questionário demorou aproximadamente 15 minutos.

Foi realizado um pré-teste ao referido instrumento de colheita de dados a 1 assistente operacional de cada instituição, onde se pretendia a sua aplicação, permitindo avaliar se as questões eram compreensíveis e não causavam dúvidas. Segundo Fortin (1999, p.253), “o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada”. Segundo o mesmo autor, permite ainda, modificar ou corrigir o questionário.

Através deste pré-teste foi possível perceber dificuldade na compressão das questões, originando resposta incorretas. O questionário foi então reformulado (Apêndice VI), novamente aplicado e desta vez validado.

O referido instrumento de colheita de dados é composto por perguntas fechadas, dividido em duas partes, a primeira permite a caracterização da população, a segunda parte incide sobre a problemática em estudo, objetivando conhecer as maiores dificuldades na prestação de cuidados diários ao idoso e as mais prementes necessidades formativas sentidas pelos cuidadores formais – assistentes operacionais.

A direção técnica de cada instituição encarregou-se da recolha dos questionários. Foi articulada uma data para a recolha dos documentos nas instituições, que foi feita pela autora do projeto. De salientar que, além das diretoras técnicas, contou-se com a colaboração das encarregadas das instituições, como elementos de referência e dinamizadores da presente intervenção comunitária.

Parece evidente a relevância do envolvimento da população na fase da determinação das necessidades, resultando em diagnósticos mais dirigidos e contextualizados.

A estruturação e análise dos dados obtidos, foi feita, com recurso ao aplicativo Excel 2007 e o software IBM SPSS Statistics Versão 2.4 (Statistical Package for Social Science). Foi cumprido o anonimato e assegurada a confidencialidade.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo é constituída pelos cuidadores formais – assistentes operacionais a prestar cuidados diretos à pessoa idosa nos três equipamentos/serviços de apoio formal à pessoa idosa com maior número de utentes, no concelho. Incluem-se os cuidadores formais em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou sob SAD, qualquer que seja o vínculo laboral. A população alvo é constituída por 69 cuidadores formais, 20 cuidadores da Instituição A, 24 cuidadores da Instituição B e 25 cuidadores da Instituição C.

A seleção da amostra foi feita de acordo com o método de amostragem por conveniência, que consiste na utilização de um grupo de indivíduos que esteja disponível ou que seja voluntário e que cumpra os critérios de inclusão (Carmo & Ferreira, 1998). Considera-se uma amostragem não probabilística, em que os sujeitos irão ser selecionados em concordância com um ou mais critérios relevantes para o investigador, tendo em conta os objetivos do trabalho de investigação (Carmo & Ferreira, 1998).

Os critérios de inclusão na amostra são os seguintes:

- Ser cuidador formal em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou sob SAD;
- Saber ler e escrever;
- Aceitar participar;
- Dar o seu consentimento informado.

Critérios de exclusão – serão excluídos todos os cuidadores que não reunirem os critérios de inclusão.

Constituiu-se, assim, uma amostra total de 56 cuidadores formais da pessoa idosa, 14 cuidadores da Instituição A, 20 cuidadores da Instituição B e 22 cuidadores da Instituição C.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação envolvendo seres humanos levanta questões morais e éticas (Fortin, 1999).

A Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos que deve cumprir no seu exercício, onde se inclui a investigação (Nunes, 2013).

Nesta sequência, foram respeitados os requisitos legais e éticos, necessários à implementação do projeto de intervenção comunitária.

Foi pedido e obtido formalmente o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Relativamente aos locais onde se pretende implementar o projeto, foi pedida e obtida autorização através de correio eletrónico.

Previamente ao preenchimento do termo de consentimento e do instrumento de colheita de dados (questionário), foram fornecidas, aos cuidadores formais, todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo, incluindo o propósito do questionário, assegurando desta

forma, uma participação livre e esclarecida, garantindo o anonimato e fomentado uma participação voluntária e gratuita. Foi pedido o consentimento informado, livre e esclarecido a todos os participantes. Foi clara a possibilidade de recusa de participação e abandono do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos análogos à Declaração de Helsínquia de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Todo o processo foi realizado em ambiente de privacidade. Este estudo garante a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Antes da análise dos dados, os questionários serão codificados com números de forma aleatória. Serão armazenados num arquivo fechado enquanto os resultados ficarão guardados em pasta própria, protegido por palavra-chave, no computador pessoal de utilização exclusiva da autora do projeto. Numa fase final, os dados serão destruídos por trituradora de papel e eliminados do computador pessoal.

3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com o Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o Enfermeiro possui a capacidade de avaliar o estado de saúde de uma comunidade, identificando os seus problemas e as suas necessidades.

A primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo de realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Prevê a identificação de problemas de saúde e as necessidades da população em estudo (Tavares, 1990). De acordo com o mesmo autor, esta etapa deve ir ao encontro das necessidades do próprio processo de planeamento, ser alargada e aprofundada, onde é crucial a noção de causalidade, o conhecimento dos determinantes dos problemas, bem como da evolução prognóstica, análise do seu desenvolvimento e perspectivas. Ainda assim, o diagnóstico deve ser conciso e claro para que seja facilmente compreensível por todos os intervenientes (Imperatori e Giraldes, 1993).

Com o objetivo de conhecer as reais necessidades de saúde do contexto de intervenção e designadamente da sua população, elevou-se a necessidade de proceder ao seu estudo, conhecer as suas particularidades, identificar os seus problemas e recursos.

Foi relevante conhecer os projetos e programas integrados na carteira da UCC, conhecer o seu funcionamento e as atividades desenvolvidas, assim como, analisados alguns documentos, como sendo, Plano de Ação da UCC, Relatório de Atividades, Perfil Local de Saúde – Alentejo Central, Plano local de Saúde – Alentejo Central, Diagnóstico Social – Alentejo Central, Plano de Desenvolvimento Social do concelho. Foi igualmente importante consultar a Plataforma Digital da Câmara Municipal do município bem como efetuar pesquisa e análise de alguns Indicadores Demográficos da região e concelho. Posto isto, foi possível caraterizar o concelho, a população, recursos e identificar áreas problemáticas.

3.1 CARATERIZAÇÃO GEODEMOGRÁFICA DO CONCELHO

Para uma contextualizada intervenção, importa considerar uma caraterização geodemográfica da região.

O Alentejo Central (NUTS III) coincide com a área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC). É um território com 14 municípios e 69

freguesias, com cerca de 170.000 habitantes em 7400 Km². Está organizado na Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central (CIMAC).



Figura 3: Mapa dos Concelhos do Alentejo Central

Fonte: Retirado de “Planos Locais de Saúde | Estratégia da Saúde ACES Alentejo Central | 2017” disponível em: https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2017/09/Plano_Local_Saude_ACES_AC_Vfinal_.pdf

O concelho alvo de intervenção, localiza-se na Região Alentejo e pertence ao distrito de Évora. É confinado por sete concelhos, sendo banhado pela albufeira de Alqueva, numa extensão de 200 km². Abrange uma área de cerca de 474 Km² e é composto por 4 freguesias.

Quanto aos indicadores demográficos apresentam-se abaixo os considerados mais relevantes, à data da realização do diagnóstico de situação.

	2010		2019	
	Município em estudo	Portugal	Município em estudo	Portugal
População residente	10 880	10 573 100	10 026	10 286 263
Superfície em km ²	-	-	-	-
Densidade populacional número médio de indivíduos por km ²	-	-	21,6	111,5
Jovens (%) menos de 15 anos	14,3	15,2	12,5	13,6
População em idade activa (%) 15 aos 64 anos	61,7	66,3	62,6	64,4
Idosos (%) 65 e mais anos	24,0	18,5	24,9	22,0
Índice de envelhecimento idosos por cada 100 jovens	168	122	199	161

Tabela 3: Indicadores demográficos do Município

Fonte: Adaptada de PORDATA em 2021. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios>

O índice de envelhecimento, em 2019, no país foi de 161%, na região do Alentejo Central de 214,1% e no município em estudo de 199%. Este indicador tem mostrado uma tendência crescente nos últimos anos (PORDATA, 2020).

O índice de dependência de jovens em 2019, no país foi de 21,2%, na região do Alentejo Central de 19,8%, e no município em estudo de 20,0%. Já o índice de dependência de idosos registou o valor 34,2% a nível nacional, 42,4% na região Alentejo Central e no município em estudo um valor de 39,7%. Este último indicador de saúde tem mostrado um aumento desde 2001 (PORDATA, 2020).

O índice de longevidade tem mostrado uma tendência crescente nos últimos anos e no ano de 2019 no país foi de 48.5%, no Alentejo Central de 55% e no município em estudo de 56,1% (PORDATA, 2020).

O Índice de Sustentabilidade Potencial (número de indivíduos em idade ativa por idoso) tem mostrado uma redução nos últimos anos e para o ano de 2019 registava um valor de 2,9 no país, 2,4 no Alentejo Central e 2,5 no município em estudo (PORDATA, 2020).

A taxa bruta de natalidade, em 2019, no país foi de 8,4‰, na região de saúde do Alentejo Central foi de 7,45‰ e no município em estudo foi de 8.1‰. Valor que tem mostrado um decréscimo. Relativamente ao índice sintético de fecundidade, em 2019, registou-se no país um valor médio de 1,42 filhos por mulher em idade fértil, na região do Alentejo Central o valor de 1.43 e no município em estudo um valor de 1.56. (PORDATA, 2021).

A esperança de vida à nascença quer na região de saúde do Alentejo, quer a nível nacional, tem aumentado (Tabela 4), registando no ano de 2018 para ambos os sexos, valores de 80,4 anos e 80,9 anos respetivamente (PORDATA, 2020).

Territórios	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
Anos	2001	2018	2001	2018	2001	2018
Portugal	76,7	80,9	73,3	78,0	80,1	83,5
— Continente	76,9	81,1	73,5	78,2	80,2	83,7
Norte	77,1	81,3	73,7	78,4	80,2	83,9
Centro	77,4	81,2	74,2	78,3	80,4	83,9
Área Metropolitana de Lisboa	76,4	81,0	72,8	78,1	79,7	83,5
Alentejo	76,7	80,4	73,3	77,4	79,9	83,0
Algarve	76,6	80,0	72,8	76,5	80,3	83,2
+ Região Autónoma dos Açores	73,6	77,9	70,0	74,3	77,2	81,3
+ Região Autónoma da Madeira	73,3	78,4	68,6	74,4	77,2	81,5

Tabela 4: Indicadores demográficos - esperança de vida à nascença

Fonte: PORDATA, 2020. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Municipios/Espan%a7a+de+vida+%a0+nascen%a7a+total+e+por+sexo-873>

A esperança de vida aos 65 anos quer na região de saúde do Alentejo, quer a nível nacional, tem aumentado nos últimos anos (Tabela 5), registando no ano de 2018 para ambos os sexos, valores de 19,3 anos e 19,6 anos respetivamente (PORDATA, 2020).

Territórios	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
Anos 🇵🇹	2001	2018	2001	2018	2001	2018
Portugal	17,1	19,6	15,2	17,7	18,6	21,0
— Continente	17,2	19,7	15,3	17,9	18,6	21,2
Norte	17,3	19,8	15,4	18,0	18,6	21,1
Centro	17,3	19,8	15,6	17,8	18,7	21,2
Área Metropolitana de Lisboa	17,0	19,9	15,0	18,0	18,4	21,5
Alentejo	16,9	19,3	15,2	17,4	18,3	20,9
Algarve	17,4	19,4	15,6	17,3	18,9	21,1
+ Região Autónoma dos Açores	14,9	17,5	13,1	15,5	16,4	19,0
+ Região Autónoma da Madeira	15,4	17,7	13,3	15,0	16,8	19,4

Tabela 5: Indicadores demográficos - esperança de vida aos 65 anos
 Fonte: PORDATA, 2020. Disponível em:
<https://www.pordata.pt/Municipios/Esperanca%20de%20vida%20aos%2065%20anos%20total%20por%20sexo-872>

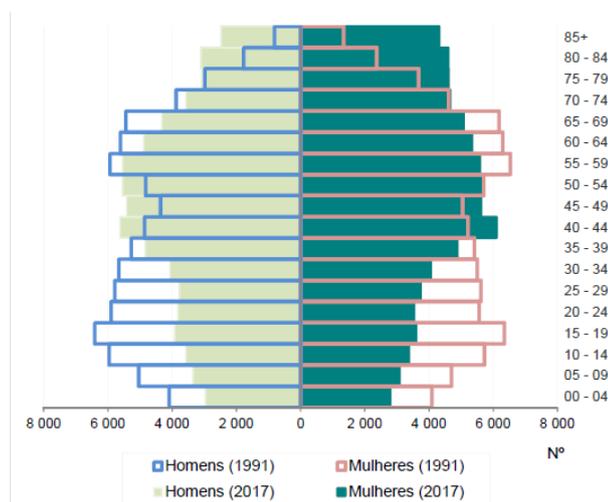


Figura 4: Pirâmide etária do ACeS Alentejo Central, 1991 e 2017
 Fonte: Retirada de Perfil Local de Saúde 2019, ACeS Alentejo Central. Disponível em:
http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/PeLS2018_A50_ACeS_Central_ed_2019.pdf

Indicadores demográficos	2060	2012	Variação %
População 0-14 anos	60 192	101 049	-40%
População 15-64 anos	280 905	468 668	-40%
População 65+	195 640	178 982	+10%
Índice de envelhecimento	325	177	
Índice de sustentabilidade potencial	144	262	

Tabela 6: Projeção de população residente no Alentejo 2012-2060

Fonte: Planos Locais de Saúde | Estratégia da Saúde. ACES Alentejo Central | 2017. Disponível em: https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2017/09/Plano_Local_Saude_ACES_AC_Vfinal_.pdf

De acordo com o perfil de saúde apresentado acima, pode dizer-se que o território do Alentejo Central (NUTS III) apresenta uma população envelhecida e com esperança média de vida cada vez mais longa. A pirâmide etária é típica dos países desenvolvidos, sendo que no Alentejo e Alentejo Central os índices de envelhecimento são superiores aos nacionais, refletindo-se já na pirâmide etária. As mesmas regiões têm acompanhado a tendência nacional na esperança média de vida. Em média, a população do Alentejo Central ganha a cada ano mais 3 meses de vida (DGS, 2017).

No território do Alentejo Central, verifica-se um decréscimo continuado da população residente, que perdeu a capacidade de se autorregenerar. A estrutura etária da população está acentuadamente envelhecida, com uma evolução crescente do rácio de dependência dos idosos (DGS, 2017).

O Referencial Estratégico para o Desenvolvimento Social do Alentejo Central, Relatório I - Diagnóstico Social do Alentejo Central 2017, concluiu que o envelhecimento da população é uma preocupação, essencialmente devido às exigências e problemáticas daí resultantes como sendo, o isolamento, a necessidade de equipamentos e ajudas técnicas em termos de cuidados de saúde bem como a gestão dos mesmos e as necessidades de resposta a problemáticas emergentes como a demência. A quase totalidade dos municípios destacou a questão do envelhecimento da população e a necessidade de dinamizar ações no âmbito do envelhecimento ativo (Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central [CIMAC], 2020).

3.2 REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Relativamente ao perfil de recursos e serviços de saúde do Alentejo Central, os cuidados de saúde hospitalares são assegurados pelo Hospital Espírito Santo de Évora e os CSP

(Cuidados de Saúde Primários) pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central. A reforma dos CSP, levada a cabo nos últimos anos, abrange como principais medidas a reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), estruturados em Unidades Funcionais, nomeadamente, Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (UCP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

O Centro de Saúde do município alvo de intervenção, integra uma UCC. A presente projeto de intervenção comunitária surgiu no âmbito do estágio final que decorreu na referida unidade, a qual é constituída por uma equipa pluridisciplinar:

- 6 Enfermeiros, dos quais 1 Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, 1 Enfermeira Mestre em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde, 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública;
- 1 Fisioterapeuta;
- 1 Nutricionista;
- 1 Psicóloga;
- 1 Assistente Social;
- 1 Higienista Oral.

3.3 REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE APOIO FORMAL À PESSOA IDOSA

De acordo com o Referencial Estratégico para o Desenvolvimento Social do Alentejo Central, Relatório I - Diagnóstico Social do Alentejo Central 2017, a população idosa constitui-se como um grupo particularmente vulnerável à pobreza e exclusão, quer pelos rendimentos reduzidos quer por situações de isolamento, físico e relacional. Assim, e perante um território como o Alentejo Central, marcado pelo envelhecimento progressivo da população e pela desertificação, os equipamentos e respostas sociais dirigidas à população com 65 e mais anos de idade, assumem especial importância. Estes equipamentos, como lar de idosos e residência, centros de dia, serviço de apoio domiciliário, centros de convívio, objetivam para além da satisfação das atividades diárias do quotidiano, a promoção da sua inclusão e participação na comunidade (CIMAC, 2020).

Nesta perspetiva, e de acordo com o plano de desenvolvimento social 2016-2018 do concelho de intervenção, também o idoso e o envelhecimento são alvo de destaque. A prioridade 1 deste plano direciona-se para o idoso, saúde e respostas sociais com o objetivo global de melhorar a qualidade e eficiência das respostas sociais, operando efeitos, entre outros, ao nível da qualidade de vida dos idosos e dos beneficiários de apoio social. Dentro desta

prioridade e na área do idoso, uma das medidas de operacionalização é o envelhecimento ativo, o qual, compreende um objetivo SMART direcionado ao desenvolvimento de ações que visam a qualificação para cuidadores. Na área da saúde, uma das medidas de operacionalização é a saúde e comunidade, onde um dos objetivos SMART se direciona para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde dirigidas à comunidade, estabelecendo parceria com a UCC que abrange o concelho (Concelho Social, 2015).

Relativamente à rede de serviços e equipamentos de apoio formal à pessoa idosa disponíveis no município de intervenção, destacam-se 7 instituições, que passam a ser apelidadas de Instituição A, B, C, D, E, F, G (Tabela 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13), as quais possuem uma capacidade total para 196 utentes (Carta Social, 2021).

<i>Respostas Sociais</i>	<i>Capacidade</i>	<i>Utentes</i>	<i>Horário</i>	<i>Última Actualização</i>
<i>Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)</i>	31	28	08:00 - 18:00	2021-01-19
<i>Centro de Dia</i>	20	20	08:00 - 18:00	2021-01-19
<i>Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)</i>	20	17	24 H	2021-01-19

Tabela 7: Instituição A

Fonte: Retirada da Carta Social. Consultada em junho 2021. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?cod_area=21&valencia=2107&equip=1095

<i>Respostas Sociais</i>	<i>Capacidade</i>	<i>Utentes</i>	<i>Horário</i>	<i>Última Actualização</i>
<i>Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)</i>	20	20	09:00 - 18:00	2021-03-16
<i>Centro de Convívio</i>	15	0	07:00 - 20:00	2021-03-16
<i>Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)</i>	86	69	24 H	2021-03-01

Tabela 8: Instituição B

Fonte: Retirada da Carta Social. Consultada em junho 2021. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?cod_area=21&valencia=2107&equip=1097

<i>Respostas Sociais</i>	<i>Capacidade</i>	<i>Utentes</i>	<i>Horário</i>	<i>Última Actualização</i>	<i>Certificações</i>
					<i>Norma ISO</i>
<i>Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)</i>	30	29	08:00 - 19:00	2021-02-11	ISO9001
<i>Centro de Dia</i>	26	2	08:00 - 18:30	2021-02-15	ISO9001
<i>Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)</i>	45	44	24 H	2021-02-15	ISO9001

Tabela 9: Instituição C

Fonte: Retirada da Carta Social. Consultada em junho 2021. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?cod_area=21&valencia=2107&equip=1801

<i>Respostas Sociais</i>	<i>Capacidade</i>	<i>Utentes</i>	<i>Horário</i>	<i>Última Actualização</i>
<i>Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)</i>	10	10	07:30 - 19:00	2019-06-14
<i>Centro de Dia</i>	30	16	00:30 - 19:30	2019-06-14
<i>Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)</i>	17	14	24 H	2020-12-23

Tabela 10: Instituição D

Fonte: Retirada da Carta Social. Consultada em junho 2021. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?equip=1096

<i>Respostas Sociais</i>	<i>Capacidade</i>	<i>Utentes</i>	<i>Horário</i>	<i>Última Actualização</i>
<i>Centro de Dia</i>	7	4	08:00 - 20:00	2019-01-31
<i>Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)</i>	7	7	24 H	2020-12-23

Tabela 11: Instituição E

Fonte: Retirada da Carta Social. Consultada em junho 2021. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?cod_area=21&valencia=2107&equip=21524

<i>Respostas Sociais</i>	<i>Capacidade</i>	<i>Utentes</i>	<i>Horário</i>	<i>Última Actualização</i>
<i>Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)</i>	10	7	08:30 - 19:00	2019-02-01
<i>Centro de Dia</i>	18	16	07:00 - 19:00	2021-04-08
<i>Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)</i>	14	14	24 H	2020-12-23

Tabela 12: Instituição F

Fonte: Retirada da Carta Social. Consultada em junho 2021. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?cod_area=21&valencia=2107&equip=16009

<i>Respostas Sociais</i>	<i>Capacidade</i>	<i>Utentes</i>	<i>Horário</i>	<i>Última Actualização</i>
<i>Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)</i>	25	25	09:00 - 19:00	2021-02-26
<i>Centro de Dia</i>	25	20	09:00 - 19:00	2019-06-14
<i>Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência)</i>	7	11	24 H	2021-02-26

Tabela 13: Instituição G

Fonte: Retirada da Carta Social. Consultada em junho 2021. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisadetalhe.php?cod_area=21&valencia=2107&equip=16007

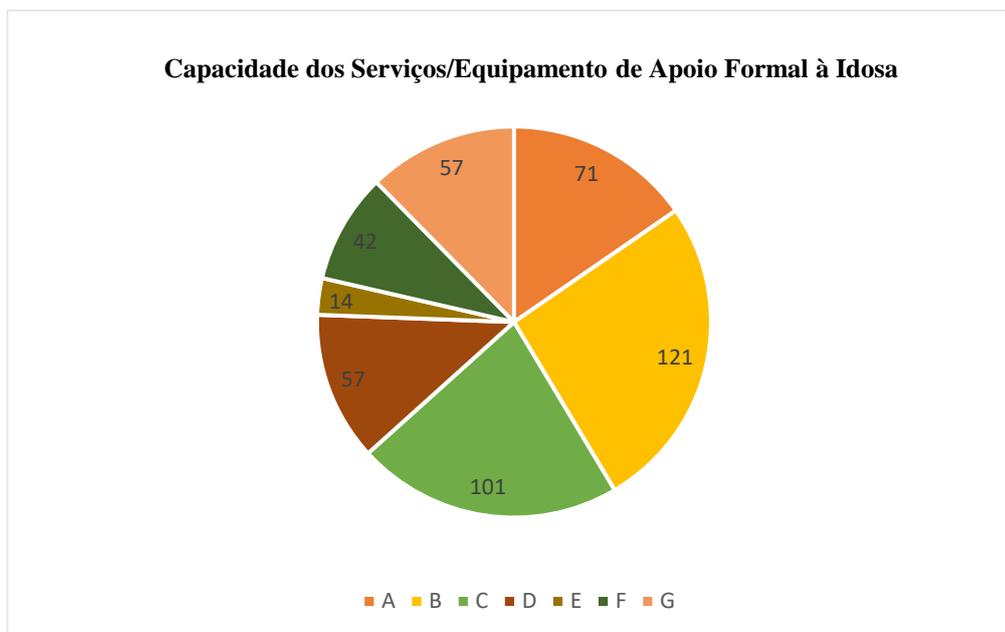


Gráfico 12: Rede de Serviços e Equipamentos de Apoio Formal à Pessoa Idosa disponíveis no Município de intervenção, de acordo com a capacidade
Fonte: Elaboração própria

De acordo com o supramencionado, a maior capacidade de utentes pertence à Instituição A, B e C (Gráfico 12), locais onde foi desenvolvida a presente intervenção comunitária.

3.4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA AOS INFORMADORES CHAVE

Conforme já mencionado, foi realizada uma entrevista a informadores-chave que permitiu, após análise de conteúdo, identificar os problemas considerados prioritários para um projeto de intervenção comunitária, no concelho de área abrangida pela unidade de saúde onde foram desenvolvidos os estágios. Além dos dados demográficos e epidemiológicos, assim como os proporcionados com o levantamento de recursos existentes no concelho, estas entrevistas permitiram clarear o diagnóstico de situação de saúde na área do envelhecimento.

Deste modo, foi possível a identificação de três problemas prioritários: a necessidade de um Envelhecimento ativo e saudável, a dependência da pessoa idosa com necessidade de cuidador formal, a necessidade de capacitação do cuidador formal.

3.5. ANÁLISE DE RISCO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), para que a elaboração de um projeto fique completa, é necessário que se faça uma análise dos prováveis obstáculos à execução dos mesmos. De acordo com os mesmos autores, os obstáculos podem ser de vários tipos, como sendo, recursos de ordem quantitativa (pessoal, equipamento, etc.) e recursos de ordem qualitativa (atitudes dos profissionais de saúde). Podem ainda ser relativos ao meio ambiente, a aspetos administrativos ou financeiros, de ordem legal e relativos à atitude da população face aos projetos a executar.

Nesta sequência, foi elaborada uma análise relativamente aos possíveis obstáculos ao projeto, que se encontram no quadro de Análise Swot (Tabela 14).

Análise Swot	
Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidade ao nível do espaço físico e material didático para a realização das sessões de formação;• Motivação da enfermeira mestranda para a implementação do projeto;• Envolvimento da equipa da UCC e da equipa dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade na adesão e na resposta em tempo útil dos questionários por parte dos cuidadores formais;• Baixa adesão dos cuidadores formais às sessões de formação;• Necessidade de reforço de recursos humanos durante implementação do projeto.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">• Apropriação do tema;• Importância da temática a nível nacional e internacional;• Existência de evidência científica disponível na área da problemática identificada.	<ul style="list-style-type: none">• Escassez de tempo;• Custos elevados associados à execução do projeto.

Tabela 14: Análise Swot
Fonte: Elaboração própria

4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Melo (2020), a etapa de determinação de prioridades em saúde comunitária, consiste na segunda etapa do planeamento em saúde, assumindo extrema importância no que diz respeito à gestão dos escassos recursos, de forma a responder às necessidades das populações e comunidades. Esta etapa é diretamente condicionada pelo diagnóstico da situação e influenciará a etapa seguinte: a fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

A determinação de prioridades surge como um processo de tomada de decisão, tendo por base o planeamento estabelecido, a utilização eficaz dos recursos e a otimização dos resultados a atingir. Deste modo, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de forma a compreender quais os problemas de saúde que devem ser abordados em primeiro lugar (Tavares, 1990).

Imperatori & Giraldes (1982), baseados no modelo proposto pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de saúde (CENDES-OPAS), identificam três critérios cruciais na definição das prioridades, sendo estes a magnitude do problema, a transcendência social e económica, e a vulnerabilidade. No que diz respeito à magnitude do problema, esta aborda-o segundo a dimensão da população atingida. A transcendência considera o problema tendo em conta o impacto social e económico em determinados grupos etários da população e a vulnerabilidade relaciona-se com a forma de resposta ao problema, tendo em conta os recursos disponíveis.

Segundo Tavares (1990), existem ainda outros critérios que devem ser tidos em conta na definição de prioridades, tais como: o nível de conhecimento da relação entre o problema e fatores de risco, a gravidade do problema, a pertinência da implementação do projeto, os recursos disponíveis, a exequibilidade do projeto a nível tecnológico, deontológico e económico, a aceitação do projeto pelos profissionais e pela população, assim como a vulnerabilidade. Para além dos critérios supramencionados, é importante ter em conta também o alinhamento estratégico a nível nacional, considerando as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e do Plano Local de Saúde.

Dos critérios referidos anteriormente, podemos assegurar que a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade dos problemas encontrados tiveram um papel fundamental na priorização dos mesmos.

No que concerne à magnitude, esta não podia deixar de ser considerada, tendo em conta o nível elevado de envelhecimento populacional de Portugal, que se insere nos países mais envelhecidos do mundo, e a necessidade de promover um envelhecimento ativo, saudável e

bem-sucedido. Destacam-se também os elevados níveis de dependência da pessoa idosa a carecer de cuidados por parte do cuidador formal e a necessidade de formação desses cuidadores.

Relativamente à transcendência, esta assume um papel relevante, uma vez que os problemas identificados têm um peso significativo no que diz respeito aos problemas/custos em saúde. Quanto à vulnerabilidade este critério relaciona a possibilidade de um resultado efetivo na melhoria do problema identificado através da intervenção. Para tal, considera-se importante uma intervenção que objetive a capacitação dos cuidadores formais com vista a uma melhoria na sua prestação de cuidados à pessoa idosa, promovendo a otimização do bem-estar e a saúde das pessoas durante o processo de envelhecimento.

Além dos critérios supracitados, foram também tidos em conta aspetos como a pertinência e gravidade do problema, capacidade de prevenção, a exequibilidade e a aceitação da implementação do mesmo por parte da população e profissionais.

De forma a determinar as prioridades, foi utilizado o método da grelha de análise dos problemas identificados. De acordo com Tavares (1990), através desta análise é possível atribuir uma classificação (+) ou de (-), de forma sequencial, aos vários critérios, para cada problema identificado. No final é possível obter um valor correspondente ao nível da prioridade, que pode variar entre a classificação de 1 e 16, sendo que o 1 corresponde a prioridade máxima (Figura 5).

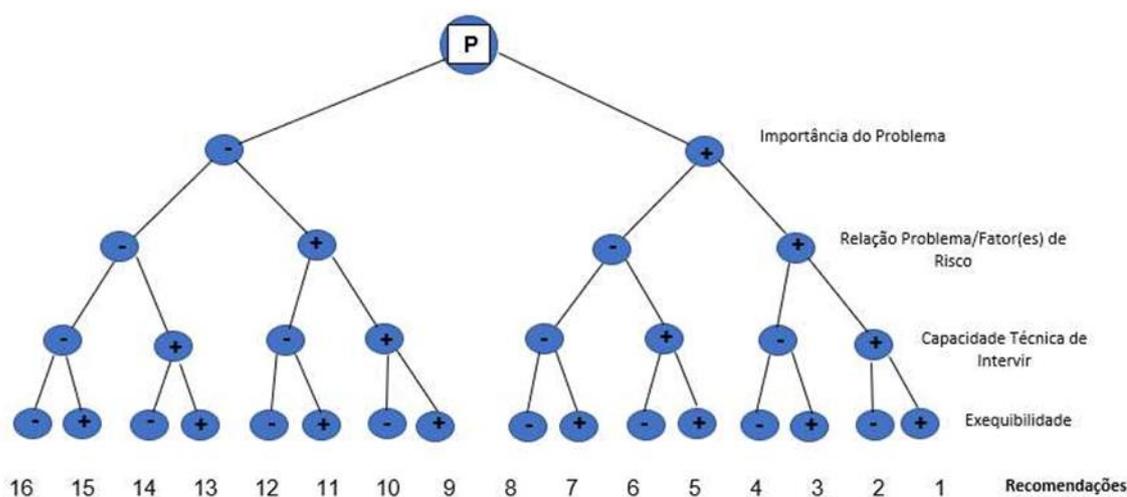


Figura 5: Grelha de análise para determinação de prioridades
Fonte: Adaptada de Tavares (1990)

<i>Problema</i>	<i>Necessidade de um Envelhecimento ativo e saudável</i>	<i>Dependência da pessoa idosa com necessidade de cuidador formal</i>	<i>Necessidade de capacitação do cuidador formal</i>
<i>Importância do Problema</i>	+	+	+
<i>Relação Problema/ Fator(es) de Risco</i>	+	+	+
<i>Capacidade Técnica de Intervir</i>	+	-	+
<i>Exequibilidade</i>	+	-	+
<i>Recomendação</i>	1	4	1

Figura 6: Grelha de análise aplicada aos problemas identificados
 Fonte: Elaboração própria

Através dos resultados obtidos na figura 6, os problemas identificados, como sendo, a necessidade de um Envelhecimento ativo e saudável e a necessidade de capacitação do cuidador formal obtiveram recomendação 1, sendo atribuída desta forma prioridade máxima a estes problemas.

A necessidade de um Envelhecimento ativo e saudável é uma problemática demasiado ampla, pelo que, e tendo também em conta as limitações impostas pelos recursos de tempo e que o envelhecimento ativo e saudável pode ser promovido também pelos cuidadores formais, optou-se por desenvolver um projeto de intervenção na área da capacitação dos cuidadores formais - assistentes operacionais em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de centro de dia ou sob SAD. O projeto de intervenção intitulou-se: Saber mais para melhor Cuidar - Capacitação dos Cuidadores Formais.

5 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E INDICADORES

A definição dos objetivos, apresenta-se como “uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Geraldès, 1993, p.77).

Segundo Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis, possibilitando posteriormente uma correta avaliação. Imperatori & Geraldès (1993, p.77), define objetivo como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”.

Para a elaboração do projeto de intervenção comunitária, definiu-se um objetivo geral e respetivos objetivos específicos. De acordo com Melo (2020), no contexto da enfermagem, o objetivo geral deve estar associado a um ou mais focos de atenção centrais da tomada de decisão clínica em relação ao diagnóstico desenvolvido e tem o intuito de descrever os resultados que são esperados, fornecendo indicações do que é possível esperar após ter concluído o percurso formativo. Relativamente aos objetivos específicos são indicativos do conhecimento e aptidões, que se devem adquirir ao longo de todo o projeto.

Definiu-se como objetivos do presente projeto:

Objetivo Geral

- Promover a capacitação dos cuidadores formais – assistentes operacionais em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou sob SAD

Objetivos Específicos

- Identificar as maiores dificuldades dos cuidadores formais – assistentes operacionais na prestação de cuidados diários à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou sob SAD;

- Identificar as mais prementes necessidades de formação dos cuidadores formais – assistentes operacionais para uma melhor prestação de cuidados à pessoa idosa institucionalizada em ERPI, em regime de Centro de Dia ou sob SAD;

- Desenvolver Ações de Formação no âmbito dos cuidados à pessoa idosa de acordo com as necessidades identificadas;

- Aumentar conhecimentos nos cuidadores formais – assistentes operacionais no âmbito das necessidades identificadas.

5.1 METAS E INDICADORES

Para Imperatori e Giraldes (1993), a definição de indicadores e metas é essencial. Os indicadores são os instrumentos de medida das variáveis que se encontram em estudo (Tavares, 1990). Estes podem ser de processo/execução ou impacto/resultado e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo. Um indicador de processo/execução pretende medir a atividade desenvolvida, enquanto um indicador de resultado/impacto objetiva medir a alteração verificada num problema de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Na próxima tabela apresentam-se os indicadores e metas definidos para o presente projeto:

Indicadores de Processo	Metas
Adesão ao projeto de intervenção $\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF participantes}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF}} \times 100$	70% de adesão
Adesão ao preenchimento do questionário $\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que responderam ao questionário}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF pertencentes à amostra}} \times 100$	80% de questionários respondidos
Participação nas sessões de formação $\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF presentes nas duas sessões de formação ministradas}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF pertencentes à amostra}} \times 100$	80% de participação
Número de sessões de formação realizadas $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões programadas}} \times 100$	100% das sessões programadas sejam realizadas
Avaliação das sessões de formação pelos formandos $\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF a classificar Bom ou Muito Bom}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF a avaliar}} \times 100$	80% de CF a classificar as sessões de formação em Bom e Muito Bom

Indicadores de Resultado	Metas
<p>Percentagem de formações com média de classificação final superior a 70% (escala de 0 a 100%) nas fichas de avaliação de conhecimentos realizadas após as sessões de formação</p> <p>Nº de formações com média da classificação final superior a 70% nas fichas de avaliação de conhecimento realizadas após a sessão, X 100 Nº total de formações ministradas</p>	<p>100% das sessões de formação com média de aproveitamento superior a 70%</p>
<p>Percentagem de melhoria na média de classificação final (escala de 0 a 100%) das fichas de avaliação de conhecimento realizadas após as sessões de formação em relação com as fichas de avaliação aplicadas antes das sessões de formação.</p> <p>Percentagem média de classificação final das fichas de avaliação de conhecimento realizadas após as sessões de formação - Percentagem média de classificação final das fichas de avaliação de conhecimento aplicadas antes das sessões de formação</p>	<p>30% de melhoria na média de classificação final em todas as sessões ministradas</p>

Tabela 15: Indicadores e Metas referentes à intervenção comunitária

Fonte: Elaboração própria

6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias consiste numa etapa fundamental no processo de planeamento através da qual se pretende criar o processo mais adequado de forma a atingir os objetivos estabelecidos.

De acordo Imperatori & Giraldes (1993, p. 87) é possível definir estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”, sendo que através das estratégias definidas neste processo é possível eliminar ou evitar obstáculos à concretização dos objetivos.

- Estabelecimento de Parcerias

O estabelecimento de parcerias com outras entidades é fundamental para garantir a exequibilidade e dinamização do projeto. No estabelecimento de parcerias é necessária a realização de reuniões com os responsáveis das diversas entidades envolvidas, no sentido de ajustar e debater a evolução e monitorização do projeto, bem como obter as autorizações necessárias. O estabelecimento de parcerias é vantajoso para a gestão e resolução de problemas relacionados com a saúde, permitindo alcançar resultados que seriam dificultados com a sua ausência (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). A criação de parcerias com a UCC e com os equipamentos de apoio formal para a pessoa idosa foi determinante para exequibilidade da intervenção comunitária.

- Envolvimento dos dirigentes, responsáveis técnicos e encarregadas das instituições

Na execução de um projeto de intervenção comunitário desta natureza, é proveitoso o envolvimento de elementos da equipa das instituições, promovendo o seu potencial de atuação. Parece assim, ser relevante tornar os parceiros e a população alvo, parte integrante e responsável da intervenção, onde deve ficar clara a existência de abertura para receber sugestões de reestruturação de atividades. A troca de informações e o contacto assíduo, com estes profissionais, mostrou ser determinante para a obtenção de autorizações necessárias, ajustes e monitorização durante todo o processo de intervenção. É de salientar que, perante o atual contexto pandémico, grande parte do contacto com as instituições de apoio formal à pessoa idosa foi feito via correio eletrónico ou contacto telefónico.

- Ações de Formação

É fundamental realizar ações de formação nas áreas identificadas como problemáticas, objetivando-se contribuir para um aumento/atualização de conhecimento nos cuidadores formais – assistentes operacionais em prestação de cuidados diretos à pessoa idosa, com vista a um ajuste de condutas de atuação e tomadas de decisão mais informadas, conscientes e acertadas. Para a capacitação de uma comunidade, as várias fases do processo devem envolver de forma ativa os participantes por forma a nortear e alcançar a mudança, contribuindo igualmente para um desenvolvimento positivo da intervenção. O envolvimento dos membros da comunidade desde o início do processo, isto é, na identificação das necessidades, parece relevante, possibilitando planear e desenvolver intervenção mais contextualizadas/dirigidas (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

A realização de ações de formação de acordo com as áreas identificadas como problemáticas constituiu-se como uma estratégia importante para o sucesso do projeto, contribuindo para o aumento dos conhecimentos da população e promoção do seu empowerment.

- Informação e comunicação

A divulgação do projeto, das atividades a desenvolver bem como os resultados obtidos, é um aspeto essencial para o sucesso do mesmo. Os dados obtidos através da identificação das necessidades, os resultados de fases intermédias da implementação do projeto e do final deste, devem ser apresentados tanto à população-alvo como aos parceiros envolvidos.

Nesse sentido, foi fundamental para o sucesso do projeto, a realização de diversos contactos informais e formais junto das direções técnicas e/ou encarregadas das instituições de apoio ao idoso, que permitiram apresentar os resultados obtidos nas várias fases da intervenção, transmitir informações e receber feedback dos envolvidos.

- Proximidade

A proximidade parece ser fundamental para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, não só com a população alvo, equipa multidisciplinar, e os demais parceiros. Ir ao encontro da população “*in loco*”, respeitar os horários das atividades previamente existentes ao projeto e ser flexível no ajuste de datas e horários, foram fatores preponderantes para o sucesso do projeto, aproximando-o da população alvo e outros parceiros envolvidos.

A tabela abaixo apresentada, esquematiza a pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia selecionada:

Estratégia	Pertinência	Vantagens	Constrangimentos
Estabelecimento de Parcerias	Colaboração entre os diferentes parceiros; Divulgação do projeto; Aumentar a projeção do projeto.	Aproximar o projeto e a comunidade de intervenção; Maior apoio e suporte para a implementação do projeto.	Falta de disponibilidade dos parceiros; Atual contexto pandêmico.
Envolvimento dos dirigentes, responsáveis técnicos e encarregadas das instituições	Obter autorizações necessárias; Aumentar a diversidade de áreas de conhecimento envolvidas.	Debater estratégias a desenvolver, ajustes e monitorização durante todo o processo de intervenção; Aumentar o sentimento de pertença e de envolvimento no projeto.	Falta de disponibilidade dos dirigentes e responsáveis técnicos; Atual contexto pandêmico.
Ações de Formação	Capacitação e empoderamento para ajuste nas tomadas de decisão.	Melhoria da qualidade dos cuidados ao Idoso.	Falta de motivação dos CF para participar nas formações.
Informação e comunicação	Promover e divulgar o projeto e as suas atividades.	Potenciar a participação dos CF.	Défice de recursos materiais.
Proximidade	Aumentar o sentimento de pertença e o envolvimento dos cuidadores no projeto; Potenciar a adesão ao projeto.	Maior conhecimento sobre o contexto de intervenção e sua população alvo.	Défice de tempo.

Tabela 16: Pertinência, vantagens e inconvenientes das estratégias utilizadas
Fonte: Elaboração própria

7 PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Segundo Imperatori & Giraldes, 1993, esta etapa do planeamento é essencial para mostrar as relações existentes entre as várias etapas, permitindo evitar sobreposições e acumulações excessivas de tarefas, detetar dificuldades na execução, antecipar recursos e ajudar na realização das atividades.

Segundo os mesmos autores, corresponde à preparação da ação, onde devem ser explanadas as atividades a realizar, os resultados previstos e os recursos necessários para que sejam atingidos os objetivos previamente fixados. Cada atividade desenvolvida deve ter em conta os seguintes parâmetros: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares 1990, p.169).

Deve ainda constar desta fase, a realização de um cronograma detalhado da execução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como forma de sistematizar a informação e facilitar a organização e orientação do projeto nesta fase da metodologia do planeamento em saúde, foram elaborados uma tabela com os intervenientes do projeto e um Work Breakdown Structure [WBS]:

Gestora do Projeto
Enfermeira Mestranda
Equipa de Gestão do Projeto
Enfermeira Mestranda
Enfermeira orientadora do estágio
Diretoras técnicas dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa
Encarregadas dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa
Equipa de Execução do Projeto
Enfermeira Mestranda
Enfermeira orientadora do estágio
Equipa de Enfermagem da UCC
Diretoras técnicas dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa
Encarregadas dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa
Parceiros do Projeto
Equipa de Enfermagem da UCC
Diretoras técnicas dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa
Encarregadas dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa

Tabela 17: Gestor, equipa de gestão e equipa de execução
Fonte: Elaboração própria

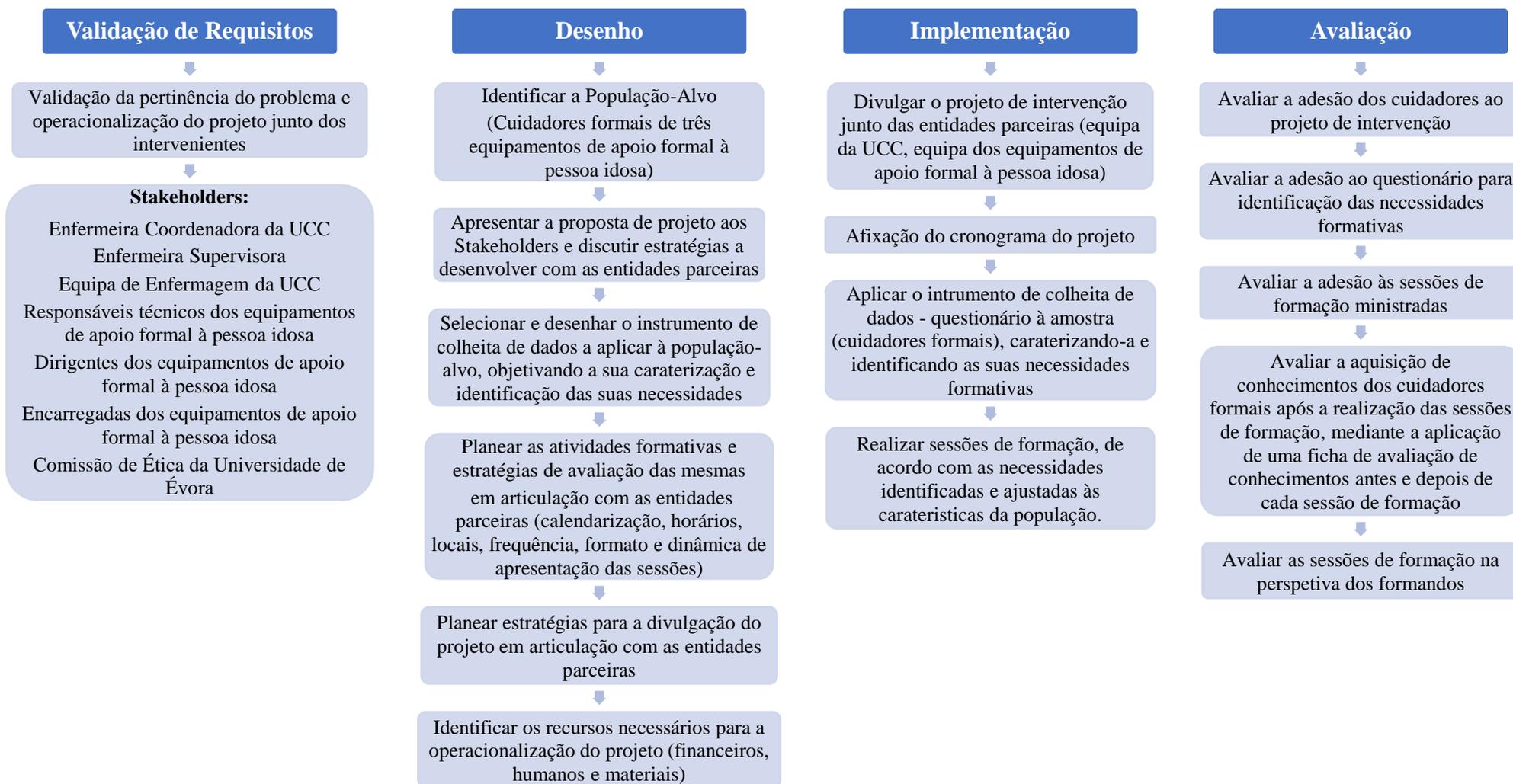


Figura 7: Work-Breakdown Structure (WBS)

Fonte: Elaboração própria

7.1 PREVISÃO DE RECURSOS

Para a implementação de um projeto de intervenção é decisivo calcular os custos associados às atividades a desenvolver, quer sejam custos relacionados com os recursos humanos, recursos materiais ou recursos físicos.

A tabela abaixo é representativa dos recursos inerentes ao desenvolvimento do projeto:

Recursos Humanos				
<ul style="list-style-type: none">• Enfermeira mestranda• Enfermeira supervisora• Diretoras técnicas das instituições de intervenção• Encarregadas das instituições de intervenção				
Recursos Materiais		Valor Unitário	Quantidade	Estimativa de custos
Transporte: combustível para deslocações da UCC até às instituições de apoio ao idoso		0,36€/km	76km	30€
Material de suporte às sessões:				
<ul style="list-style-type: none">• Canetas		1€	4	4
<ul style="list-style-type: none">• Fotocópias de material de apoio		0,05€	2500	125€
<ul style="list-style-type: none">• Toner		1€	1	50€
<ul style="list-style-type: none">• Computador		600€	1	600€
Custo Total				779€
Recursos Físicos				
Instalações da UCC				
Instalações das Instituições de apoio à pessoa idosa				

Tabela 18: Recursos inerentes ao desenvolvimento da intervenção comunitária
Fonte: Elaboração própria

7.2 PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

As intervenções dirigidas a uma comunidade incidem na população desta como um todo, objetivando uma mudança em todo o cenário. Uma das suas grandes vantagens é esta produção de alterações em maior escala (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Para apresentar esta etapa, correspondente à descrição pormenorizada do planeamento das atividades, foi elaborada uma tabela:

Atividades	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Recursos
Apresentação do projeto junto da equipa da UCC	- Enfermeira mestranda - Equipa de Enfermagem da UCC	Setembro 2021	UCC	- Contacto presencial - Dinâmica Grupal	- Estabelecer parceria com a UCC - Promover e divulgar o projeto e as suas atividades - Debater estratégias a desenvolver - Aumentar o sentimento de pertença e de envolvimento no projeto - Conseguir maior apoio e suporte para a implementação do projeto	- Sala da UCC
Apresentação do projeto junto da equipa dos equipamentos de apoio formal à pessoa idosa	- Enfermeira mestranda - Enfermeira supervisora - Diretoras técnicas das instituições de intervenção - Encarregadas das instituições de intervenção	Setembro 2021	Instituições de apoio formal à pessoa idosa (A, B e C)	- Contacto presencial - Contacto telefónico - Via correio eletrónico	- Estabelecer parceria com as instituições - Promover e divulgar o projeto e as suas atividades - Debater estratégias a desenvolver - Aumentar o sentimento de	- Telefone - Computador - Sala das Instituições de apoio à pessoa idosa

					<p>pertença e de envolvimento no projeto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aproximar o projeto e a comunidade de intervenção - Conseguir maior apoio e suporte para a implementação do projeto - Potenciar a adesão ao projeto 	
Realizar pedido de autorização à comissão de ética da Universidade de Évora	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Mestranda - Professora Orientadora 	Setembro 2021		Pedido formal em plataforma digital da UE	Obter autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e posterior publicação dos resultados	- Computador
Contactar as direções técnicas e/ou encarregadas das instituições de apoio formal à pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira mestranda - Enfermeira supervisora - Diretoras técnicas das instituições de intervenção - Encarregadas das instituições de intervenção 	Outubro, novembro, dezembro de 2021 e janeiro 2022	<ul style="list-style-type: none"> - UCC - Instituições de apoio formal à pessoa idosa (A, B e C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto presencial - Contacto telefónico - Via correio eletrónico 	<ul style="list-style-type: none"> - Obter pedidos de autorização, por parte dos dirigentes das instituições, para implementar o projeto de intervenção - Iniciar e dar continuidade à 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala das Instituições de apoio à pessoa idosa - Telefone - Computador

					<p>execução das várias fases do projeto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debater estratégias a desenvolver, monitorização e ajustes durante todo o processo de intervenção 	
<p>Aplicação do instrumento de colheita de dados (questionário), junto da equipa de CF das três instituições de apoio formal à pessoa idosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira mestranda - Enfermeira supervisora - Diretoras técnicas das instituições de intervenção - Encarregadas das instituições de intervenção - Cuidadores formais pertencentes à amostra 	<p>Novembro e dezembro de 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instituições de apoio formal à pessoa idosa (A, B e C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto presencial - Contacto telefónico - Via correio eletrónico 	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar a população em estudo - Identificar necessidades formativas da população 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Telefone - Sala das Instituições de apoio à pessoa idosa
<p>Divulgação das sessões de formações</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira mestranda - Enfermeira supervisora - Diretoras técnicas das instituições de intervenção 	<p>Dezembro 2021 e janeiro de 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instituições de apoio formal à pessoa idosa (A, B e C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto presencial - Contacto telefónico - Redes sociais (whatsapp®) - Via correio eletrónico 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar visibilidade ao projeto e despertar o interesse da população alvo - Promover o projeto - Potenciar a adesão ao projeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Telefone - Instalações das Instituições de apoio à pessoa idosa - Cartazes informativos

						(tema, horário e local)
Realização de sessões de formação dirigidas aos CF, de acordo com as suas necessidades formativas	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira mestranda - Enfermeira supervisora - Elementos da equipa de enfermagem da UCC - Diretoras técnicas das instituições de intervenção - Cuidadores formais pertencentes à amostra 	Janeiro 2022	- Instituições de apoio formal à pessoa idosa (A, B e C)	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo - Método demonstrativo - Método Interativo - Dinâmica grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os CF através do aumento de conhecimento sobre as temáticas ministradas - Melhorar a prestação de cuidados ao idoso 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Sala das instituições de apoio formal à pessoa idosa - Documentos informativo sobre temáticas ministradas - Recursos materiais necessários para a demonstração de procedimentos (almofadas, modelo, máscara de bolso, cobertor, luvas, compressas, antisséptico cutâneo, torneira de água, toalhetes) - Certificados de presença nas sessões de formação

Avaliação das sessões de formações	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira mestranda - Enfermeira supervisora - Elementos da equipa de enfermagem da UCC - Cuidadores formais pertencentes à amostra 	Janeiro 2022	- Instituições de apoio formal à pessoa idosa (A, B e C)	- Preenchimento de fichas de avaliação de conhecimentos antes e depois da realização das sessões de formação	- Avaliar o aumento de conhecimentos produzido pelas sessões de formação	- Fichas de avaliação de conhecimentos acerca das temáticas ministradas
Avaliação das sessões de formações pelas formandas	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira mestranda - Enfermeira supervisora - Elementos da equipa de enfermagem da UCC - Cuidadores formais pertencentes à amostra 	Janeiro 2022	- Instituições de apoio formal à pessoa idosa (A, B e C)	- Preenchimento de documento de avaliação das sessões de formação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o desempenho do(s) formadores - Avaliar as sessões de formação quanto ao conteúdo, pertinência, método utilizado 	- Documento de avaliação das sessões de formação

Tabela 19: Descrição das atividades

Fonte: Elaboração própria

7.3 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO

A comunicação parece ser um elemento basilar e estruturante para um processo de divulgação e promoção de um projeto de intervenção. A divulgação de informação deve ser adaptada à população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1992) e baseada em ações que objetivem dar visibilidade e despertar interesse da população alvo.

A divulgação do presente projeto foi efetuada presencialmente junto das entidades parceiras, mediante cartazes informativos (tema, horário, local) (Apêndice VII) expostos nas instituições de intervenção em locais acessíveis e visíveis à população alvo, através de mensagens em grupos privados (criado e/ou pré-existente ao projeto) na rede social whatsapp® ou mesmo mensagens e/ou email particulares dirigidos aos envolvidos. Esta última estratégia de envio de mensagens, quer sejam particulares ou em grupos, foi da autoria das direções técnicas de cada uma das instituições de intervenção.

7.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O cronograma permite uma exposição gráfica onde fica representado o tempo e as atividades integradas num projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Constitui-se como uma ferramenta relevante no planeamento e organização as diversas atividades realizadas ao longo do tempo. É um referencial para a execução, acompanhamento e avaliação do projeto (Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010).

Segue-se o desenho do cronograma de atividades do presente projeto:

	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	fevereiro
Recolha de dados						
Análise de dados						
Planeamento						
Realização das ações de formação						
Avaliação						
Divulgação dos dados						
Avaliação Contínua						

Tabela 20: Cronograma de atividades

Fonte: Elaboração própria

7.5 SEGUIMENTO/“FOLLOW UP”

O presente projeto de intervenção comunitária contribuiu, de forma importante, para a capacitação dos cuidadores formais através do aumento dos seus conhecimentos nas temáticas ministradas, pelo que é proveitoso deixá-lo operacional para o futuro, permitindo a sua replicação e/ou expansão a outras instituições, e desta forma proporcionar ganhos em saúde. As três instituições onde o projeto foi desenvolvido, manifestaram interesse na manutenção de intervenção similares. A continuidade do presente projeto deverá ser assegurada pela equipa de enfermagem da UCC, uma vez que a mestranda não exerce funções nesta unidade. Neste seguimento, com o objetivo de garantir a sustentabilidade deste projeto de intervenção, foi criado um dossier de operacionalização, onde consta o projeto, recursos bibliográficos e didáticos, planos das sessões de formações, diapositivos das formações realizadas, questionário elaborado, fichas de avaliação de conhecimentos e certificados de participação.

8 EXECUÇÃO

Nesta fase encontram-se explanadas as atividades que foram colocadas em prática com vista ao alcance dos objetivos definidos.

8.1 IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS DOS CUIDADORES FORMAIS - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caraterização da população

Após análise dos dados obtidos mediante a aplicação dos questionários nos 3 Equipamentos/Serviços de Apoio Formal à Pessoa Idosa pertencentes ao estudo (Tabela 21), foi possível apurar que a adesão ao referido estudo foi de 81%. 13 cuidadores (19%) de um total de 69 cuidadores não pertenceram ao presente estudo.

À faixa etária dos 20-30 anos pertencem 11% dos cuidadores, 18% inserem-se na faixa etária dos 30-40 anos, 28% pertencem a faixa etária dos 40-50 anos, sendo a faixa etária com idade superior a 50 anos a mais prevalente, perfazendo um total de 43% dos cuidadores. 95% dos cuidadores pertencem ao género feminino e apenas 5% são do género masculino, sendo, pois, notório, um marcado predomínio do género feminino. A feminização das profissões é uma das tendências da área da saúde. As modificações económicas favoreceram a formação de um mercado de trabalho aberto para a mulher, especialmente no setor terciário da economia (Mendonça, Santos, Buso & Malaquias, 2017). Também o estudo de Figueiredo et al (2021), destacou que a ação de cuidar de um idoso é marcadamente feminina e doméstica. À semelhança, outros estudos, mostraram as especificidades de género com a predominância do sexo feminino, em vários países (Kalanlar & Alici, 2019). De acordo com uma notícia publicada em 2019 no Jornal de Notícias, em Portugal a taxa de feminização global na Saúde é de 76%.

A respeito das habilitações literárias, 16% dos cuidadores completaram apenas o 1º ciclo de escolaridade, 25% o 2º ciclo de escolaridade, 52% o 3º ciclo de escolaridade e 7% o ensino secundário. Não existe, na amostra estudada, nenhum cuidador com a licenciatura. A grande maioria (93%) dos cuidadores, está abaixo do regime de escolaridade obrigatória, estabelecido no nosso país desde o ano de 2009.

Quanto à formação na área da prestação cuidados à pessoa idosa, 64% dos cuidadores refere ter formação na área, contrariamente a 36% desta população. Uma percentagem significativa de cuidadores, não possui formação nesta área profissional. As auxiliares de ação direta são, de entre os cuidadores formais, os menos qualificados e com maior permanência

diária junto dos idosos, tornando-se, deste modo, crucial a capacitação dos mesmos para um cuidado baseado em boas práticas que poderá ser facilitado pela formação (Nazário, Santos & Sarroeira, 2021). Estes cuidadores formais desempenham um papel fundamental no cuidar da pessoa idosa e carecem de formação em várias áreas (Vicente, Santos & Santiago, 2021).

Da amostra estudada, apenas 1 cuidador não considera a formação importante para a melhoria da sua prestação de cuidados, contrariamente aos restantes 55 cuidadores. Segundo um estudo desenvolvido por Gianfrancisco et al (2017), os cuidadores reconhecem a necessidade de saber e dominar conhecimentos e especificidades gerontológicas, e que os mesmos permitem ações pautadas por uma maior qualidade, propiciando solidificar competências, melhoria na tomada de decisões cotidianas, resolução e/ou mediação de conflitos ou outros problemas que surjam no contexto do cuidado. Uma percentagem muito significativa dos participantes da presente intervenção (95%) atribui relevância à formação para melhorar o seu desempenho profissional, facto que também pode ser comprovado pela significativa percentagem de adesão ao presente projeto de intervenção com uma percentagem de participação de 81% de cuidadores. As sessões de formação são oportunidades para partilha de experiências e discussão de possibilidades, aperfeiçoamento e construção de novos conhecimentos, assim como, a possibilidade de colmatar algumas lacunas (Mendonça et al, 2017). Também no estudo desenvolvido por Vicente, Santos & Santiago (2021), os cuidadores formais consideraram a formação como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora de uma melhoria dos cuidados prestados ao idoso.

Do grupo de cuidadores participantes, 14% nunca recebeu formação, por intermédio da instituição laboral, na área da prestação de cuidados à pessoa idosa, 29% recebeu formação há menos de 1 ano, 9% entre 1-2 anos e 48% há mais de 2 anos. A diversificação nos cenários de atuação, o grande avanço científico que gera o constante desenvolvimento de novas tecnologias e alterações nas necessidades da população, onde a população idosa não é exceção, exigem que os profissionais do ramo da saúde mantenham uma permanente atualização de conhecimentos, propiciando desta forma, a segurança no cuidar. Os responsáveis pelas instituições devem estar sensibilizados para a relevância da formação e do seu fundamental contributo para transformar o conhecimento adquirido em práticas mais seguras e consistentes com vista ao bem-estar do idoso (Freitas, 2016).

Relativamente ao tempo de exercício profissional, enquanto cuidador formal, 11% dos cuidadores exerce funções desta profissão há menos de 1 ano. 30% da população estudada desempenha funções de cuidador entre 1-5 anos, 11% entre 5-10 anos e 48% há mais de 10 anos. A maior percentagem de tempo de exercício profissional enquanto cuidador formal, da

amostra estudada, recai sobre um tempo de experiência profissional superior a 10 anos. Apesar da precariedade dos vínculos laborais, ainda muito observados nesta profissão (Mendonça, 2017), facto que pode desencadear elevada rotatividade de trabalhadores, observa-se nesta amostra uma percentagem significativa de cuidadores com vários anos de exercício profissional na área do cuidador formal, podendo significar um forte potencial terapêutico. A baixa rotatividade de trabalhadores favorece a continuidade de cuidados, o estabelecimento de vínculo com o idoso e o desenvolvimento do processo de corresponsabilização pela saúde.

75% dos cuidadores refere que a atividade profissional foi uma escolha pessoal, contrariamente a 25% que afirmam ter sido uma escolha por necessidade. Em uma das instituições alvo da presente intervenção, um número significativo de cuidadores afirmou desempenhar esta profissão por necessidade e não por escolha pessoal, contrariamente aos cuidadores das restantes instituições, em que a grande maioria afirma ter sido uma escolha pessoal. No estudo levado a cabo por Guerra et al, 2019, ficou evidente que a decisão de trabalhar na área do cuidado ao idoso, relacionou-se com a necessidade de emprego e não pela vocação para o desempenho. Parece claro que tornar a atividade profissional uma escolha pessoal pode constituir com poderoso motor de motivação que favorece uma maior qualidade de prestação de cuidados ao idoso.

		Instituição A, B e C (n=56)
		Frequência (n / %)
Adesão ao Projeto	Participantes Não Participantes	56 (81%) 13 (19%)
Características Demográficas	Faixa Etária [20-30 anos] [30-40 anos] [40-50 anos] [>50 anos]	6 (11%) 10 (18%) 16 (28%) 24 (43%)
	Gênero Feminino Masculino	53 (95%) 3 (5%)
	Habilitações Literárias 1ºciclo 2ºciclo 3ºciclo Ensino Secundário Licenciatura	9 (16%) 14 (25%) 29 (52%) 4 (7%) 0 (0%)
Formação na Área	Sim Não	36 (64%) 20 (36%)
Importância da Formação Atribuída pelos Cuidadores	Sim Não	55 (98%) 1 (2%)
Última Formação Realizada por intermédio da instituição laboral	Nunca <1 ano 1-2 anos >2 anos	8 (14%) 16 (29%) 5 (9%) 27 (48%)
Tempo de Exercício Profissional Enquanto Cuidador	<1 ano 1-5 anos 5-10 anos >10 anos	6 (11%) 17 (30%) 6 (11%) 27 (48%)
Escolha Pessoal da profissão de Cuidador	Sim Não	42 (75%) 14 (25%)

Nota: n= número de cuidadores

Tabela 21: Caracterização dos cuidadores dos Equipamentos/Serviço de Apoio Formal à Pessoa Idosa, A, B e C – dados agrupados

Fonte: Elaboração própria

Necessidades Formativas

A segunda parte do questionário, aplicado aos cuidadores formais – assistentes operacionais, referia-se ao levantamento das suas necessidades de formação. Não sendo possível colmatar todas as necessidades detetadas, tornou-se necessário definir prioridades. Assim sendo, a seleção dos temas das sessões de formação foi efetuada de acordo com número

de menções. A mais prevalente dificuldade, sentida pelos cuidadores durante a prestação de cuidados diários (Gráfico 13), recaiu na Instituição A sobre o posicionamento da pessoa idosa, na Instituição B e C sobre a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos. A respeito da mais premente necessidade formativa (Gráfico 14), destacou-se o tema referente aos Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida, nas três instituições.

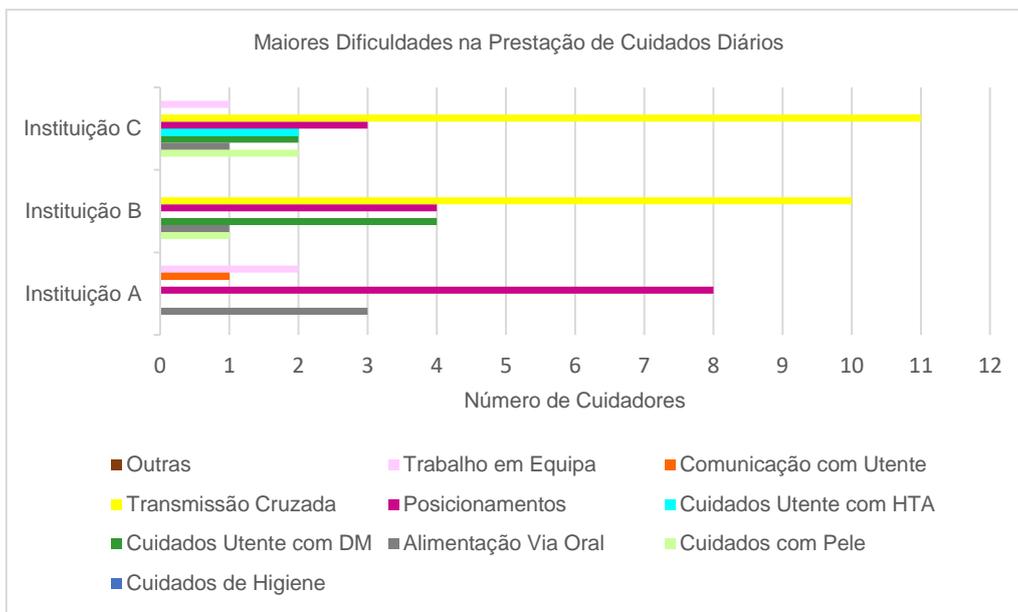


Gráfico 13: Maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores da instituição A, B e C, durante a prestação de cuidados diários à pessoa idosa
Fonte: Elaboração própria

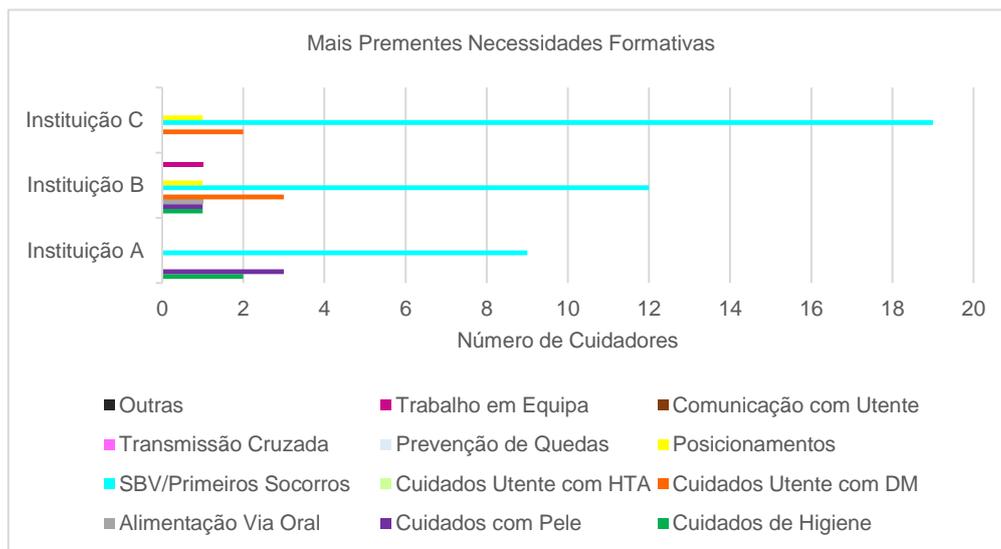


Gráfico 14: Mais premente necessidade formativa sentida pelos cuidadores da instituição A, B e C
Fonte: Elaboração própria

8.2 FORMAÇÃO AOS CUIDADORES FORMAIS

Após análise dos questionários e de acordo com as mais prevalentes necessidades identificadas, foram desenvolvidas sessões de formação (Apêndice VIII), duas em cada instituição, dirigidas à amostra estudada.

Na **Instituição A** as temáticas abordadas foram:

- Posicionamento da pessoa idosa;
- Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida.

Na **Instituição B e C** os temas direcionaram-se para:

- Prevenção da transmissão cruzada de microrganismos;
- Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida.

Foram realizados planos de sessão (Apêndice IX) para cada uma das formações.

As ações de formação foram divulgadas através de cartazes expostos em local visível e acessível à amostra, assim como através do envio de mensagens em grupos privados na rede social whatsapp®, criados pelas diretoras técnicas das instituições e/ou pré-existentes, ou mesmo mensagens e/ou email particulares dirigidos aos envolvidos. Esta última estratégia de envio de mensagens, quer sejam de natureza particular ou em grupos, foi da autoria das direções técnicas de cada uma das instituições. As ações de formação foram desenvolvidas em dia e hora acordado com as direções técnicas, de acordo com a organização das instituições e disponibilidade dos cuidadores formais, de forma a comprometer, o menos possível, as atividades e os horários instituídos. Recorreu-se ao método expositivo, demonstrativo e interativo. Houve espaço para treino prático dos cuidadores formais em diversos procedimentos relacionados com as temáticas abordadas, como técnicas de posicionamento, higienização das mãos, calçar e descalçar luvas e outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), manobra de Heimlich, Posição Lateral de Segurança (PLS), treino de SBV com recurso a um modelo e máscara de bolso, entre outros. Foram facultados documentos informativos, sobre temáticas ministradas, a todos os formandos. No final de cada sessão, foi distribuído a cada um dos cuidadores um certificado de presença (Apêndice X), elaborado pela autora do projeto.

A avaliação dos resultados produzidos pelas ações de formação, ao nível da aquisição de conhecimentos sobre as temáticas ministradas, foi realizada mediante a aplicação de fichas de

avaliação de conhecimentos (Apêndice XI), antes e após cada sessão. As sessões de formação foram também avaliadas (Apêndice XII) pelos formandos, após a conclusão das mesmas.

Para a análise destes dados recorreu-se igualmente o software IBM SPSS Statistics Versão 2.4 (Statistical Package for Social Science), garantido o anonimato e assegurando a sua confidencialidade.

9 MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO

O planeamento em saúde constitui-se como processo contínuo e dinâmico em permanente monitorização e avaliação, estando por isso sujeito a reformulações (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

A monitorização de um projeto de intervenção é indispensável, possibilitando controlar a implementação das estratégias e identificar lacunas que exijam reajustes nas medidas aplicadas. Durante o processo de implementação do projeto, foi relevante monitorizar cada fase desenvolvida e analisar de forma crítica os resultados alcançados em cada etapa. Neste seguimento, detetou-se a necessidade de aperfeiçoar alguns aspetos de forma a permitir uma melhoria na intervenção comunitária, facilitando, desta forma, o alcance dos resultados desejados.

A avaliação relaciona-se com a apreciação dos efeitos de um programa ou atividade organizada. Compara os objetivos pretendidos e os resultados atingidos. Avaliar, envolve a comparação de algo com um padrão ou modelo. A avaliação deve assentar em informações pertinentes, delicadas e facilmente atingíveis, possibilitando compreender a eficácia das atividades desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1992). O sucesso da intervenção é tanto maior, quanto mais próximo se encontrar o resultado esperado do resultado alcançado.

Um dos objetivos do projeto de intervenção coincidia com o aumento de conhecimentos dos cuidadores formais – assistentes operacionais no âmbito das necessidades identificadas. De forma a operacionalizar e avaliar o referido objetivo, foram realizadas sessões de formação e aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos pré e pós sessões. Após análise das fichas de avaliação de conhecimentos, foi possível apurar, relativamente aos cuidadores da Instituição A, que a média de aproveitamento passou de 25% (pré sessão), para 87% (pós sessão) de acordo com a ação de formação sobre primeiros socorros, revelando um aumento da média de aproveitamento de 62% (Gráfico 15). A respeito da sessão de formação sobre SBV, a média de aproveitamento mostrou um aumento de 64%, passando de 24% pré sessão para 88% pós sessão (Gráfico 16). Quanto à formação acerca das técnicas de posicionamentos, a média de aproveitamento subiu de 28% para 93%, revelando um ganho médio de conhecimento de 65% (Gráfico 17).

Ao nível dos conhecimentos dos cuidadores da instituição B, foi identificada uma subida na média do aproveitamento de 67%, a qual passou de 27% (pré sessão), para 94% (pós sessão) relativamente à ação de formação sobre prevenção cruzada de microrganismos (Gráfico 18). Relativamente à sessão de formação sobre primeiros socorros, a média de aproveitamento

mostrou igualmente um aumento de 67%, passando de 23% pré sessão para 90% pós sessão (Gráfico 15). Quando à formação acerca do SVB, a média de aproveitamento revelou uma subida de 19% para 87%, ou seja, um aumento de 68% (Gráfico 16).

A análise dos dados relativamente ao aproveitamento dos cuidadores da Instituição C, permitiu identificar uma subida na média de aproveitamento de 54%, a qual passou de 34% (pré sessão), para 88% (pós sessão) relativamente à ação de formação sobre prevenção da transmissão cruzada de microrganismos (Gráfico 18). Comparativamente à sessão de formação sobre primeiros socorros, a média de aproveitamento mostrou um aumento de 59%, passando de 31% antes da sessão, para 90% depois da sessão (Gráfico 15). No que respeita à formação acerca do SVB, a média de aproveitamento revelou uma subida de 25% para 90%, ou seja, um aumento de 65% (Gráfico 16).

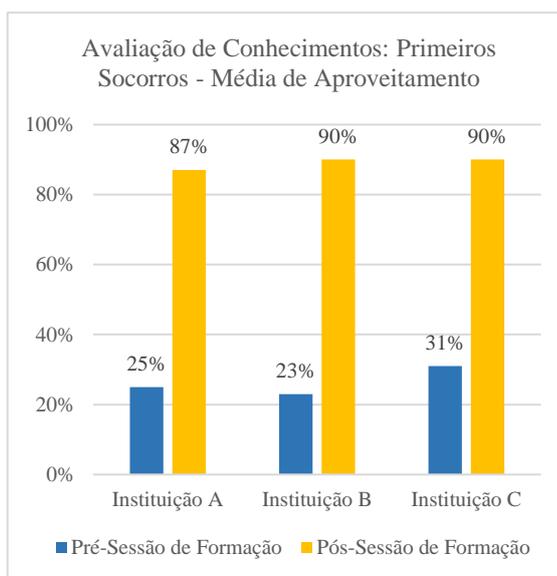


Gráfico 15: Avaliação de conhecimentos sobre o tema primeiros socorros - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A, B e C. Fonte: Elaboração própria.

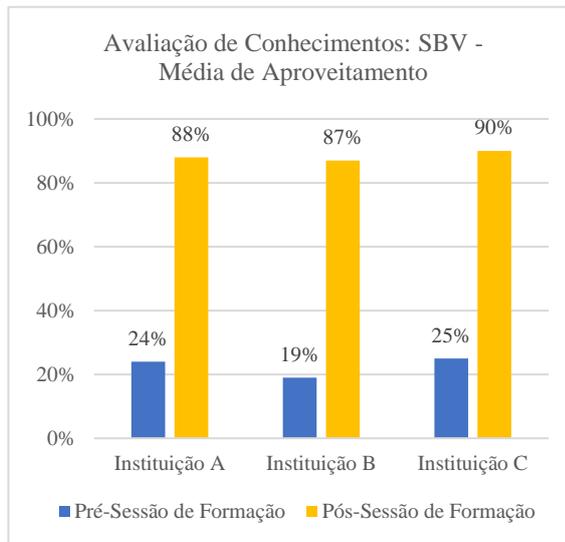


Gráfico 16: Avaliação de conhecimentos sobre o tema SBV - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A, B e C.
Fonte: Elaboração própria.

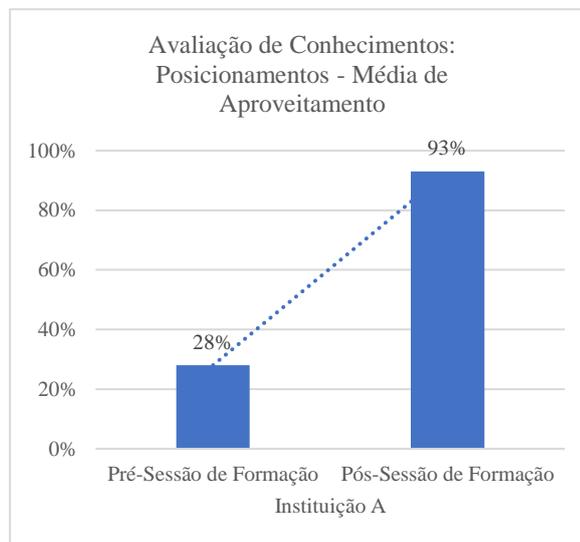


Gráfico 17: Avaliação de conhecimentos sobre o tema posicionamentos - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A.
Fonte: Elaboração própria.

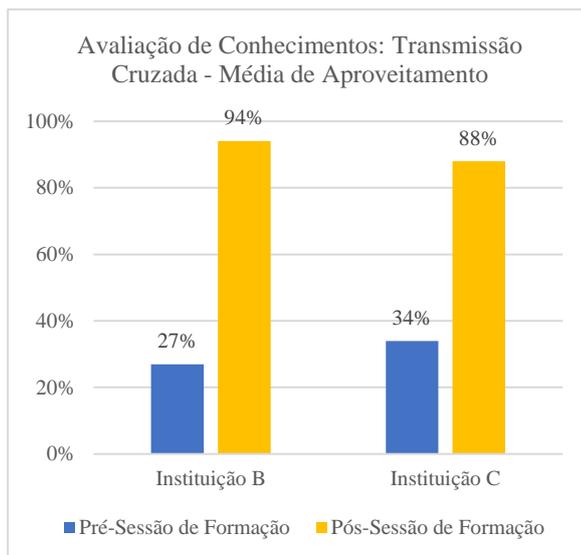


Gráfico 18: Avaliação de conhecimentos sobre o tema prevenção da transmissão cruzada de microrganismos - média de aproveitamento pré e pós sessão de formação. Instituição A, B e C.

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à avaliação das sessões de formação por parte dos formandos, apurou-se que 100% da amostra cotou as sessões, nos vários parâmetros de avaliação, entre bom e muito bom.

Segue-se abaixo a avaliação dos indicadores de processo e de resultados, previamente delineados:

Indicadores de Processo	Metas	Avaliação
<p>Adesão ao projeto de intervenção</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF participantes}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF}} \times 100$</p>	70% de adesão	81% de adesão
<p>Adesão ao preenchimento do questionário</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF que responderam ao questionário}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF pertencentes à amostra}} \times 100$</p>	80% de questionários respondidos	100% de questionários respondidos
<p>Participação nas sessões de formação</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF presentes nas duas sessões de formação ministradas}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF pertencentes à amostra}} \times 100$</p>	80% de participação	100% de participação

<p>Número de sessões de formação realizadas</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões programadas}} \times 100$</p>	100% das sessões programadas sejam realizadas	100% das sessões programadas foram realizadas
<p>Avaliação das sessões de formação pelos CF participantes</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CF a classificar Bom ou Muito Bom}}{\text{N}^\circ \text{ total de CF a avaliar}} \times 100$</p>	80% de CF a classificar as sessões de formação em Bom e Muito Bom	100% de CF classificaram as sessões de formação em Bom e Muito Bom
Indicadores de Resultado	Metas	Avaliação
<p>Percentagem de formações com média de classificação final superior a 70% (escala de 0 a 100%) nas fichas de avaliação de conhecimentos realizadas após as sessões de formação</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de formações com média da classificação final superior a 70\% nas fichas de avaliação de conhecimento realizadas após a sessão}}{\text{N}^\circ \text{ total de formações ministradas}} \times 100$</p>	100% das sessões de formação com média de aproveitamento superior a 70%	100% das sessões de formação com média de aproveitamento superior a 70%
<p>Percentagem de melhoria na média de classificação final (escala de 0 a 100%) das fichas de avaliação de conhecimento realizadas após as sessões de formação em relação com as fichas de avaliação aplicadas antes das sessões de formação</p> <p>Percentagem média de classificação final das fichas de avaliação de conhecimento realizadas após as sessões de formação - Percentagem média de classificação final das fichas de avaliação de conhecimento aplicadas antes das sessões de formação</p>	30% de melhoria na média de classificação final em todas as sessões ministradas	>50% de melhoria na média de classificação final em todas as sessões ministradas

Tabela 22: Avaliação dos indicadores e metas da intervenção comunitária

Fonte: Elaboração própria

O presente estudo mostrou um ganho médio de conhecimentos superior a 50%, observado nas três instituições, após a realização das sessões de formação. Este aumento de conhecimentos, por parte da amostra estudada, foi traduzido pela significativa melhoria na classificação das fichas de avaliação. Estes resultados corroboraram com estudos semelhantes, como é o caso de um que apurou um ganho médio de conhecimentos de 30% dos cuidadores formais após o desenvolvimento de ações de formação (Nazário, Santos & Sarroeira, 2021).

Um outro estudo, entre muitos outros, mostrou à semelhança, uma diferença avassaladora de conhecimentos e percepções, após a aplicação de um programa de apoio educacional

(Gianfrancisco et al, 2017). Os resultados mostram que através da formação, é possível mudar o nível de conhecimentos e percepções dos cuidadores formais da pessoa idosa e assim exercer uma influência direta no nível da qualidade dos serviços prestados.

Existe uma crescente necessidade em investir na capacitação e qualificação do cuidador formal da pessoa idosa, que embora reconhecida como profissão, ainda é exercida por pessoas cujas crenças remetem a conceitos filantrópicos, humanistas e cristãos, que por si só, não definem uma prática profissional. Apesar desta visão “romantizada” da profissão ser importante no processo de cuidar, é insuficiente para o bom êxito das práticas assistenciais no âmbito da saúde do idoso. Observa-se que ainda existe uma lacuna relativamente às competências que envolvem a qualidade do cuidado com excelência (Gianfrancisco et al, 2017).

Os resultados reforçam a importância da formação de todos os cuidadores formais, pois é por este meio, que ocorre a aprendizagem de capacidades, habilidades e conhecimentos para lidar com o idoso, refletindo-se na atuação profissional.

Desta necessidade imperiosa de colmatar as necessidades formativas dos cuidadores formais, surge a importância do papel do enfermeiro que de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, este último deve contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, onde se incluem os cuidadores formais da pessoa idosa.

10 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS - ANÁLISE REFLEXIVA

Refletir tem uma importância significativa durante um processo de aprendizagem. Deste modo, e à semelhança, refletir e criticar a prática de enfermagem é determinante no processo de aprendizagem profissional e propicia o desenvolvimento de profissionais auto conscientes, autônomos, críticos e competentes (Peixoto & Peixoto, 2016). Adotar uma prática reflexiva, significa refletir e criticar intervenções, o que possibilita reforçar e sedimentar pontos positivos de atuação ou reajustar condutas da praxis perante resultados menos positivos. Deste modo, a prática reflexiva promove uma melhoria contínua e direciona os cuidados no sentido da qualidade e excelência.

Os cuidados de saúde assumem cada vez mais importância e estão associados a uma crescente exigência técnica e científica, pelo que a diferenciação e a especialização são uma realidade que abrange um marcado número de profissionais de saúde, onde os profissionais de enfermagem se incluem (Diário da República, 2019).

Segundo o Diário da República (2019), enfermeiro especialista é definido como aquele a quem é reconhecida competência de natureza científica, técnica e humana com vista a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. Para a certificação das competências clínicas especializadas, é exigido ao enfermeiro especialista um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza, para atuar nos diversos contextos de vida dos indivíduos e nos vários níveis de prevenção, tendo por base as necessidades de saúde da população alvo.

Para a obtenção do título de enfermeiro especialista, é presumível que este tenha adquirido competências expressas no regulamento da respetiva especialidade em enfermagem, assim como um conjunto de competências comuns a todas as áreas de especialização, adequáveis aos diversos contextos de prestação de cuidados de saúde (Diário da República, 2019).

O percurso formativo desenhado é representativo de um poderoso processo de aprendizagem, facilitador de aquisição e desenvolvimento de competências, as quais irão permitir a obtenção do grau de especialista em enfermagem comunitária, assim como, o grau de mestre em enfermagem.

Seguem-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e ainda as Competências referentes à obtenção do Grau de Mestre.

10.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Diário da República (2019), define Competências Comuns, como aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. A aquisição destas competências deve traduzir-se numa elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem. A formação, investigação e assessoria também devem estar incluídas.

Segundo o Diário da República (2019), os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, incluem:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal;
2. Melhoria contínua da qualidade;
3. Gestão dos cuidados;
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são:

“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Diário da República, 2019, p. 4745).

Acerca do domínio supramencionado, considera-se terem sido respeitadas as normas legais bem como os princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem, os quais nortearam a prática profissional e a investigação. Estes pressupostos legais, éticos e deontológico suportaram todo o percurso formativo, onde estão contempladas as unidades curriculares, os dois ensinamentos clínicos, diagnóstico de situação e projeto de intervenção comunitária. Desta forma, foi pedido e obtido o parecer positivo da comissão de ética da Universidade de Évora, pedidas e obtidas as autorizações a todas as instituições de intervenção, assim como garantido o sigilo profissional, consentimento informado, anonimato, dignidade e privacidade dos utentes e envolvidos no projeto de investigação, sempre com base na defesa dos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são:

“a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

c) Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Diário da República, 2019, p. 4745).

Considera-se que o desenvolvimento das competências, referentes a este segundo domínio, foi concretizado com sucesso e conseguido mediante a participação em programas, projetos, iniciativas e estratégias incluídos na UCC, como foi o caso da visita domiciliária. À semelhança, a elaboração e implementação do presente projeto de intervenção foi dirigido de acordo com as necessidades não só da comunidade, como também da UCC. Estas necessidades foram avaliadas mediante pesquisa e análise documental, como sendo, projetos e programas integrados na carteira da UCC, Plano de Ação da UCC, Relatório de Atividades, Perfil e Plano Local de Saúde, Diagnóstico Social, Plano de Desenvolvimento Social do concelho, Plataforma Digital da Câmara Municipal do Município, análise de alguns Indicadores Demográficos da região e Concelho e não menos importante, a auscultação junto de informadores chave mediante realização de entrevistas.

Ao longo de todo o percurso, as atividades foram desenvolvidas sob o suporte da evidência científica e norteadas pela procura da melhoria contínua da prática clínica, assegurando um ambiente terapêutico e seguro centralizado na pessoa/comunidade e no seu bem-estar a nível físico, psicossocial, cultural e espiritual.

As competências do domínio da gestão dos cuidados

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Diário da República, 2019, p. 4745).

Todo o processo de aprendizagem foi pautado pela procura da otimização de capacidade de tomada de decisão, visando a excelência da prática clínica, onde se inclui uma adequada gestão de cuidados.

A elaboração e implementação do presente projeto de intervenção comunitária, permitiu adquirir competências de liderança, através da gestão das diversas fases do processo, onde a

colaboração da enfermeira supervisora e restantes elementos da equipa da UCC foram determinantes para o seu sucesso. Em todas as fases foram otimizados os recursos materiais, físicos e humanos disponíveis, tendo em conta as necessidades e respeitado o orçamento efetuado bem como o clima organizacional da UCC.

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2019, p. 4745).

O percurso académico foi promotor do desenvolvimento de competências de autoconhecimento e de um marcado crescimento pessoal e profissional. Houve a procura de convergir na direção de elemento facilitador de aprendizagem, adaptando linguagem, comunicação, conteúdos e suas técnicas de apresentação, de acordo com as características específicas da população, objetivando motivação, adesão e sucesso do projeto de intervenção.

As intervenções foram suportadas em pesquisa bibliográfica recorrendo a evidência científica através de bases de dados, publicações recentes e normas. Nesta sequência, foi ainda elaborado um artigo científico ancorado nos dados obtidos através da implementação do projeto de intervenção, que se pretende submeter a publicação, depois da discussão do presente relatório.

10.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Quanto às Competências específicas, estas podem ser definidas como aquelas que resultam das “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Diário da República, 2019, p.4745).

Nos últimos anos, é notória a grande evolução que envolve os cuidados de saúde primários, os quais assumem um papel de importância crescente no tratamento da doença, mas com destaque para a sua prevenção (Diário da República, 2018).

Segundo a mesma fonte, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública incluem:

“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Diário da República, 2018, p. 19354).

Analisando esta primeira competência, pode afirma-se que o presente projeto de intervenção comunitária, descrito neste relatório, seguiu as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde. Numa fase inicial foi feito o diagnóstico da situação de saúde, que possibilitou identificar a capacitação dos cuidadores formais como uma necessidade. Seguiram-se as restantes fases, definição das prioridades em saúde da comunidade, foram formulados os objetivos e delineadas estratégias. Na execução das atividades propostas foram envolvidos os parceiros indispensáveis para o sucesso do projeto e otimizados os recursos necessários. A intervenção foi norteadada pelo modelo teórico de Betty Neuman e submetida a avaliação e controlo durante o processo de operacionalização, de forma a monitorizar a eficácia das atividades realizadas e proceder à sua reformulação em caso de necessidade. A avaliação do projeto foi feita com recurso a indicadores de atividade ou execução e de indicadores de impacto ou resultado.

“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018, p. 19354).

O objetivo máximo do projeto de intervenção comunitária “Saber mais para melhor Cuidar – Capacitação dos Cuidadores Formais”, recaiu sobre a capacitação dos cuidadores formais da pessoa idosa. Nesta sequência, foram desenvolvidas ações de formação dirigidas às reais necessidades destes cuidadores ao nível das suas maiores dificuldades na prestação de cuidados diários e ao nível das suas mais prementes necessidades formativas. Essas sessões de formação, permitiram o aumento de conhecimentos nas áreas ministradas, promovendo o ajuste de condutas de atuação e melhoria da prestação de cuidados ao idoso. De acordo com a avaliação final do processo de intervenção, foi notório o aumento de conhecimentos por parte dos cuidadores formais, podendo, desta forma, afirmar-se que se contribuiu para a capacitação e empoderamento desta comunidade. A implementação do projeto permitiu desenvolver competências de dinamização, gestão e liderança.

“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Diário da República, 2018, p. 19354).

O projeto de intervenção comunitária “Saber mais para melhor Cuidar - Capacitação dos Cuidadores Formais”, vai ao encontro da consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, na medida em que um dos seus eixos estratégicos diz respeito à Cidadania em Saúde, onde se propõe: “a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, 2015, p. 16). A presente intervenção converge para a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025. A missão desta estratégia é “promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (ENEAS 2017-2025, 2017, p.16). Uma forma de promover o envelhecimento ativo e saudável é através da capacitação e empoderamento dos cuidadores formais, criando e/ou desenvolvendo ferramentas para uma prestação de cuidados de qualidade e assim convergir para um envelhecimento digno.

“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Diário da República, 2018, p. 19354).

“A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde -doença” (Diário da República, 2018, p.19357). A aquisição desta competência ocorreu essencialmente durante o diagnóstico da situação de saúde, através de pesquisa de dados sociodemográficos da comunidade inserida no contexto de intervenção, bem como de diversos indicadores de saúde.

10.3 COMPETÊNCIAS DO GRAU ACADÉMICO DE MESTRE

Este percurso académico possibilitou não só a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem comunitária e de saúde pública, como também, desenvolver competências de Mestre. Segundo o Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de setembro do Diário da República, o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Diário da República, 2016, p.3174).

Todo o percurso desenhado, desde as várias unidades curriculares, as atividades letivas, os estágios, a elaboração e implementação de um projeto de intervenção comunitária e ainda a elaboração de um artigo científico, possibilitou adquirir novos conhecimentos e desenvolver os pré-existentes, não só na área da prática clínica como também no âmbito da investigação.

Todas as fases foram facilitadoras do desenvolvimento de sentido crítico na tomada de decisão, de técnicas de comunicação e capacidade de transmissão de informação dirigida à população-alvo, equipa multidisciplinar, bem como aos parceiros comunitários. Procurou comunicar-se, de uma forma clara e sem ambiguidade, as conclusões e resultados da intervenção comunitária, em todas as suas etapas da metodologia do planeamento em saúde. Desta forma, torna-se possível dar continuidade ao projeto, e assim, à promoção de um envelhecimento digno através da capacitação dos cuidadores da pessoa idosa.

A capacidade de compreensão e resolução de problemas foi determinante no sentido de dar respostas a intercorrências que surgiram ao longo de todo o processo. Foi possível encontrar solução para todas as adversidades, questões complexas e/ou situações de informação limitada ou incompleta. As questões éticas e sociais foram parte integrante de todo o processo de aprendizagem.

No decorrer do presente curso de metrado, foi possível adquirir competências que permitirão um contínuo de aprendizagens, onde se inclui a investigação, de uma forma auto-orientada e/ou autónoma.

O desenvolvimento de toda esta experiência de aprendizagem, possibilitou responder às necessidades de uma comunidade/grupo. Através da transmissão de informação pertinente, compreensível e fundamentada, mediada por sessões de formação, foi possível promover a capacitação de indivíduos, neste caso concreto de cuidadores formais da pessoa idosa, propiciando o aumento da sua competência e responsabilidade em relação aos cuidados prestados às pessoas que deles depende.

Posto isto, parecem estar reunidas as condições necessários para a obtenção do grau de Mestre após a discussão pública do presente relatório.

CONCLUSÃO

O presente relatório descreve o percurso desenhado, com vista a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área da enfermagem comunitária e saúde pública, assim como as competências de mestre, o qual propiciou a melhoria da prática de cuidados.

O envelhecimento populacional é uma realidade das sociedades atuais, pelo que a aposta em respostas sociais direcionadas para a pessoa idosa, ganha especial destaque. O idoso dependente ocupa um espaço cada vez mais significativo numa comunidade, originando a necessidade de prestadores de cuidados.

Em resultado de alterações da estrutura familiar, observa-se com alguma frequência, a transferência do cuidado à pessoa idosa, do domínio familiar para um cuidador formal. Nesta sequência e ainda que não seja considerada uma prioridade nas políticas de saúde, o investimento na formação destes cuidadores formais parece ser determinante pela sua forte influência na melhoria da prestação de cuidados dos referidos profissionais e consequentemente no bem-estar do idoso. A formação dos cuidadores formais pode, desta forma, ser considerada uma resposta perante o desafio do envelhecimento populacional.

Da pertinência da formação dos cuidadores formais, emerge a relevância do enfermeiro enquanto formador e capacitador destes profissionais, com a atenção direcionada para as capacidades e potencialidades do sistema. O enfermeiro, enquanto agente de mudança, medeia a transmissão do saber baseado na evidência científica.

Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, prende-se com a capacidade de integrar a comunidade na resolução dos seus problemas. Deste modo, mediante o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária, torna-se possível suprimir necessidades dos cuidadores formais e por conseguinte propiciar boas práticas no cuidado ao idoso.

O principal objetivo da intervenção foi promover a capacitação dos cuidadores formais – assistentes operacionais através do aumento dos seus conhecimentos. Tendo por base a significativa melhoria nas médias de aproveitamento pós sessões de formação, de acordo com as médias de aproveitamento pré sessões de formação, parece ter sido notório o aumento dos conhecimentos dos cuidadores alvo da intervenção delineada, o que reforça a sua eficácia. Desta forma, a formação parece ser um veículo exequível e promissor para a melhoria contínua do exercício profissional direcionado para o cuidar da pessoa idosa, potenciada pela tendência de uma população cada vez mais envelhecida.

Salienta-se, no entanto, que para um impacto mais vincado, é fundamental replicar e disseminar a intervenção comunitária a outros contextos, como outras instituições do concelho, assim como aumentar o número de horas de formação, nomeadamente no que se refere a treinos práticos.

A intervenção comunitária desenvolvida, respeitou as etapas da metodologia do planeamento em saúde e foi norteadada pelo modelo teórico de Betty Neuman, “Modelo de Sistemas de Neuman”. De acordo com o referido modelo, os cuidadores formais constituem um sistema, onde foram reconhecidos possíveis fatores geradores de stress: défice de conhecimento evidenciado pela dificuldade de prestação de cuidados diários e necessidades formativas. Foram identificadas as efetivas necessidades dos cuidadores formais e dirigidas ações de formação com base nessas lacunas. Desta forma, evitou-se o contacto dos possíveis stressores com a linha flexível de defesa e o compromisso da linha normal de defesa.

Importa fazer referência a dificuldades e/ou obstáculos que surgiram durante o desenvolvimento da intervenção, que se prenderam essencialmente com condicionantes inerentes ao atual contexto pandémico, à escassez de tempo e à necessidade de articulação do horário laboral na instituição empregadora com o estágio e a intervenção comunitária.

Salienta-se que o caminho traçado, possibilitou uma partilha de saberes e experiência com todos os envolvidos, refletindo-se num crescimento pessoal e profissional. Fica-se com a certeza de que, sem todos eles, não teria sido possível alcançar o sucesso. Parece ter sido possível contribuir para a investigação em enfermagem, ainda que de forma modesta.

Não obstante, ressalva-se a necessidade de aprimorar o processo de capacitação dos cuidadores formais de idosos, favorecer a construção de um pensamento crítico, superar as deficiências técnicas e fortalecer a identidade do profissional, que pode ser mediado pela formação e onde os profissionais de enfermagem devem assumir um papel central. Importa insistir na sensibilização dos dirigentes das instituições de cuidados à pessoa idosa sobre a importância da formação dos seus cuidadores e a sua determinante repercussão nos ganhos em saúde.

Fomentar a melhoria da prestação cuidados ao idoso através da admissão de profissionais mais qualificados poderia configurar-se uma hipótese, no entanto convenhamos que no contexto atual parece pouco viável, além do que implicaria ajustes remuneratórios. Deste modo, parece mais exequível, apostar no desenvolvimento de conhecimentos e competências destes profissionais, no ajuste dos seus processos de tomadas de decisão e perceções sobre o cuidado, que podem ser conseguidos através de ações de formação. Os resultados obtidos na presente intervenção comunitária, convergem para essa mesma possibilidade.

Finalizando, parece ser relevante refletir sobre o número de cuidadores formais por cada 100 habitantes com mais de 65 anos, onde Portugal ocupa o 3º pior lugar entre os 28 países da OCDE analisados. O nosso país apresenta um rácio de 1 para cada 100 idosos perante uma média de 5% do conjunto de países do estudo (OECD, 2020). Este parece ser um assunto que merece análise em futuros estudos, aprofundando também as questões da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública junto das famílias e das instituições que cuidam de pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (5a)*. Loures: Lusodidacta.
- Antón, M. (2016). *Curso Online Para Cuidadores De Pessoas Com Dependência*. 2.^a Edição. Madrid: Grupo IMC.
- Antunes, A. (2001). *Terminologia de Formação Profissional. Alguns conceitos de base- III*. CIME. Comissão Interministerial para o emprego. Lisboa. Acedido em 11, junho, 2016. Disponível em <http://www.exercito.pt/pefex/GLOS/DGEFP.pdf>
- Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N. & Ribeiro O. (2017). *Perceção do Apoio Familiar do Idoso Institucionalizado com Dependência Funcional*. *Enfermería Universitaria*. 14(2):97–103. doi:10.1016/j.reu.2017.02.00
- Assembleia da República. (2009). Lei n.º 7/2009. Diário da República n.º 30/2009. Série I de 2009-02-12, páginas 926 – 1029. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/7-2009-602073>
- Barbosa, L., Noronha, K., Spyrides, M. & Araújo, C. (2017). *Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal*. Rio Grande do Norte. *Rev. Bras. de Estudos de População*. 34(2):391-414. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/TzgWkzb9Hf5dHXmmNkkKFvn/abstract/?lang=pt>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo (5ª Edição – revista e atualizada)*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, M., Carreira, L. & Marcon, S. (2015). *Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública*. *Revista Kairós Gerontologia*. 18(1):325-339. ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>
- Bárrios, M. & Fernandes, A. (2014). *A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32(2):188-196. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000492>
- Beddome, G. (1995). *Community as client Assessment. A Neuman Based Guide for Education and Practice*. B. Neuman. The Neuman Systems Model. 3^a ed. Norwalk: Appleton e Lange.
- Braga, G. & Silva, J. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Vicente, B., Santos, I. & Santiago, C. (2021). *Capacitar as Ajudantes de Ação Direta para Bem Comunicar com o Idoso*. *Revista da UI_IPSantarém*. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1):27-41. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>
- Camarano, A., Kanso, S., Carvalho, D. & Mello, J. (2010). *As instituições de longa permanência*. Em A. A. Camarano, *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa*. 187-212. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.
- Camarano, A. & Mello, J. (2010). *Cuidados de Longa Duração no Brasil: o Arcabouço Legal e as Ações Governamentais*. Em A. A. Camarano, *Cuidados de Longa Duração para a*

- População Idosa: um novo risco social a ser assumido? 67- 92. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPA).
- Canhestro, A. (2018). *Envelhecer com saúde: promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf
- Canhestro, A. & Basto, M. (2016). *Envelhecer com saúde: promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Pensar Enfermagem. Vol.20 n.º1. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23743/1/Artigo3_27_51.pdf
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrilho, P. (2012). *Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7988>
- Carvalho, A. (2012). *Ajudantes de Acção Directa: Percepções Sobre Formação Profissional e Impacto da Formação na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/7742>
- Carta Social (2021). *Rede de Serviços e Equipamentos*. Consultado em 2021: <http://www.cartasocial.pt/>
- Carta Social (2021). *Conceitos*. Consultado em 2021: <http://www.cartasocial.pt/>
- Carvalhosa, S., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). *Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções*. *Análise Psicológica*, 28(3):479-490. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-231210000300008&lng=pt&tlng=pt
- Chambel, D. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20Idosos%20Institucionalizados%20An%20alises%20dos%20Niveis%20de%20Sobrecarga%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf>
- Coelho, C. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. (1974 - 2031)*. Tese de Doutoramento em Ciência Política, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em: [file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Doutoramento_JUNHO2016_CarlaLeao%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Doutoramento_JUNHO2016_CarlaLeao%20(1).pdf)
- Colliére, M. (1999). *Promover a Vida – da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Collière, M. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ª edição. Lusodidacta. Lisboa.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). *Cuidar de Idosos Institucionalizados: Características e Dificuldades dos Cuidadores*. Revista Electrónica de Enfermagem, 13 (2), 306-312. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273715430_Cuidar_de_idosos_institucionalizados_caracteristicas_e_dificuldades_dos_cuidadores
- Com, I. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Retrieved from. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>.
- Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central. (2020). *Referencial Estratégico para o Desenvolvimento Social do Alentejo Central. Relatório I - Diagnóstico Social do Alentejo 2017*. Arraiolos. Disponível em: https://www.cm-evora.pt/wp-content/uploads/2020/10/DiagnosticoSocialAlentejoCentra_VF.pdf
- Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados: Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/3534/1/Jocelina%20Gameiro%20dos%20Santos%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20-%20Projeto%20Mestrado%2026J.pdf>
- Concelho Social (2015). *Plano de Desenvolvimento Social 2016-2018 do Concelho de Reguengos de Monsaraz*. Reguengos de Monsaraz. Disponível em: <http://arquivo2020.cm-reguengos-monsaraz.pt/pt/Documents/planos-relatorios/desenvolvimento-social/Plano%20de%20Desenvolvimento%20Social%202016-2018.pdf>
- Correia, H. (2019). *Capacitação de Cuidadoras Formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário*. Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17845>
- Cruz, R., Beltrame, V., & Dallacosta, M. (2017). *Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 22(3):e180212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/v3t6CJxkm3JRPrwf3fXn6kc/abstract/?lang=pt>
- Debert, G. & Daniliaukas M. (2017). *A construção do cuidado do idoso como profissão*. In: Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress. Florianópolis. 1-12.
- Diário da República (2016). *Decreto-Lei n.º 63/2016. Capítulo III. Mestrado. Artigo 15.º Grau de mestre*. 1.ª série. N.º 176. 13 de setembro de 2016. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>
- Diário da República (2018). *Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 428/2018. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. 2.ª série. N.º 135. 16 de julho de 2018. Disponível em:

file:///C:/Users/PC/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/Especialidade/Relat%C3%B3rio%20Final/competencias%20espec%C3%ADficas.pdf

Diário da República (2019). *Regulamento n.º 140/2019*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2.ª série. N.º 26. 6 de fevereiro de 2019. Disponível em:

file:///C:/Users/PC/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/Especialidade/Relat%C3%B3rio%20Final/competencias%20comuns%20do%20Enf%20Especialista.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Planos Locais de Saúde | Estratégia da Saúde ACES Alentejo Central. 2017*. Disponível em: https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2017/09/Plano_Local_Saude_ACES_AC_Vfinal_.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS] (2019). *Perfil Local de Saúde 2019, ACeS Alentejo Central*. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/PeLS2018_A50_ACeS_Central_ed_2019.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

Duarte, M. (2018). *Formar para Cuidar*. Relatório de Estágio para Obtenção de Grau de Mestre na área de Enfermagem de Saúde Comunitária. Instituto politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2251?locale=en>

Duro, S. (2013). *Cuidar da Família ao Longo da Vida*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Dzhankarashvili, C. (2017). *Formação de Cuidadores – Um Passo para a Regulamentação da Profissão*. Mestrado em Estudos Profissionais Especializados em Educação - Especialização em Administração das Organizações Educativas. Politécnico do Porto. Disponível em: [file:///C:/Users/PC/Downloads/DM_Carmen%20Dzhankarashvili_2017%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/DM_Carmen%20Dzhankarashvili_2017%20(5).pdf)

Fernandes, R. (2021). *Envelhecimento e Qualidade de Vida – Visão do Utente de Centro de Dia*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5810/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Mestrado_Rute%20Fernandes.pdf

Ferreira, M. (2015). *A qualidade da experiência subjectiva e o envelhecimento: Relações com o bem-estar e solidão*. Tese de Doutoramento em Psicologia Especialização em Psicologia Social, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20569/1/Maria%20Jos%C3%A9%20Pereira%20Ferreira.pdf>

Figueiredo M., Gutierrez D., Duran M., Darder J., Tirado J., Silva R. & Carvalho M. (2021). *Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados*. Ciência & Saúde Coletiva. 26(1):37-46. DOI: 10.1590/1413-81232020261.32462020

- Firmino, H., Simões, M. & Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental das Pessoas mais velhas*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-989-752-147-8
- Fonseca, A. (2012). *Desenvolvimento Psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do Envelhecimento*. In: Paúl, C., & Ribeiro, O. (Coord.). *Manual de Gerontologia*. (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Freitas J. (2016). *Capacitação dos Ajudantes de Ação Direta de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em Primeiros Socorros e Prevenção de Acidentes*. [Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real Portugal. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/7577/1/msc_jdpfreitas.pdf
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional*. (4a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Giacomin, C., Duarte, O., Camarano, A., Nunes, P. & Fernandes, D. (2018). *Cuidados e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil*. *Rev Saúde Pública*. 52(Supl. 2):9s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gRk7NZf9hhJpXBMjL8KQczG/?format=pdf&lang=pt>
- Gianfrancisco I, Dietrich G, Garcia C, Batistoni S, Gutierrez B & Falcão D. (2017). *Crenças Sobre o Bom Cuidador Profissional de Idosos Dependentes no Contexto Domiciliar*. *Psicologia em Estudo*. Universidade Estadual de Maringá. 22(3):313-323. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i3.32508>
- Guedes, J. (2012). *Viver num Lar de Idosos: Identidade em Risco ou Identidade*. Riscada. Coisas de Ler. Lisboa.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R. & Silva, R. (2019). *Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional*. *Gestão e Desenvolvimento*, 27 (2019), 291-313. Disponível em: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>
- Imaginário, C. (2004). *Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde (3.ª ed.)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012a). *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: INE. Consultado em 2021: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016a). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2013-2015*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: INE. Consultado em 2021: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021). *Censos 2021 Relatório Provisório – Portugal*. Lisboa: INE. Consultado em 2022: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2021). *Apoios Sociais e Programas - Idosos*. Lisboa: Instituto da Segurança Social. Consultado em 2021: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Jeremias, R. & Rodrigues, F. (2010). *O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade*. Nursing. Novembro 2010. P. 12-17 ISSN 0871-6196. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3581-o-cuidar-de-enfermagem-ao-sistema-cliente-comunidade#.XvXMxWhKhPY>
- Jornal de Notícias. Schreck I. (2019). *Elas Estão em Maioria na Saúde mas Ainda Mandam Pouco*. Consultado em janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.jn.pt/nacional/elas-estao-em-maioria-na-saude-mas-ainda-mandam-pouco-10971733.html>
- Kalanlar, B. & Alici, N. (2019). *The effect of care burden on formal caregiver's quality of work life: a mixed-methods study*. Scand J Caring Sci; 12 [Epub ahead of print]. [cited 2020 Jun 01]. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12808>.
- Klompstra, L., Ekdahl, W., Krevers, B., Milberg, A. & Eckerblad, J. (2019). *Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period*. BMC Geriatr. 19(1):187. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31277674/>
- Lampert, T., Scortegagna, A. & Grzybovski D. (2016). *Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência*. REAd. 22(3):360-380. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.09515.57137>
- Lima, P. (2010). *Envelhecimento(s) – Estado da arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. Disponível em: <https://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertac%c3%a3o-Nath%c3%a1lia-Alvarenga-Martins.pdf.pdf>
- Martins, S. (2017). *Envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida dos idosos*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusíada. Disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/3426>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel. 1ª edição impressa.
- Mendonça F, Santos A, Buso A & Malaquias B. (2017) *Avaliação de um Curso de Capacitação: Implicações para a Prática*. Revista Cubana de Enfermería. 33(4):793-809. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1194/312>
- Militar, S. (2012). *Formar para Cuidar*. Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade

- Católica Portuguesa. Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13570/1/Relat%C3%B3rio%20Sofia%20Militar.pdf>
- Minayo, S. (2019). *O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente*. Cien Saude Colet. 24(1):247-252. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pQJqwKWPwLZHXSrJQFydp/abstract/?lang=pt>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Gabinete de Estratégias e Planeamento [GEP] (2018). *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2018*. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2018.pdf>
- Ministério da Saúde. (2006). *Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho: Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República, n.º 109, Série I-A , 3856 - 3865. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Miranda A, Dias M, Gunes A. (2019). *The Impact of an Educational Support Program on Formal Caregivers of Elderly People with Dementia in the Institutional Context*. Journal of Social Science Research. 14:2321-1091. Doi: <https://doi.org/10.24297/jssr.v14i0.8496>
- Miranda, A. (2020). *Impacto de um programa de apoio educativo a cuidadores formais de pessoas idosas com demência em contexto institucional*. Doutoramento gerontologia e geriatria. Universidade do Porto, universidade de Aveiro. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/1_Alexandra_Miranda_2020.pdf
- Mitra, S. (2018). *The human development model of disability, health and wellbeing*. In: Mitra S. Disability, health and human development. New York: Palgrave Pivot. 9-32. http://dx.doi.org/10.1057/978-1-137-53638-9_2.
- Monteiro, D., Martins, M., Schoeller, D. & Antunes, L. (2021). *Assistência à saúde dos idosos: equipe interdisciplinar de saúde*. Rev baiana enferm. 35.e36702. DOI 10.18471/rbe.v35.36702
- Nazário D, Santos I & Sarroeira C. (2021) *Intervenção Comunitária: Capacitação das Auxiliares de Ação Direta sobre Suporte Básico de Vida*. Revista da UI_IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1):42-56. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/revistaiiips>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stamford: Lance
- Nogueira, H., & Remoaldo, P. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Noronha, K., Andrade, B., Camargos, S. & Machado, J. (2021). *Limitação funcional e cuidado dos idosos não institucionalizados no Brasil, 2013*. Cad Saúde Colet.;29(esp.):59-72. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010315>
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

- Nunes, A. (2017). *Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal*. Revista Kairós Gerontologia, 20(1), pp. 133-154. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32413>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. Doi: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- Oliveira, I. (2010). *Mortalidade: Compressão, Deslocamento e Causas de Morte (Portugal 1950-2005)*. Revista de Estudos Demográficos, 48, 35-50. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14424/1/Mortalidade%20Compress%C3%A3o%20Deslocamento%20e%20Causas%20de%20Morte%20%28Portugal%201950-2005%29.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 428/2018: 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, 2.ª série, N.º 135, 16 de julho de 2018. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Regulamento n.º 338/2017. Código Deontológico*. Estatuto da OE republicado como anexo pela lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, 2.ª série, N.º 120, 23 de junho de 2017. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5163/rg-3382017-23-junho.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2013) - *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. Paris. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/a-good-life-in-old-age-9789264194564-en.htm>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2016a). *Nurses*. In OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics. (pp. 216-17). Paris: OECD Publishing. Disponível em: <https://www.oecd.org/publications/oecd-factbook-18147364.htm>
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2015). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision, V 1: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/379)*. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2015_Methodology.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1998). *Health Promotion Glossary*. Acedido em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. (Resumo em português). Genebra: OMS. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=864BD091DB0F76F4627799B053966106?sequence=6
- Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos – Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos*. Lisboa: Quadritópico, Lda.

- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício da Enfermagem*. ACEPS. Lisboa.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Revista de Enfermagem Referência, 11, 121–132. doi: 10.12707/RIV16030
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice (7a edição)*. Pearson education. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19831201-13>
- PORDATA (2020). *Indicadores demográficos*. Acedido em maio, 2021 em: <https://www.pordata.pt>
- PORDATA (2021). *Indicadores demográficos*. Acedido em maio 2021 e Fevereiro 2022 em: <https://www.pordata.pt>
- Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas*. Revista Percursos, 15, 1-38. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- São José, J. (2016). *What are we talking about when we talk about care? A conceptual review of the literature*. Sociologia, Problemas e Práticas nº 81, 57-74. Disponível em: <https://journals.openedition.org/spp/2330>
- Silva, J., & Silva, E. (2017). *Envelhecer nas perspectivas sobre tempo, experiência e consciência de classe em Edward Palmer Thompson e Antônio Gramsci*. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 14(2), 118-128. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v14i2.6092>
- Sousa, M. & Menezes, M. (2015). *Humanização dos Cuidados na Terceira Idade: Melhorar a Prática e o Desempenho Profissional no CSCRQ*. Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Disponível em: <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/584>
- Sousa, S. (2020). *Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Mestrado em Enfermagem. Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Portalegre, 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33536/1/BCTFC110.pdf>
- Spiriduso, W. (2004). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência. Loures.
- Vicente B., Santos I. & Santiago C. (2021). *Capacitar as Ajudantes de Ação Direta para Bem Comunicar com o Idoso*. Revista da UI_IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1):27-41. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>
- República portuguesa (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho

n.º12427/2016. Disponível em: <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>

Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal M., Caiado M., Antunes C., Almeida A. & Almeida, C. (2019). *Solidão no Idoso Institucionalizada com Dependência Funcional*. Motricidade, vol. 15, n. 4, pp. 36-40. Edições Desafio Singular. Doi: <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.20137>

World Health Organization [WHO] (2015a). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

World Health Organization [WHO] (2018). *Age-friendly environments*. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/agefriendly-environments/en/>

APÊNDICES

APÊNDICE I: GUIÃO DE ENTREVISTA A INFORMADORES-CHAVE

ENTREVISTA AOS INFORMADORES CHAVE

Na sua perspetiva, quais as necessidades relevantes para uma pertinente intervenção comunitária, no âmbito do envelhecimento e designadamente da relação entre a população idosa e seus cuidadores?

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE II: CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INFORMADORES-
CHAVE

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

(Norma nº015/2013 da Direção-Geral de Saúde atualizada a 04/11/2015)

Parte declarativa da Investigadora

“Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti, em caso de recusa, não haver qualquer prejuízo para a pessoa nos seus correspondentes direitos assistenciais”

_____, portadora da cédula profissional da OE nº _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Parte declarativa do Participante

“Declaro ter compreendido bem como as informações que me foram fornecidas pela profissional de saúde que acima assina, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. 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 pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Este documento é feito em duas vias, uma para o processo e outra que fica na posse da pessoa que consente.

Mestrado em Enfermagem em Associação



Enfermeira [REDACTED]

Enfermeira e Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação

Investigadora Principal

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Professora Doutora [REDACTED]

Professora Orientadora

APÊNDICE III: AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA -
INSTITUIÇÃO A

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



O concelho de administração da [REDACTED],
concede autorização para a implementação do projeto de intervenção comunitária -
“Saber Mais para Melhor Cuidar”, que visa a capacitação dos Cuidadores Formais de
Pessoas Idosas - Assistentes Operacionais (AO).

[REDACTED], de _____ de 2021

Assinado por: [REDACTED]

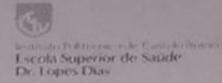
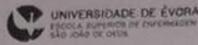
Num. de Identificação: [REDACTED]

Data: 2021.11.02 10:29:11+00'00'



APÊNDICE III: AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA -
INSTITUIÇÃO B

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



O concelho de administração da [REDACTED], concede autorização para a implementação do projeto de intervenção comunitária - “Saber Mais para Melhor Cuidar”, que visa a capacitação dos Cuidadores Formais de Pessoas Idosas - Assistentes Operacionais (AO).

[REDACTED], de _____ de 2021

[REDACTED]

(Concelho de Administração)

APÊNDICE III: AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA -
INSTITUIÇÃO C

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



O conselho de administração da [REDACTED]
concede autorização para a implementação do projeto de intervenção comunitária -
“Saber Mais para Melhor Cuidar”, que visa a capacitação dos Cuidadores Formais de
Pessoas Idosas - Assistentes Operacionais (AO).

[REDACTED] de [REDACTED] de 2021
[REDACTED]
(Conselho de Administração)

APÊNDICE IV: QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES
DE FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS

QUESTIONÁRIO

Para cada uma das questões que se encontram abaixo, seleccione uma das opções:

Faixa Etária

20-30 anos___ 30-40 anos___ 40-50 anos___ >50 anos___

Género

Feminino___

Masculino___

Habilitações Literárias

1ºciclo___ 2ªciclo___ 3ºciclo___ Ensino Secundário___ Licenciatura___

Possui formação na área da prestação de cuidados à pessoa idosa?

Sim___ Não___

Considera a formação importante para melhorar o seu desempenho na prestação de cuidado à pessoa idosa?

Sim___ Não___

Há quanto tempo realizou a última formação por intermédio da atual instituição laboral?

Nunca___ Menos de 1 ano___ 1 ano a 2 anos___ mais de 2 anos___

Há quanto tempo exerce atividade profissional na área de cuidador(a) formal?

Menos de 1 ano___ 1 ano a 5 anos___ 5 anos a 10 anos___ mais de 10 ano___

A atividade profissional de cuidador formal foi uma escolha pessoal?

Sim___ Não___

1. Quais as suas maiores dificuldades, sentidas no dia-a-dia, durante a prestação de cuidados ao idoso?

Das opções abaixo, numere com o número **1** a sua maior dificuldade, com o número **2** a segunda maior dificuldade e com o número **3** a terceira maior dificuldade:

- Nos cuidados de higiene____
- Nos cuidados com a pele____
- Durante a alimentação do utente por via oral____
- Nos cuidados ao utente diabético (avaliação de glicémia capilar...)____
- Nos cuidados ao utente com hipertensão (avaliação de TA...)____
- Nos posicionamentos____
- Nos cuidados que visam evitar transmissão de infeções entre os utentes____
- Na comunicação com os idosos____
- Na articulação com colegas e restante equipa____
- Outras (especifique)

2. Quais as necessidades de formação que considera mais urgentes para melhorar a sua prestação de cuidados ao idoso?

Numere com o número **1** a opção que considera mais importante, com o número **2** a segunda mais importante e com o número **3** a terceira mais importante:

- Cuidados de higiene____
- Cuidados com a pele____
- Alimentação por via oral____

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



- Cuidados ao utente com diabetes____
- Cuidados ao utente com Hipertensão____
- Cuidados ao utente em situação de urgência/emergência (Suporte Básico de Vida, Primeiros Socorros...)____
- Prevenção de úlceras de pressão____
- Prevenção de quedas____
- Cuidados no controle de infeção (prevenir a transmissão de infeções entre utentes)____
- Comunicação com os idosos____
- Trabalho em equipa____
- Outras (especifique)

Obrigado pela vossa colaboração

APÊNDICE V: CONSENTIMENTO INFORMADO DESTINADO AOS
CUIDADORES FORMAIS

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

(Norma nº015/2013 da Direção-Geral de Saúde atualizada a 04/11/2015)

Este documento, dado por escrito, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a. Por favor, leia atentamente toda a informação aqui contida. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira colaborar com o preenchimento do questionário e assinar o presente documento.

Título do estudo: Mais Saber para Melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais da Pessoa Idosa

Enquadramento: Este projeto surge no âmbito do Estágio, a decorrer no Centro de Saúde de [REDACTED] – UCC [REDACTED] do 5º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob a orientação da Professora Doutora [REDACTED] e orientadora de Estágio a Enfermeira Especialista [REDACTED]. A realização deste estudo visa a capacitação dos Cuidadores Formais de Pessoas Idosas para a prestação de cuidados diários a esta população.

Procedimentos: para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados que será feita mediante um questionário, destinado a Cuidadores Formais - Assistentes Operacionais que prestam cuidados diretos à pessoa idosa institucionalizada em ERPI (Estrutura Residencial para a Pessoa Idosa), em regime de centro de dia ou sob Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Os dados colhidos permitirão identificar as maiores dificuldades na prestação de cuidados diários ao idoso, assim como, as mais urgentes necessidades de formação sentidas por parte destes Cuidadores Formais. Posteriormente à análise dos questionários será possível realizar sessões de formação de acordo com as necessidades identificadas. O preenchimento do formulário demorará aproximadamente

15 minutos. O participante do estudo tem de ser Cuidador Formal – Assistente Operacional a prestar cuidados diretos à pessoa idosa em ERPI, em regime de centro de dia ou sob SAD. Poderá ter qualquer tipo de vínculo laboral.

Condições e financiamento: Não existe qualquer pagamento ou contrapartidas para a sua participação. A sua participação neste projeto é voluntária e gratuita. Pode recusar participar e pode também abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em caso de recusa. O estudo é financiado pela investigadora.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade e a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Os dados obtidos serão de uso exclusivo para o presente estudo, serão utilizados em trabalho académico e para publicação de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Quaisquer dúvidas relativas ao projeto, poderão ser esclarecidas pela investigadora, enfermeira [REDACTED], através do n.º de telemóvel [REDACTED]. Serão garantidas todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo antes de preencher o Termo de Consentimento.

Parte declarativa da Investigadora

“Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti, em caso de recusa, não haver qualquer prejuízo para a pessoa nos seus correspondentes direitos assistenciais”

[REDACTED], portadora da cédula profissional da OE nº [REDACTED]

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Parte declarativa do Participante

“Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas, pela profissional de saúde que acima assina, sobre o preenchimento do questionário e sobre o facto de este permitir identificar as necessidades de formação com o propósito de realizar formação aos Cuidadores Formais – Assistentes Operacionais, a prestar cuidados diretos à pessoa idosa em ERPI, em regime de centro de dia ou Serviço de Apoio Domiciliário. Declaro ter-me sido explicado que os dados recolhidos apenas serão utilizados para este fim e para trabalho académico ou científico realizado pela sua autora. Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. 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 pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Este documento é feito em duas vias, uma para o processo e outra que fica na posse da pessoa que consente.

Enfermeira [REDACTED]

*Enfermeira e Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação
Investigadora Principal
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*

Professora Doutora [REDACTED]

Professora Orientadora

APÊNDICE VI: QUESTIONÁRIO REFORMULADO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS
NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS

Questionário

Para cada uma das questões que se encontram abaixo, seleccione uma das opções:

Faixa Etária

20-30 anos___ 30-40 anos___ 40-50 anos___ >50 anos___

Género

Feminino___

Masculino___

Habilitações Literárias

1ºciclo___ 2ªciclo___ 3ºciclo___ Ensino Secundário___ Licenciatura___

Possui formação na área da prestação de cuidados à pessoa idosa?

Sim___ Não___

Considera a formação importante para melhorar o seu desempenho na prestação de cuidado à pessoa idosa?

Sim___ Não___

Há quanto tempo realizou a última formação por intermédio da atual instituição laboral?

Nunca___ Menos de 1 ano___ 1 ano a 2 anos___ mais de 2 anos___

Há quanto tempo exerce atividade profissional na área de cuidador(a) formal?

Menos de 1 ano___ 1 ano a 5 anos___ 5 anos a 10 anos___ mais de 10 ano___

A atividade profissional de cuidador formal foi uma escolha pessoal?

Sim___ Não___

Qual a sua maior dificuldade, sentida no dia-a-dia, durante a prestação de cuidados ao idoso?

Das opções abaixo, assinale com um **X** a sua maior dificuldade:

- Nos cuidados de higiene____
- Nos cuidados com a pele____
- Durante a alimentação do utente por via oral____
- Nos cuidados ao utente diabético (avaliação de glicémia capilar e interpretação dos resultados; o que fazer perante uma hipo ou hiperglicemia...)____
- Nos cuidados ao utente com hipertensão (avaliação da tensão arterial e interpretação dos resultados...)____
- Nos posicionamentos____
- Nos cuidados que visam evitar transmissão de infeções entre os utentes____
- Na comunicação com os idosos____
- Na articulação com colegas e restante equipa____
- Outras (especifique)

Qual a necessidade de formação que considera mais urgentes para melhorar a sua prestação de cuidados ao idoso?

Das opções abaixo, assinale com um **X** a necessidade de formação que considera mais urgente:

- Cuidados de higiene____
- Cuidados com a pele____
- Alimentação por via oral____
- Cuidados ao utente com diabetes____
- Cuidados ao utente com Hipertensão____
- Cuidados ao utente em situação de urgência/emergência (Suporte Básico de Vida, Primeiros Socorros...)____
- Prevenção de úlceras de pressão____
- Prevenção de quedas____
- Cuidados no controle de infeção (prevenir a transmissão de infeções entre utentes)____
- Comunicação com os idosos____
- Trabalho em equipa____
- Outras (especifique)

Obrigado pela vossa colaboração!

APÊNDICE VII: CARTAZ INFORMATIVO

Sessões de Formação Direcionadas aos Cuidadores Formais



Horário:

Local:

Projeto de Intervenção Comunitária: *“Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais”* que surge no âmbito do 5º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Estágio Final a decorrer na UCC [redacted] sob orientação da Enfermeira Especialista [redacted]

APÊNDICE VIII: SESSÕES DE FORMAÇÃO

Sessão de Formação: Posicionamentos

Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública:
"Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais"



Enfermeira Mestranda, [REDACTED]
Enfermeira Orientadora, [REDACTED]
Professora Orientadora, [REDACTED]

Posicionar

Significa providenciar ao utente alternância de decúbitos com ou sem a sua colaboração;

O posicionamento/alternâncias de decúbito é fundamental para a pessoa com alterações da mobilidade.

Posicionar – Objetivos

- Estimular a mobilidade (evitar complicações nas articulações, estimular os músculos...);
- Estimular o padrão respiratório (mobilizar secreções, estimular músculos respiratórios...);
- Prevenir úlceras de pressão;
- Providenciar conforto e bem-estar;
- Alterar o campo visual;
- Promover a autonomia da pessoa.



Posicionar

- Incentivar a pessoa a mudar de posição, quando esta o consegue fazer;
- Mudar a pessoa de posição, quando esta não tem capacidade de o fazer sozinha, solicitando a sua colaboração (dentro das suas capacidades);
- A frequência dos posicionamentos depende da capacidade de mobilidade da pessoa, do seu estado geral de saúde, dos objetivos do tratamento, das condições gerais da pele, dos materiais de alívio de pressão usados, da tolerância da pessoa;
- Considera-se como tempo médio de reposicionamento da pessoa, 2 horas;
- Em qualquer posicionamento, a pessoa deve ficar confortável, o peso do corpo distribuído de forma equilibrada, respeitar o alinhamento corporal e reduzir as tensões nas articulações e músculos;

Posicionar

- Devem ser usados movimentos suaves e firmes de modo a que a pressão seja aliviada, as diferentes articulações mudem de posições e as zonas de pressão também sejam diferentes;
- Evitar posicionar a pessoa sobre por exemplo tubos de sacos coletores entre outros equipamentos;
- Evitar posicionar a pessoa sobre zonas já avermelhadas;
- Evitar arrastar a pessoa (evitar fricção), utilizando por exemplo um resguardo e solicitando a ajuda de um colega. No caso de utilizar ajuda de um resguardo, este deve ser colocado desde a zona dos ombros, até a região atrás dos joelhos.

Tipos de Posicionamentos

- Decúbito dorsal – DD;
- Decúbito semidorsal (direito/esquerdo) – DSD (D/E);
- Decúbito lateral (direito/esquerdo) – DL (D/E);
- Decúbito ventral – DV;
- Decúbito semiventral (direito/esquerdo) – DSV (D/E);
- Posição de Fowler

Decúbito Dorsal



Fonte: Imagem retirada de "TÓPICOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE – POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E TREINO DE DEAMBULAÇÃO. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA". Ordem das Enfermeiras.

Decúbito Lateral



Fonte: Imagem retirada de "TÓPICOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE – POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E TREINO DE DEAMBULAÇÃO. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA". Ordem das Enfermeiras.

Decúbito Semilateral (esquerdo ou direito)



Fonte: Imagem retirada de "CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE – POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E TREINO DE DEAMBULAÇÃO. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA". Ordem dos Enfermeiros.

Decúbito Ventral



Fonte: Imagem retirada de "CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE – POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E TREINO DE DEAMBULAÇÃO. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA". Ordem dos Enfermeiros.

Decúbito Semiventral



Fonte: Imagem retirada de "CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE – POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E TREINO DE DEAMBULAÇÃO. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA". Ordem dos Enfermeiros.

Decúbito Fowler



Fonte: Imagem retirada de "CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE – POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E TREINO DE DEAMBULAÇÃO. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA". Ordem dos Enfermeiros.

Sessão de Formação: Posicionamentos

Projeto de Intervenção Comunitária, insendo no âmbito do Mestrado em
Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública:
"Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais"



Enfermeira Mestranda, [REDACTED]
Enfermeira Orientadora, [REDACTED]
Professora Orientadora, [REDACTED]

SESSÃO DE FORMAÇÃO: PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO CRUZADAS DE MICROORGANISMOS

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA, INSERIDO NO ÂMBITO DO Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública: “SABER MAIS PARA MELHOR CUIDAR: CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS”

ENFERMEIRA MESTRANDA, _____
ENFERMEIRA ORIENTADORA, _____
PROFESSORA ORIENTADORA, _____



TRANSMISSÃO CRUZADA

Pode ocorrer através de:

- Sangue
- Secreções (expetoração), independentemente da presença de sangue
- Excreções (urina, fezes, vômito...), independentemente da presença de sangue
- Fluidos corporais (vaginais...)
- Feridas na pele
- Membranas mucosas (olhos, boca...)
- Equipamentos ou dispositivos médicos suscetíveis de serem contaminados (cadeira do banho, embalagens de produtos de higiene, mesas de apoio...)



TRANSMISSÃO CRUZADA

Existe um conjunto de ações que previnem/evitam a transmissão cruzada de microrganismos e assim o risco de infeção.



“Não existem utentes de risco mas sim procedimentos de risco”

HIGIENE DAS MÃOS

É indiscutível a transmissão de microrganismos através das mãos dos prestadores de cuidados para utentes, podendo resultar em infeções.



A higiene das mãos é considerada uma das práticas mais simples e mais eficaz na diminuição de infeções associadas aos cuidados de saúde.

HIGIENE DAS MÃOS

Lavagem das mãos
com água e sabão

Ficção das mãos com
SABA (Solução
Antisséptica de Base
Alcoólica)

HIGIENE DAS MÃOS

Lavar as mãos com água e sabão:

- Quando visivelmente sujas ou contaminadas (sangue, vômito, secreções, urina...)
- Após utilizar a casa de banho
- Procedimentos a utentes com infeções gastrointestinais (ex. *Clostridium*)



HIGIENE DAS MÃOS

Lavagem das mãos

Lave as mãos sempre quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução antisséptica de base alcoólica (SABA).

1) duração total do procedimento: 40-60 seg.

1. Molha as mãos com água

2. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos

3. Esfregue as palmas das mãos, uma à frente da outra

4. Fricção dos dedos e do dorso da mão com as costas da outra mão, cruzando os dedos entrelaçados

5. Fricção das costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

6. Fricção de todo o dorso das mãos com as costas da outra mão, cruzando os dedos entrelaçados

7. Esfregue o polegar segurando-o com o outro dedo, entrelaçado na palma da mão oposta

8. Esfregue o polegar segurando-o com o outro dedo, entrelaçado na palma da mão oposta

9. Esfregue as costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

10. Esfregue o dorso das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

11. Esfregue as costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

12. Agarre as duas mãos entre si e seque-as.

Fonte: Imagens retiradas de www.dga.pt

HIGIENE DAS MÃOS

Fricção Antisséptica das mãos

Higiene as mãos, friccionando-as com solução antisséptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos quando estão visivelmente sujas.

1) duração total do procedimento: 20-30 seg.

1. Aplique o produto numa mão em forma de círculo para cobrir todas as superfícies

2. Esfregue as palmas das mãos, uma à frente da outra

3. Fricção dos dedos e do dorso da mão com as costas da outra mão, cruzando os dedos entrelaçados

4. Fricção das costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

5. Fricção de todo o dorso das mãos com as costas da outra mão, cruzando os dedos entrelaçados

6. Fricção do polegar segurando-o com o outro dedo, entrelaçado na palma da mão oposta

7. Fricção do polegar segurando-o com o outro dedo, entrelaçado na palma da mão oposta

8. Fricção das costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

9. Fricção das costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

10. Fricção das costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

11. Fricção das costas das mãos com as palmas das mãos, cruzando os dedos entrelaçados

12. Limpe as duas mãos, se não estiverem muito sujas.

Fonte: Imagens retiradas de www.dga.pt

HIGIENE DAS MÃOS

- Realizada nos “cinco momentos”;
- Após contacto com sangue, fluidos corporais, excreções (urina, fezes, vômito...), secreções ou objetos contaminados;
- Logo após a remoção das luvas ou outros EPI's (Equipamentos de Proteção Individual)



HIGIENE DAS MÃOS

“Cinco Momentos” da OMS – cinco indicações para a higiene das mãos para interromper a transmissão de microrganismos



Fonte: Imagem Retirada de www.dga.pt

HIGIENE DAS MÃOS

- Retirar jóias e outros adornos antes de iniciar o turno de trabalho
- Manter as unhas curtas, limpas e sem verniz
- Evitar a recontaminações das mãos após a higiene das mesmas (torneira...)
- Usar creme hidratante
- Cortes ou outras feridas devem ser cobertos por penso impermeável

USO DE LUVAS

Usar luvas não substitui a higienização das mãos



- Usar luvas quando se prevê o contacto com sangue, urina, fezes, vômito, secreções, boca, olhos, feridas na pele e produtos ou objetos contaminados
- Colocar as luvas imediatamente antes dos procedimentos (evitar contaminação das mesmas)
- Mudar de luvas entre procedimentos no mesmo utente se passar de um local contaminado para outro limpo (exemplo: mudança de fralda e posterior alimentação)
- Mudar de luvas sempre que estas estejam danificadas

USO DE LUVAS



Remover luvas:

- Após a sua utilização
- Antes de tocar em superfícies ou dispositivos médicos limpos/esterilizados
- Antes de contactar com outro utente

Proceder à higiene das mãos logo após a remoção das luvas

USO DE AVENTAIS/BATAS

Proteger os profissionais e os doente

Evitar a contaminação do vestuário



Devem ser utilizados:

- Prestação de cuidados que impliquem contacto direto com os utentes (Higiene, muda de fraldas, alimentação...)
- Usar batas com manga comprida quando existe risco de salpicos de sangue, urina, fezes, vômito, secreções...

Os aventais/batas devem ser retirados e colocados no respetivo lixo, no final do procedimento, seguido de higiene das mãos. Devem ser **sempre** substituídos entre utentes.

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de microrganismos entre utentes.



SESSÃO DE FORMAÇÃO: PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO CRUZADAS DE MICRORGANISMOS

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA, INSERIDO NO ÂMBITO DO Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública: "SABER MAIS PARA MELHOR CUIDAR: CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS"

ENFERMEIRA MESTRANDA, [REDACTED]
ENFERMEIRA ORIENTADORA, [REDACTED]
PROFESSORA ORIENTADORA, [REDACTED]



Sessão de Formação: Primeiros Socorros

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA, INSERIDO NO ÂMBITO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM – ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA: "SABER MAIS PARA MELHOR CUIDAR: CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS"



ENFERMEIRA MESTRANDA,
ENFERMEIRA ORIENTADORA,
PROFESSORA ORIENTADORA

Primeiros Socorros

São uma resposta rápida e inicial facultada a acidentados ou vítimas de doença súbita, utilizando técnicas simples e eficazes, para reduzir a gravidade da situação, melhorar as hipóteses de sobrevivência e diminuir o seu grau de sofrimento.

Saber o que fazer e (especialmente) o que não fazer pode significar a diferença nestes casos.

Posição Lateral de Segurança (PLS)

- ▶ A PLS deve ser adotada numa vítima **inconsciente (não responde) que respira normalmente**
- ▶ A PLS garante a manutenção da permeabilidade da via aérea (passagem do ar durante a respiração): permite a saída de fluidos pela boca (saliva, vômito, secreções...), diminui o risco de aspiração de vômito, previne o relaxamento dos músculos da garganta ou que a língua possa impedir a passagem do ar
- ▶ A posição lateral de segurança está **contraindicada** em situações de trauma (fraturas) ou suspeitas de trauma

Técnica de colocação da vítima em PLS

- ▶ Ajoelhe-se ao lado da vítima;
- ▶ Remova objetos estranhos ao corpo da vítima, os quais ao posicioná-la possam causar lesões (ex.: óculos, telemóvel...);
- ▶ Assegure-se que as pernas da vítima estão estendidas;



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, DAF, versão atualizada 2021. Departamento de Formação em Emergência Médica.

Técnica de colocação da vítima em PLS

- ▶ Coloque o braço da vítima mais próximo (do seu lado) em ângulo reto (90°) com o corpo, com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima;



- ▶ Segure a mão mais afastada e traga-a para junto da face do seu lado;



- ▶ Com a outra mão levante a perna do lado oposto acima do joelho, dobrando-a;



Fonte: Imagens retiradas do Manual de Suporte Básico de Vida, DAE, Versão atualizada 2021. Departamento de Formação em Emergência Médica.

Técnica de colocação da vítima em PLS

- ▶ Enquanto uma mão apoia a cabeça, a outra puxa a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado;
- ▶ Estabilize a perna de forma a que a anca e o joelho formem ângulos retos;
- ▶ Coloque uma mão na região frontal (testa), dois dedos no mento (queixo) e faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás, assegurando assim a permeabilização da via aérea (passagem do ar durante a respiração);
- ▶ Reavalie regularmente a respiração (se tiver dúvida desfazer a PLS, permeabilizar a via aérea e efetuar VOS até 10 segundos).



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, DAE, Versão atualizada 2021. Departamento de Formação em Emergência Médica.

Obstrução da Via Aérea – Engasgamento

- ▶ A obstrução da via aérea por um corpo estranho (ex.: alimentos) apresenta-se como uma causa de PCR acidental com elevada probabilidade de resolução;
- ▶ O seu reconhecimento o mais rápido possível é fundamental para o sucesso;
- ▶ É frequentemente associada à alimentação e observada em idosos (alterações na deglutição, falta de peças dentárias...).

Desobstrução da Via Aérea

Tosse eficaz

Incentivar a Tossir

Até resolver ou tosse ineficaz

Tosse ineficaz

5 pancadas nas costas

5 compressões abdominais

Até resolver ou inconsciente

Inconsciente – ligar 112

Iniciar SBV



Desobstrução da Via Aérea

Pancadas nas costas (entre as omoplatas)



Compressões abdominais – Manobra de Heimlich



Fonte: Imagens retiradas do Manual de Suporte Básico de Vida, DAE. Versão atualizada 2021. Departamento de Formação em Emergência Médica.

Feridas

Uma ferida (muitas vezes causada por quedas ou pancadas em objetos) pode ser superficial ou mais profunda

O que fazer?

1. lavar as mãos e calçar luvas descartáveis;
2. Proteger temporariamente a ferida com uma compressa esterilizada;
3. Lavar, do centro para as extremidades da ferida, com água e sabão, utilizando compressas;
4. Secar a ferida com uma compressa através de pequenos toques, para não destruir qualquer coágulo de sangue (provocar uma hemorragia ou agravá-la);
5. Desinfetar por exemplo com Iodopovidona (Betadine);
6. Depois de limpa, se a ferida for superficial e de pequenas dimensões, deixá-la preferencialmente ao ar, ou então aplicar uma compressa esterilizada.



Feridas

Se a ferida for mais extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infetados (ou se contiver corpos estranhos), deverá proteger apenas com uma compressa esterilizada e encaminhar para tratamento por profissionais de saúde.

Em caso de hemorragia:

- Se as primeiras compressas ficarem saturadas (cheias) de sangue, colocar outras por cima, sem retirar as primeiras
- Se não existir suspeita de fratura ou de presença de corpos estranhos (vidros...), fazer compressão até a hemorragia parar (pelo menos 10 minutos) e em seguida realizar um penso compressivo sobre a ferida
- Se a hemorragia não parar deve existir um encaminhamento urgente para um profissional de saúde

Feridas

O que não deve fazer:

- Tocar na ferida sem luvas
- Utilizar o material (luvas, compressas...) em mais de uma pessoa
- Soprar, tossir ou espirrar para cima da ferida
- Fazer compressão sobre a ferida quando há suspeita de fraturas ou de corpos estranhos encravados (exemplo: vidros)
- Tentar tratar uma ferida mais grave, extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infetados, ou que contenha corpos estranhos



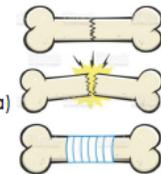
Fraturas

- Uma fratura é uma solução de continuidade de um osso (esmagado, fissurado, partido)
- Em caso de fratura ou suspeita de fratura, o osso deve ser imobilizado. Qualquer movimento provoca dores muito fortes pelo que deve ser evitado
- Deve-se pensar na possibilidade de fratura sempre que haja: dor intensa no local, inchaço, perda total ou parcial dos movimentos, encurtamento ou deformação da zona lesionada
- As fraturas têm de ser tratadas no Hospital

Fraturas

O que não deve fazer:

- Tentar encaixar as extremidades do osso partido (fazer redução da fratura)
- Provocar compressões que dificultem a circulação do sangue
- Numa fratura exposta (osso partido visível), meter para dentro da pele as partes dos ossos que estejam visíveis



Hemorragia Nasal (Epistaxis)

- Epistaxis é uma hemorragia do nariz originada pela rutura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz
- Há Saída de sangue pelo nariz, por vezes abundante e constante
- Se a hemorragia for grande, o sangue pode sair também pela boca



Hemorragia Nasal (Epistaxis)

O que deve fazer:

- Sentar a pessoa com a cabeça direita no alinhamento do corpo (nem para trás, nem para a frente)
- Comprimir com o dedo a narina que sangra
- Aplicar gelo exteriormente, não diretamente sobre a pele
- Se a hemorragia não parar, deve ser introduzido um tampão coagulante na narina que sangra ("Spongostan")

Antes de qualquer procedimento, o socorrista deve calçar luvas descartáveis

Se a hemorragia permanecer mais do que 10 minutos, deverá ser contactado um profissional de saúde

Sessão de Formação: Primeiros Socorros

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA, INSERIDO NO ÂMBITO DO Mestrado em ENFERMAGEM – ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA:
"SABER MAIS PARA MELHOR CUIDAR: CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS"



ENFERMEIRA MESTRANDA,
ENFERMEIRA ORIENTADORA,
PROFESSORA ORIENTADORA, [REDACTED]

Sessão de Formação: Suporte Básico de Vida

Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública: “Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais”



Enfermeira Mestranda _____
Enfermeira Orientadora _____
Professora Orientadora _____

2 ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

- Avaliar Condições de segurança
- Avaliar Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- Ligar 112
- Realizar 30 Compressões
- 2 Insuflações

04/01/2023

3 Avaliar Condições de segurança

Antes de se aproximar de alguém que esteja a precisar de ajuda, deve reduzir a sua exposição a perigos:

- **Fatores e Riscos Ambientais** (ex. choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego);
- **Produtos Tóxicos** (ex. exposição a gás, fumo, tóxicos);
- **Transmissão de Doenças** (ex. tuberculose, hepatite, Sars-Cov2).

Garanta condições de segurança antes de abordar a vítima.

Não se exponha a si nem a terceiros a riscos que possam comprometer a segurança de todos

04/01/2023

4 Avaliar Estado de consciência

• Coloque-se de lado em relação à vítima, se possível.

• Abane os ombros com cuidado e pergunte em voz alta: “Está-me a ouvir?”



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, DAF, Versão atualizada 2021, Departamento de Formação em Emergência Médica.

04/01/2023

5

Avaliar Estado de consciência

No caso de vítima reativa (responder):

- Mantenha-a na posição encontrada;
- Tente identificar a causa(s) para a alteração do estado da pessoa;
- Peça ajuda (ligue 112), se necessário;
- Reavalie com regularidade;

No caso de vítima não reativa:

- Permeabilize a Via Aérea (VA).

03-01-2022

6

Permeabilizar a Via Aérea

Coloque a vítima em decúbito dorsal (deitada de costas);

Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);

Faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás.



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, DAE, Versão atualizada 2021, Departamento de Formação em Emergência Médica.

03-01-2022

7

Avaliar Ventilação - VOS

VER os movimentos torácicos;

OUVIR os sons respiratórios saídos da boca/nariz;

SENTIR o ar expirado na face do reanimador



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, DAE, Versão atualizada 2021, Departamento de Formação em Emergência Médica.

Durante 10 segundos

03-01-2022

8

Avaliar Ventilação - VOS

Se a vítima respira normalmente coloque-a em Posição Lateral de Segurança (PLS)



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, DAE, Versão atualizada 2021, Departamento de Formação em Emergência Médica.

Se a vítima não responde e não respira normalmente ative de imediato o serviço de emergência médica, ligando 112

03-01-2022

Realizar Compressões Torácicas

Realize **30 compressões** deprimindo o esterno **5 a 6 cm** a uma frequência de **100 a 120 compressões por minuto**.



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, CAFE, Versão atualizada 2021, Departamento de Formação em Emergência Médica.

09-01-2022

Realizar Insuflações

Após 30 compressões, efetuar **2 insuflações** com a duração de apenas **1 segundo**.



Fonte: Imagem retirada do Manual de Suporte Básico de Vida, CAFE, Versão atualizada 2021, Departamento de Formação em Emergência Médica.

09-01-2022

No final das duas insuflações, volte rapidamente a colocar as suas mãos na posição correta no esterno e repita mais 30 compressões torácicas.

Mantenha as manobras de reanimação (30 compressões seguidas de 2 insuflações, ou em alternativa compressões contínuas) até:

- Chegar ajuda diferenciada e ser substituído;
- A vítima retomar sinais de vida (vítima acordada ou reativa; movimentos intencionais e respiração normal);
- Ficar exausto.

09-01-2022

Sessão de Formação: Suporte Básico de Vida

Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública: "Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais"



Enfermeira Mestranda, [REDACTED]
Enfermeira Orientadora, [REDACTED]
Professora Orientadora, [REDACTED]

APÊNDICE IX: PLANOS DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Sessão de Formação	
Tema	Posicionamentos
População-alvo	Cuidadores Formais
Local	Instituição A
Data	Instituição A: 03jan22 e 06jan22
Hora	15h30
Duração	45 minutos
Formanda	Enfermeira Mestranda
Participantes	Enfermeira Orientadora
Objetivos Geral	Transmitir conhecimentos aos cuidadores formais acerca dos posicionamentos de utente
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a importância do posicionamento de utentes - Expor procedimentos e indicações para o correto posicionamento de utentes - Identificar os vários tipos de posicionamentos - Explanar as técnicas de posicionamento para cada tipo de posicionamento - Exemplificar as técnicas de posicionamento para cada tipo de posicionamento

Etapas	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos e técnicas de ensino	Meios auxiliares de ensino	Avaliação	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da mestrandia e orientadora; - Apresentação do tema da sessão - Definição dos objetivos 	- Expositivo	- Computador com Microsoft Office (PowerPoint)	Diagnóstica	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a importância do posicionamento de utentes - Explicar procedimentos e indicações para o correto posicionamento de utentes - Identificar os vários tipos de posicionamentos - Explicar as técnicas de posicionamento para cada tipo de posicionamento - Exemplificar as técnicas de posicionamento para cada tipo de posicionamento, com envolvimento dos formandos 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema - Almofadas - Cobertor 	Formativa	25 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo de aspetos importantes da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Entrega de ficha para avaliação e conhecimentos; - Entrega de questionário de avaliação da sessão de formação - Entrega dos certificados de presença - Conclusão da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com Microsoft Office (PowerPoint) - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema 	Sumativa	15 minutos

			<ul style="list-style-type: none">- Fichas de Avaliação de conhecimento- Questionário de avaliação da sessão de formação- Canetas- Certificados de presença		
--	--	--	--	--	--

Sessão de Formação	
Tema	Primeiros Socorros
População-alvo	Cuidadores Formais
Local	Instituição A, B e C
Data	Instituição A: 03jan22 e 06jan22; Instituição B:05jan22 e 07jan22; Instituição C:20jan22 e 21jan22
Hora	14h45min
Duração	45 minutos
Formanda	Enfermeira Mestranda
Participantes	Enfermeira Orientadora
Objetivos Geral	Transmitir conhecimentos aos cuidadores formais acerca de Primeiros Socorros
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Exemplificar a técnica de colocação da pessoa em PLS - Conhecer indicação para a PLS - Conhecer contraíndicação para a PLS - Descrever o algoritmo para a desobstrução da via aérea - Exemplificar as técnicas de desobstrução da via aérea - Descrever os procedimentos a adotar na presença de uma ferida - Enumerar os procedimentos contraíndicados no tratamento de uma ferida - Identificar os procedimentos a efetuar na presença de uma fratura - Identificar os procedimentos contraíndicados para uma fratura - Descrever os procedimentos a adotar perante uma epistaxis - Enumerar os procedimentos contraíndicados numa epistaxis

Etapas	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos e técnicas de ensino	Meios auxiliares de ensino	Avaliação	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da mestrandia e orientadora; - Apresentação do tema da sessão - Definição dos objetivos 	- Expositivo	- Computador com Microsoft Office (PowerPoint)	Diagnóstica	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Exemplificar a técnica de colocação da pessoa em PLS - Conhecer indicação para a PLS - Conhecer contraíndicação para a PLS - Descrever o algoritmo para a desobstrução da via aérea - Exemplificar as técnicas de desobstrução da via aérea com envolvimento dos formandos - Descrever os procedimentos a adotar na presença de uma ferida - Enumerar os procedimentos contraíndicados no tratamento de uma ferida - Identificar os procedimentos a efetuar na presença de uma fratura - Identificar os procedimentos contraíndicados para uma fratura - Descrever os procedimentos a adotar perante uma epistaxis - Enumerar os procedimentos contraíndicados numa epistaxis 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema - Luvas - Compressas - Desinfetante cutâneo 	Formativa	25 minutos

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo de aspetos importantes da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Entrega de ficha para avaliação e conhecimentos; - Entrega de questionário de avaliação da sessão de formação - Entrega dos certificados de presença - Conclusão da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com Microsoft Office (PowerPoint) - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema - Fichas de Avaliação de conhecimento - Questionário de avaliação da sessão de formação - Canetas - Certificados de presença 	Sumativa	15 minutos
-----------	--	---	--	----------	------------

Sessão de Formação	
Tema	Suporte Básico de Vida
População-alvo	Cuidadores Formais
Local	Instituição A, B e C
Data	Instituição A: 03jan22 e 06jan22; Instituição B:05jan22 e 07jan22; Instituição C:20jan22 e 21jan22
Hora	14h
Duração	45 minutos
Formanda	Enfermeira Mestranda
Participantes	Enfermeira Orientadora
Objetivos Geral	Transmitir conhecimentos aos cuidadores formais sobre Suporte Básico de Vida
Objetivos Específicos	- Descrever o algoritmo de Suporte Básico de Vida - Exemplificar na prática Suporte Básico de Vida de acordo com casos clínicos

Etapas	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos e técnicas de ensino	Meios auxiliares de ensino	Avaliação	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da mestrandia e orientadora; - Apresentação do tema da sessão - Definição dos objetivos 	- Expositivo	- Computador com Microsoft Office (PowerPoint)	Diagnóstica	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o algoritmo de Suporte Básico de Vida - Exemplificar na prática Suporte Básico de Vida de acordo com casos clínicos, envolvendo os cuidadores formais 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema - Boneco Modelo 	Formativa	25 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo de aspetos importantes da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Entrega de ficha para avaliação e conhecimentos; - Entrega de questionário de avaliação da sessão de formação - Entrega dos certificados de presença - Conclusão da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com Microsoft Office (PowerPoint) - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema - Fichas de Avaliação de conhecimento - Questionário de avaliação da 	Sumativa	15 minutos

			sessão de formação - Canetas - Certificados de presença		
--	--	--	---	--	--

Sessão de Formação	
Tema	Transmissão Cruzada de Microrganismos
População-alvo	Cuidadores Formais
Local	Instituição B e C
Data	Instituição B:05jan22 e 07jan22; Instituição C:20jan22 e 21jan22
Hora	15h30min
Duração	45 minutos
Formanda	Enfermeira Mestranda
Participantes	Enfermeira Orientadora
Objetivos Geral	Transmitir conhecimentos aos cuidadores formais sobre a transmissão cruzada de microrganismos
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar meios de transmissão de microrganismos - Identificar as duas formas e higienização das mãos - Conhecer as indicações para cada uma das formas de higienização das mãos - Exemplificar o procedimento para uma correta higienização das mãos - Enumerar os “Cinco Momentos” da OMS - Identificar as indicações para o uso de luvas, aventais/batas

Etapas	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos e técnicas de ensino	Meios auxiliares de ensino	Avaliação	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da mestrandia e orientadora; - Apresentação do tema da sessão - Definição dos objetivos 	- Expositivo	- Computador com Microsoft Office (PowerPoint)	Diagnóstica	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar meios de transmissão de microrganismos - Identificar as duas formas e higienização das mãos - Conhecer as indicações para cada uma das formas de higienização das mãos - Exemplificar o procedimento para uma correta higienização das mãos, com envolvimento dos cuidadores formais - Enumerar os “Cinco Momentos” da OMS - Apresentar as indicações para o uso de luvas, aventais/batas - Exemplificar o procedimento de calçar e descalçar luvas, com envolvimento dos cuidadores formais 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema - Sabão - Torneira de água - Antisséptico cutâneo - Toalhetes - Luvas 	Formativa	25 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo de aspetos importantes da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Entrega de ficha para avaliação e conhecimentos; - Entrega de questionário de avaliação da sessão de formação - Entrega dos certificados de presença - Conclusão da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com Microsoft Office (PowerPoint) - Projetor - Tela Branca - Documentos de apoio sobre o tema 	Sumativa	15 minutos

			<ul style="list-style-type: none">- Fichas de Avaliação de conhecimento- Questionário de avaliação da sessão de formação- Canetas- Certificados de presença		
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE X: CERTIFICADO DE PRESENÇA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ES
Escola Superior de Saúde
IPPortalegre

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

CERTIFICADO

Certifica-se que _____ esteve presente na Sessão de Formação: _____, que surgiu no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária do Estágio Final do V Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem na área de Especialização em Comunitária e Saúde Pública da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob orientação da Enfermeira Especialista [REDACTED]

Data: __/__/__

Enfermeira [REDACTED]
(Enfermeira Mestranda)

Enfermeira [REDACTED]
(Enfermeira Orientadora)

APÊNDICE XI: FICHAS DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Ficha de avaliação de conhecimentos (posicionamentos)

Projeto de intervenção Comunitária: “Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais”

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F).

	V	F
Posicionar significa providenciar ao utente alternância de decúbitos com ou sem a sua colaboração		
A alternância de decúbitos é fundamental para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão		
A pessoa com alterações da mobilidade, deve ser reposicionada apenas quando mostrar sinais de desconforto		
Quando se posiciona um utente, deve-se evitar arrastá-lo sobre a cama, podendo utilizar-se um resguardo e solicitar-se ajuda de um(a) colega de trabalho		
Deve evitar-se posicionar um utente sobre zonas da pele já avermelhadas		
Colocar a pessoa em decúbito dorsal, significa posicioná-la de barriga para baixo		
Posicionar um utente em decúbito lateral, é colocá-lo de lado.		
As almofadas são objetos essenciais para o posicionamento dos utentes		

Ficha de avaliação de conhecimentos (prevenção de transmissão cruzadas)

Projeto de intervenção Comunitária: “Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais”

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F).

	V	F
Transmissão cruzada de microrganismos, refere-se à transferência de microrganismos de uma pessoa para outra pessoa, podendo resultar em infeção		
Não pode haver transmissão cruzada através de urina, fezes ou vômito		
A higiene das mãos é considerada uma das práticas mais simples e mais eficaz na diminuição de infeções associadas aos cuidados de saúde		
A higiene das mãos só pode ser feita através da sua lavagem com água e sabão		
Se usar luvas, não preciso realizar higiene das mãos		
Os “Cinco Momentos” da OMS referem-se a cinco indicações para a higiene das mãos, com o objetivo de interromper a transmissão cruzada de microrganismos		
Posso desinfetar as luvas com SABA e em seguida prestar cuidados a outro utente		
Devo remover as luvas e fazer higiene das mãos após prestar cuidados a um utente e antes de tocar no comando da sua cama		
Devo proceder à higiene das mãos logo após a remoção das luvas e aventais/batas		
O uso de aventais/batas servem para evitar a contaminação das fardas dos profissionais de saúde durante o contacto direto com os utentes		
Quando vou prestar cuidados de higiene aos utentes basta usar luvas, não preciso utilizar avental		

Ficha de avaliação de conhecimentos (Primeiros Socorros)

Projeto de intervenção Comunitária: “Saber mais para melhor Cuidar:
Capacitação dos Cuidadores Formais”

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F).

	V	F
A Posição Lateral de Segurança (PLS) deve ser adotada numa vítima inconsciente (não responde) que respira normalmente		
A obstrução da via aérea por engasgamento está muitas vezes relacionada à alimentação e é muitas vezes observada em idosos		
Na presença de um utente engasgado com tosse não eficaz, devo continuar a incentivá-lo a tossir		
Perante um utente engasgado com tosse não eficaz, devo alternar entre 5 pancadas nas costas e 5 compressões abdominais, até desobstrução da via aérea ou até o utente ficar inconsciente (não responde)		
No tratamento de uma ferida não preciso calçar luvas		
Perante uma ferida sangrante, devo lavá-la e esfregá-la bem para que fique bem limpa		
Não devo fazer compressão sobre uma ferida quando há suspeita de fraturas ou de corpos estranhos encravados (exemplo: vidros)		
Fratura é um osso partido, esmagado, fissurado		
Deve pensar-se na possibilidade de fratura sempre que há: dor forte no local, inchaço, perda total ou parcial dos movimentos, encurtamento ou deformação da zona lesionado		
Perante uma fratura, devo tentar encaixar as extremidades do osso partido		
Epistaxis é uma hemorragia do nariz e devo calçar luvas antes de qualquer tentativa de a parar		
Perante uma hemorragia do nariz, devo colocar a pessoa com a cabeça para trás		
Quando um utente sangra do nariz, devo comprimir com o dedo a narina que sangra		

Ficha de avaliação de conhecimentos (SBV)

Projeto de intervenção Comunitária: “Saber mais para melhor Cuidar: Capacitação dos Cuidadores Formais”

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F).

	V	F
Antes de me aproximar de alguém que esteja a precisar de ajuda, devo em primeiro lugar, garantir as condições de segurança		
Para avaliar o estado de consciência de uma vítima, devo abanar-lhe os ombros com cuidado e perguntar-lhe em voz alta: “Está-me a ouvir?”		
No caso de a vítima responder, devo permeabilizar-lhe a via aérea		
Efetuar o VOS significa fazer compressões torácicas		
Se a vítima não responde e não respira normalmente, devo ligar de imediato o 112		
Fazem parte das manobras de reanimação a sequência entre 30 compressões seguidas de 2 ventilações		
Em alternativa às 30 compressões, seguidas de 2 ventilações, posso efetuar apenas compressões torácicas		
Devo parar as manobras de reanimação se a pessoa não recuperar a consciência ao fim de 5 minutos		
Posso parar as manobras de reanimação se a vítima acordar, tiver movimentos intencionais ou respirar normalmente		

APÊNDICE XII: DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE
FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

Data: _____

Sessão:

Formador: Enfermeira [REDACTED]

Assinalar com um “X” o número que considerar segundo a escala:

1 – nulo / 2 – fraco / 3 – suficiente / 4 – bom / 5 – muito bom

	1	2	3	4	5
Divulgação/ Informação da sessão					
Adequação dos temas					
Pertinência dos conteúdos abordados					
Adequação das atividades práticas realizadas					
Qualidade dos recursos utilizados na sessão					
Competência/desempenho do formador					
Interação entre formador e os formandos					
Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão					