



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**
Relatório de Estágio

**Capacitar os Cuidadores Formais de Estruturas
Residenciais Para Idosos para o Cuidar em Segurança**
Empowering Formal Caregivers in Elderly Residential Facilities for Safe Care

Maria Filomena Malicio Godinho



**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**
Relatório de Estágio

**Capacitar os Cuidadores Formais de Estruturas
Residenciais Para Idosos para o Cuidar em Segurança**
Empowering Formal Caregivers in Elderly Residential Facilities for Safe Care

Maria Filomena Malicio Godinho

Orientador:
Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado de Sousa



**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Ao professor Edmundo Sousa, pela disponibilidade, acompanhamento, orientação e ensinamentos.

À enfermeira orientadora Ana Teresa Vieira que me recebeu e acompanhou de uma maneira excepcional e sempre acreditou neste projeto.

À enfermeira orientadora Isabel Vilaça pelo carinho, dedicação e exemplo de como se trabalha com e para a comunidade.

À enfermeira chefe Odete Leitão pela motivação, apoio e disponibilidade.

Aos enfermeiros do Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa pelo apoio e disponibilidade.

Às colegas de Mestrado que tantas dúvidas e dificuldades partilhámos.

Aos meus amigos e família a quem tantas horas roubei, mas ainda assim estão sempre lá.

E a ti ... Pai ... pela constante inspiração!

Abreviaturas, acrónimos e siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

Art.º - Artigo

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CF – Cuidadores Formais

CI – Consentimento Informado

CINAHL – *Current Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Dispositivos Médicos

EESCSP – Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

ERCFs - *Elderly Residential Care Facilities*

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Et al – *et alli/ et aliae*

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

Km² - Quilómetros quadrados

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

p. – página

% - Percentagem

‰ – Permilagem

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PNSD – Plano Nacional Segurança do Doente

PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para as Crianças

ULSSM – Unidade Local de Saúde Santa Maria

USF -Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

USPFG – Unidade de Saúde Pública Francisco George

Resumo

O panorama demográfico nacional evidencia um forte envelhecimento da população, com um número crescente de pessoas com 65 ou mais anos a residir em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e com um consequente aumento da necessidade de cuidadores formais nestas instituições. A literatura evidencia que a falta de competências dos cuidadores formais em ERPI traduz-se na qualidade dos cuidados prestados com efeitos diretos na segurança do residente.

Neste sentido, foi desenvolvido este projeto de intervenção comunitária, cujo objetivo foi capacitar os cuidadores formais em ERPI, na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Lumiar +, para o cuidar em segurança.

Este projeto de intervenção comunitária, dirigido aos cuidadores formais, teve por base a metodologia do Planeamento em Saúde e a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. A elaboração do diagnóstico de situação de saúde partiu de um questionário elaborado pela investigadora tendo como ponto de partida os relatórios das auditorias realizadas pela Unidade de Saúde Pública e os achados da *Scoping Review*, que permitiu identificar as necessidades formativas dos cuidadores formais. Da análise dos dados que emergiram do diagnóstico de situação e de acordo com o referencial teórico foram elaborados diagnósticos de enfermagem com base na identificação de *stressores* que ameaçam o equilíbrio do sistema cuidadores formais.

Foram desenvolvidas estratégias de intervenção: educação para a saúde e comunicação em saúde, que permitiram a capacitação dos cuidadores formais nas áreas: “Atuar em Acidente” e “Rede de frio”. Foi realizada a avaliação das mesmas através dos indicadores de resultado verificando-se que todas as metas propostas foram atingidas, conclui-se assim ter existido um contributo muito positivo para a capacitação dos cuidadores formais.

Palavra-chave: cuidador formal; capacitação; comunidade; intervenção de enfermagem.

Abstract

The national demographic landscape highlights a significant aging of the population, with an increasing number of people aged 65 and older residing in Elderly Residential Care Facilities (ERCFs), leading to a consequent rise in the need for formal caregivers in these institutions. The literature indicates that the lack of skills among formal caregivers in ERCFs translates into the quality of care provided, directly affecting resident safety.

In this regard, this community intervention project was developed, aiming to empower formal caregivers in ERCFs within the catchment area of the Lumiar + Community Care Unit to provide safe care.

This community intervention project, aimed at formal caregivers, was based on the Health Planning methodology and Betty Neuman's Systems Theory. The development of the health situation diagnosis began with a questionnaire prepared by the researcher, based on reports from audits conducted by the Public Health Unit and findings from the Scoping Review, which identified the training needs of formal caregivers. From the analysis of the data emerging from the situational diagnosis and in accordance with the theoretical framework, nursing diagnoses were formulated based on the identification of stressors threatening the balance of the formal caregivers' system.

Intervention strategies were developed: health education and health communication, which enabled the empowerment of formal caregivers in the areas of "Action in Accidents" and "Cold Chain." Their evaluation was conducted through outcome indicators, confirming that all proposed goals were achieved, thus indicating a very positive contribution to the empowerment of formal caregivers.

Keywords: formal caregiver; empowerment; community; nursing intervention.

Índice

INTRODUÇÃO.....	11
1. Enquadramento Teórico.....	14
1.1. Cuidadores Formais	14
1.2. Envelhecimento	15
1.3. Estruturas Residenciais para Idosos.....	17
1.4. Segurança	18
1.5. Capacitação, Educação e Empowerment Comunitário como competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública	22
1.6. Teoria dos Sistemas de Betty Neuman	23
2. Metodologia.....	26
2.1. Diagnóstico de situação.....	26
2.1.1. Contextualização do local de intervenção	27
2.1.2. População, população alvo e amostra	28
2.1.3. Instrumentos, técnicas e procedimentos de recolha de dados	29
2.1.4. Apresentação e análise de resultados	32
2.1.5. Diagnósticos de Enfermagem	42
2.2. Definição de prioridades	44
2.3. Fixação de objetivos	47
2.4. Seleção de estratégias	49
2.5. Elaboração de programas e projetos	50
2.6. Preparação da execução	52
2.7. Avaliação.....	53

3. Questões Éticas	56
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

Anexo I: Declaração do Diretor Executivo do ACeS Lisboa Norte

Anexo II: Declaração da Coordenadora da Unidade de Saúde Pública Francisco George

Anexo III: Declaração da Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade Lumiar+

Anexo IV: Autorização da Coordenadora da Unidade de Saúde Pública Francisco George, para identificação da unidade funcional no relatório de estágio

Anexo V: Autorização da Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade Lumiar+, para identificação da unidade funcional no relatório de estágio

Anexo IV: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

APÊNDICES

Apêndice I: *Scoping Review*

Apêndice II: Aplicação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Apêndice III: Diagrama adaptado do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Apêndice IV: Consentimento Informado

Apêndice V: Instrumento de Recolha de Dados

Apêndice VI: Plano das sessões de EpS

Apêndice VII: Diapositivos das Sessões de EpS

Apêndice VIII - Cartões

Apêndice IX – Procedimento

Apêndice X – Questionário de avaliação

Apêndice XI– Certificado de participação

Apêndice XII – Folha de presenças

Apêndice XIII - Cronograma

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados das auditorias – áreas de melhoria

Quadro 2 – Operacionalização das variáveis

Quadro 3 – Diagnóstico de enfermagem segundo a taxonomia CIPE®

Quadro 4 – Objetivos específicos e operacionais

Quadro 5 - Planeamento das atividades

Quadro 6 – Indicadores de atividade e resultado

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Participação por ERPI

Tabela 2 – Idade dos cuidadores formais

Tabela 3 - Número médio em anos de experiência profissional

Tabela 4 – Score apresentado por cada área de intervenção

Tabela 5 – Método de priorização Halon adaptado

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição de participantes por sexo

Gráfico 2 – Caracterização dos CF segundo as habilitações literárias

Gráfico 3 – Distribuição dos CF segundo a formação em cuidados à pessoa idosa dependente

Gráfico 4 – Distribuição dos conhecimentos dos CF

Gráfico 5 – Distribuição dos conhecimentos dos CF nas categorias Fraco e Muito Fraco

Gráfico 6 – Distribuição das dificuldades dos CF em Segurança Ambiental

Gráfico 7 - Distribuição das dificuldades dos CF em Atuação em Acidentes

Gráfico 8 - Distribuição das dificuldades dos CF em Segurança do Medicamento

Gráfico 9 - Distribuição das dificuldades dos CF em Continuidade/adequação dos Cuidados

Gráfico 10 - Distribuição das avaliações globais das sessões de EpS (no valor máximo de adequação)

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório é parte integrante da unidade curricular Estágio com Relatório, que corresponde ao 3º e último semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Especialização de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, onde se apresentam os resultados de um projeto de intervenção comunitária que decorreu entre outubro de 2023 e fevereiro de 2024.

Este relatório descreve a implementação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária baseado na metodologia do Planeamento em Saúde, que permite a avaliação das necessidades de uma comunidade, na sua priorização e na avaliação das estratégias e intervenções realizadas como forma de resposta a essas necessidades.

A fundamentação do projeto com base na evidência científica teve como suporte uma *Scoping Review* (Apêndice I) de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris E, 2020) e foram utilizadas as bases de dados *CINAHL Complete* e *Medline Complete*.

O tema do projeto resultou de uma das necessidades apresentadas pela Unidade de Saúde Pública Francisco George, onde decorreu a unidade curricular Estágio: a de Capacitar os Cuidadores Formais de Estruturas Residenciais para Idosos para o Cuidar em Segurança.

O projeto teve a sua aplicação na Unidade de Cuidados na Comunidade Lumiar+. Ambas as unidades mencionadas integram o Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte, atual Unidade Local de Saúde Santa Maria (ULSSM).

A postura crítica para com as necessidades de segurança no que diz respeito aos profissionais e utentes em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e a promoção de atividades que visem a segurança constituem um ganho em saúde não só para os próprios como para os residentes, configurando-se também em ganhos organizacionais. Este investimento não deve ser considerado um custo adicional, mas sim um investimento com ganhos transversais.

Dada a exposição anterior e com base nas auditorias realizadas pela Unidade de Saúde Pública Francisco Georges (USPFG) nas ERPI localizadas na área geográfica da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Lumiar+, especialmente avaliando parâmetros relacionados com a enfermagem, nomeadamente a Área de Serviços de Enfermagem e Cuidados de Saúde, e alinhando-se com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) (Regulamento nº 428/2018), foram delineados, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação das necessidades das ERPI e o desenvolvimento de um projeto de intervenção. O objetivo deste projeto passa também por cultivar competências que assegurem a segurança dos residentes em ERPI. Dado o contexto propício para uma intervenção estrutural, identificado tanto pela USPFG quanto pela UCC Lumiar+, optou-se por incorporar os dados das auditorias no desenvolvimento e implementação do projeto denominado Capacitar os Cuidadores Formais de Estruturas Residenciais para Idosos para o Cuidar em Segurança, visando, em última instância, alcançar melhorias na saúde para toda a comunidade envolvida.

O presente trabalho teve assim como objetivo geral o desenvolvimento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção de enfermagem comunitária que permitisse a capacitação dos cuidadores formais (CF) de Estruturas Residenciais para Idosos para o cuidar em segurança e com os seguintes objetivos específicos: identificar as necessidades de segurança para os residentes e CF das ERPI; identificar as necessidades formativas dos CF como forma de garantir a segurança dos residentes e a própria; desenvolver intervenções de enfermagem que contribuam para a capacitação dos CF; e contribuir para a melhoria dos conhecimentos dos mesmos nas áreas identificadas. O mesmo foi realizado com base no Planeamento em Saúde com a elaboração, execução e avaliação do plano. Desta forma, permite-se o desenvolvimento de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 428/2018) para a atribuição do título profissional de EESCSP em articulação com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para obtenção do grau de mestre.

Este trabalho é assim constituído pela presente introdução, por um 1º capítulo onde será apresentado o enquadramento teórico como justificação da pertinência do tema, onde é apresentada a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman como referencial

teórico, seguido do capítulo 2 onde será desenvolvida a metodologia do Planeamento em Saúde de acordo com as fases preconizadas por Imperatori (1993), pelo 3º e último capítulo onde são abordadas as questões éticas, e pela conclusão onde será apresentado o que a investigadora considera serem os contributos da elaboração do presente trabalho na aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as normas do Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação (ESEL, 2023) e da Norma da American Psychological Association (APA) 7ª edição (2020).

1. Enquadramento Teórico

Neste capítulo apresenta-se a fundamentação da temática em estudo com base na revisão de literatura, nomeadamente a *Scoping Review*.

1.1. Cuidadores formais

O cuidar é um verbo presente ao longo da nossa existência, cuidamos, somos cuidados e zelamos pelo cuidado do outro. (Fragoso, 2006)

Para Manuel et al. (2020) é desta interajuda que surge o cuidador, que é definido como «alguém que desenvolve atividades direcionadas ao cuidado pessoal de alguém que apresenta um determinado grau de dependência» (p.2). Moreira et al. (2018) define cuidador como aquele que «deve ser capacitado a executar cuidados básicos de higiene, proporcionar condições de alimentação, ajudar na locomoção e criar alternativas que proporcionem aos pacientes aos seus cuidados melhor qualidade de vida» (p.2).

Existem duas redes de suporte às pessoas em situação de dependência: redes informais (família, amigos, vizinhos) e redes formais de proteção social (onde se incluem as ERPI).

Carvalho (2012) refere que os cuidadores das redes, são profissionais contratados, com remuneração, para a prestação de cuidados em instituição ou no domicílio. Para Sequeira (2010), o cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as suas atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo o elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade. Segundo a (OMS e UNICEF, 2020), define-se o cuidador formal como alguém, que pertence a uma organização (de cariz lucrativo ou não lucrativo, governamental ou privada), ou então alguém (excluindo familiares, amigos ou vizinhos) que dá assistência regular e remunerada, mas que não está associado a nenhuma organização.

Não existindo uma definição única para cuidador formal, ao contrário do que acontece para cuidador informal, entendeu-se definir por cuidador formal para o presente projeto todo o trabalhador, independentemente da sua formação, contratado e remunerado que presta serviços nas ERPI.

O envelhecimento da população, as condicionantes sociais e económicas das famílias, assim como o desgaste dos cuidadores informais, sejam eles familiares ou pessoas significativas que prestam cuidados a outrem de forma regular e não remunerada (Sequeira, 2010), criam a crescente necessidade de cuidadores formais e, conseqüentemente, uma maior capacitação e valorização dos mesmos.

1.2. Envelhecimento

O envelhecimento individual é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos. Pode ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (OMS, 2017). De acordo com a OMS, o nível de desenvolvimento do país é um fator relevante para definir a população idosa. Assim, a OMS considera que a população idosa é constituída por pessoas com 65 anos ou mais em países de desenvolvidos, ou 60 anos ou mais em países em desenvolvimento (OMS, 2017).

Para a Direção Geral de Saúde (DGS) o envelhecimento é um processo constante que determina novas necessidades na área da saúde, dado que as pessoas idosas podem ficar vulneráveis à perda total ou parcial das suas capacidades funcionais levando-as à dependência dos cuidados de terceiros. Este é definido como «um processo progressivo de estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se inicia mesmo antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida.» (DGS, 2006, p.5)

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o envelhecimento populacional é uma das transformações sociais mais significativas do século XXI com implicações em todos os setores da sociedade: mercado laboral e financeiro, procura de bens e serviços, transportes, proteção social, estruturas familiares e laços intergeracionais, (ONU, 2019).

Estima-se, de acordo com o Relatório Social Mundial 2023 (ONU, 2019), que em 2050 existam 1,6 mil milhões de pessoas com 65 anos ou mais, o que representa uma duplicação face aos números de 2021. Estima-se ainda que a população com 80 anos ou mais triplicará em 2050, alcançando os 425 milhões. Estes valores representam um crescimento de 3% ao ano, um crescimento muito mais célere do que nos restantes grupos etários.

O envelhecimento da população portuguesa acompanha esta realidade, de acordo com os últimos dados disponíveis do Instituto Nacional de Estatística (INE). Portugal em 2021 apresentava um índice de envelhecimento de 178,4%, verificando-se que a população idosa é significativamente superior à jovem. A par deste indicador, também o índice de dependência de idosos tem vindo a aumentar nas últimas décadas situando-se em 2021 nos 36,9%. Também o índice de longevidade, que se situa nos 48,7% tem vindo a aumentar, o que significa que para além da população idosa estar cada vez maior, ela é também cada vez mais envelhecida (INE, 2023)

Segundo o INE (2023) em Portugal residem 2 507 922 pessoas com 65 anos ou mais, e destas 368 400 com 85 anos ou mais, para uma população residente total de 10 467 366.

As razões pelas quais atualmente a população é mais envelhecida são conhecidas: a modernização social e económica, o acesso aos serviços de saúde, a melhoria das condições de vida assim como fatores sociais e culturais que vieram alterar os níveis de fecundidade e natalidade (Moreira, 2020). Portugal tem uma taxa de natalidade bruta em 2021 de 7,6‰ (PORDATA, 2022) o que representa uma descida de 16,5‰ nos últimos 60 anos.

O envelhecimento da população é assim influenciado por diversos fatores, com forte associação ao aumento da esperança média de vida e a uma contínua redução da taxa de natalidade.

Esta realidade provoca uma grande pressão nas respostas exigidas ao nível dos sistemas de saúde e de proteção social. Paixão (2017), refere que do aumento da longevidade e da dependência do idoso decorre uma maior necessidade de cuidados e

consequentemente de cuidadores, mas estes como forma de garantir a qualidade dos cuidados prestados, têm também de manter a sua qualidade de vida.

1.3. Estruturas Residenciais para Idosos

A forma como as famílias hoje vivem é uma das razões pelas quais o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, mas também é uma forma de tentar resolver o problema da solidão e da progressiva incapacidade (Moreira, 2020) e dificuldade no autocuidado.

Reportando à última Carta Social de 2021 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2023) Portugal apresentava à data 2597 Estruturas Residenciais Para Idosos, com uma capacidade de Resposta Social (número de lugares) de 103 481, sendo que 415 se situam em Lisboa, permitindo uma capacidade de resposta de 16 309 lugares. Importa referir que estas estruturas integram a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, tuteladas pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social que integra as respostas sociais da rede pública, solidária e privado-lucrativo.

De acordo com o Diário da República (Portaria n.º 67/2012), ERPI define-se como o «estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem» (p.1324).

O modelo atual para as ERPI centra-se essencialmente em respostas de natureza social. No entanto, os elevados níveis de dependência e comorbilidades associados, revela-o como um modelo que carece de renovação, onde as respostas de natureza de saúde devem assumir um papel mais central.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013) «os enfermeiros são os pilares das ERPI, prestando cuidados de excelência como: formação das equipas; organização; gestão, articulação; apoio e acompanhamento dos residentes e familiares com uma atitude proactiva na desmistificação no processo de envelhecimento» (p.1).

Do conjunto de atividades que as ERPI prestam (Portaria n.º 67/2012), está definido no artigo 8 alínea g: «Cuidados de enfermagem, bem como acesso a cuidados de saúde» e alínea h: «Administração de fármacos, quando prescritos» (p.1325), competências definidas no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015).

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, (Lei n.º 95/2019), Base 2 «as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, (...)» (nº1 alínea b, p.56) é responsabilidade das ERPI garantir esta resposta como garantia da segurança dos seus residentes, uma vez que um dos aspetos que mais contribuem para a ocorrência de eventos adversos para com os utentes de ERPI, é a intervenção atrasada ou inadequada (Andersson et al., 2018)

O documento *Decade of Healthy Ageing 2020-2030* (OMS, 2020), refere que facultar o acesso a cuidados de longa duração às pessoas idosas que deles necessitem é uma das quatro áreas de ação. É assim fundamental que as estruturas residenciais permitam a manutenção da capacidade funcional do idoso e que em simultâneo facultem a garantia dos direitos humanos e de viver com dignidade.

Ainda o mesmo documento define como estratégia de ação o «desenvolvimento de competências por parte dos cuidadores e das organizações e ainda de protocolos, *guidelines* e processos de acreditação centrados na pessoa integrando cuidados sociais e de saúde» (p.15) como forma de garantir a segurança dos residentes e dos profissionais.

1.4. Segurança

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, (Lei n.º 95/2019) a segurança do doente constitui uma das suas componentes fundamentais, sendo o Estado o seu promotor e garante através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou de qualquer outra instituição.

Para o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD 2021-2026), a garantia da segurança é fundamental: «a implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacionalmente e

nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde» (Ministério da Saúde, 2021, p. 96).

Um dos cinco pilares do PNSD 2021-2026 é a cultura de segurança que «corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente» (p.99).

Segundo Resende et al. (2021) a evidência científica sobre segurança em ERPI em Portugal é incipiente. Porém, sabe-se que as duas principais causas da mesma estão relacionadas com recursos humanos e notificações de eventos adversos.

Andersson et al. (2018) refere que 89% dos eventos adversos em ERPI estão relacionados com erro de medicação, intervenção atrasada ou inadequada, Ree & Wiig, (2019) refere que a dotação de recursos humanos é um fator preponderante para a perceção de segurança do utente e que em ERPI a comunicação entre os diferentes recursos humanos é fundamental para uma cultura de segurança.

Importa ainda nestas instituições uma definição clara dos papéis dos diferentes elementos da equipa (Resende et al., 2021). As ERPI são estruturas complexas, onde muitas vezes os limites da atuação de cada elemento são ultrapassados, o que resulta em boa parte do insuficiente número de profissionais qualificados, nomeadamente enfermeiros. Quanto maior o número de enfermeiros, melhores são os indicadores de qualidade das instituições (Kim et al., 2022) e maior a segurança dos residentes. A dotação de pessoal é assim preponderante para a qualidade dos cuidados prestados (Ree & Wiig, 2019).

Um dos fatores responsáveis pelo elevado número de eventos adversos, nomeadamente relacionado com a medicação, (segundo Andersson et al., (2018) 37% dos eventos adversos estão relacionados com erro na medicação) está ligado ao número insuficiente de enfermeiros e com a delegação da administração da terapêutica a pessoas não competentes (Andersson et al., 2018) e sem supervisão (Vermeulen et al., 2017). Sendo a administração da terapêutica uma competência da profissão de enfermagem, o enfermeiro não pode delegar a sua administração em outro. «O enfermeiro não pode

delegar competências próprias da profissão em outros profissionais que não enfermeiros» (Regulamento n.º 613/2022).

Em Portugal, a administração de terapêutica é uma competência definida no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro (Regulamento n.º 190/2015) à qual as ERPI têm de garantir resposta (Portaria n.º 67/2012) art.º 8, alínea g, p. 1325).

Cuidadores competentes, qualificados e em número adequado são fundamentais para garantir a segurança dos residentes e dos próprios cuidadores. Para Gartshore et al. (2017), esta é uma preocupação de elevada importância, quando estamos a falar de uma população na sua maioria vulnerável e dependente. Para Ree & Wiig (2019), promover a segurança do paciente em todos os ambientes, nomeadamente em estruturas residenciais para idosos, é uma necessidade à qual devemos dar resposta.

Um outro aspeto relacionado com a segurança poderá ser a grande rotatividade dos profissionais, incluindo a dos cuidadores formais na prestação direta de cuidados ao idoso. Ma et al. (2022) refere que unidades residenciais que estão dependentes de trabalhadores temporários apresentam piores níveis de qualidade e que a qualidade do emprego é importante por ter relação direta na qualidade do cuidado residencial ao idoso.

A OMS (2017), define a segurança do doente como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos e procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, de forma consistente e sustentável, diminui não só riscos e a ocorrência de danos evitáveis, bem como as probabilidades de erro e as suas potenciais incidências.

As Estruturas Residenciais Para Idosos não são, na sua definição, instituições de saúde. Contudo, a complexidade do estado de saúde e funcional dos seus residentes exige a prestação de cuidados de saúde.

Um dos desafios para a qualidade e segurança dos cuidados está relacionado com a qualificação dos colaboradores das ERPI. Gartshore et al.; Pinheira & Beringuilho, (2017) indicam que um dos principais problemas relacionado com os recursos humanos tem por base a ausência de qualificação dos mesmos para a prestação de cuidados diretos ao idoso. A formação destes cuidadores ocorre essencialmente no local de trabalho pelos

seus pares, o que pode condicionar a sua qualidade, sendo esta não estruturada e prévia ao início de funções (Pinheira & Beringuilho, 2017).

Estes cuidadores, segundo Banaszak-Holl et al. (2017) revelam níveis mais baixos de cultura de segurança do que os administradores. Sendo os cuidadores os profissionais que estão mais próximos do idoso, importa que recaia sobre eles uma parte significativa das atividades de promoção da segurança. Aos administradores, que apresentam um nível mais elevado de cultura de segurança, importa, por sua vez, que a sua comunicação com os cuidadores seja um elemento de aproximação.

O 2º Pilar do PNSD 2021-2023 é a liderança e governança e tem como objetivos estratégicos o envolvimento dos órgãos máximos de gestão das instituições e a articulação entre estes e as estruturas de governação. A segurança e por consequência a qualidade dos cuidados ao idoso é assim um aspeto transversal a todos os intervenientes em ERPI. Rand et al. (2021) refere que embora o prestador direto de cuidados ao idoso seja fundamental para identificar problemas e soluções, nas questões relacionadas com a segurança do idoso, é fundamental que as organizações, os seus processos e a sua liderança estejam alinhados com a cultura de segurança e com as estratégias desenvolvidas a nível regional e nacional.

A comunicação e o trabalho em equipa foram identificados como preditores de cuidados de qualidade e garantia de segurança do utente (Anderson et al; Banaszak-Hall et al., 2017).

Rasmussen et al. (2017), identifica os fatores físicos como os principais responsáveis pela segurança do cuidador formal e que cerca de metade dos problemas relacionados com essa mesma segurança têm a solução em fatores organizacionais.

Cuidar em segurança é uma das formas de contribuir para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas, nomeadamente o objetivo 3 – Saúde e Bem-Estar. (ONU, 2015)

1.5. Capacitação, Educação e *Empowerment* Comunitário como competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

O desenvolvimento das sociedades e do conhecimento que produzem obriga a uma atualização permanente dos mesmos. O processo permanente e deliberado de aquisição desse conhecimento com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências institucionais por meio do desenvolvimento de competências individuais designa-se por capacitação.

A capacitação dos cuidadores formais de ERPI é de extrema importância para garantir que os idosos recebem os cuidados necessários em segurança, e a intervenção da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública tem aqui um papel fundamental no suporte aos cuidadores e à sua capacitação. Importa assim aos enfermeiros identificar as necessidades dos cuidadores e as áreas em que necessitam de maior suporte face às necessidades dos idosos.

Para Feitor et al. (2019) quando o cliente dos cuidados de enfermagem é uma comunidade, deve ser adotado o modelo de *empowerment* comunitário como forma de capacitação, considerando-o uma ferramenta de trabalho prática e valiosa para o enfermeiro comunitário.

Segundo Laverack (2008), o *empowerment* comunitário é um processo participativo e contínuo que permite a construção de estratégias e ações com a perspetiva de melhoria da saúde e do bem-estar coletivo, onde o indivíduo compreende que detém poder interior e recursos que lhe permite a intervenção em prol da comunidade.

Para Rodrigues (2021) uma das formas que permite a capacitação do indivíduo/comunidade é a Educação para a Saúde. A OMS (1998) definiu a Educação para a Saúde como «um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas de forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde» (p.4).

Capacitar o indivíduo e as comunidades para a adoção de comportamentos saudáveis é uma responsabilidade onde o enfermeiro deve ter um papel central, face à sua posição favorável no relacionamento com o cuidador.

De acordo com o regulamento nº 428/2018 das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a presente investigação destaca duas: estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Compete ao enfermeiro desenvolver intervenções que capacitem os cuidadores sobre o que, como e quando fazer, fornecendo a informação necessária para que aqueles que prestam cuidados sejam agentes ativos da execução das intervenções, contribuindo para a segurança da pessoa a cuidar.

1.6. Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

O Modelo Teórico de Betty Neuman, também designado por Teoria de Sistemas foi desenvolvido em 1970 e teve a sua origem a partir das seguintes teorias: Gestalt, Filosóficas de Charden e Bernard Marx, Geral dos Sistemas de Bertalanffy, Stress de Hans Seyh e Crise de Gers Caplan (Pearson, 1992).

Este é um modelo holístico cuja intervenção se foca no indivíduo, família, grupo ou comunidade, como elemento integrante num sistema aberto e em interação com o meio ambiente, onde qualquer *stress* pode influenciar a harmonia ou segurança do sistema (George, 2000).

O indivíduo, família, grupo ou comunidade, definido como sistema cliente e estrutura básica do núcleo, é um composto de variáveis (fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento e espirituais). O sistema cliente desenvolve uma série de defesas que são usadas como proteção para interagir com o meio ambiente. Estas são linhas de defesa, que representam os fatores internos que ajudam na defesa contra os agentes *stressores*. Esta linha de defesa pode ser interpretada como o nível de bem-estar do

sistema cliente. Para além desta, existe a linha de defesa flexível que evita a invasão de *stressores* ao sistema cliente e ainda a linha de resistência que está dentro da linha normal de defesa. Entrar na linha de resistência deixa o sistema cliente em risco, podendo ser uma ameaça para o mesmo (George, 2000).

Neste caso em concreto, os cuidadores formais de ERPI definem-se como o sistema cliente e a sua estrutura básica do núcleo é constituída pelas seguintes variáveis: fisiológicas (idade e sexo); psicológicas (motivações e sentimentos); socioculturais (famílias, relações sociais e culturais); de desenvolvimento (formação e experiência profissional) e espirituais (crenças).

Os *stressores*, ou seja, as situações que podem desencadear o desequilíbrio e mesmo a rutura do sistema cliente, podem situar-se ao nível do contexto intrassistémico (relacionados com a própria pessoa), intersistémico (forças entre duas ou mais pessoas) e extrassistémico (forças exteriores ao sistema).

No sistema cliente em análise, podemos definir os *stressores* intrapessoais como as limitações pessoais que impedem a resposta à exigência; os *stressores* interpessoais como relações entre profissionais e residentes e *stressores* extrapessoais como famílias de utentes e entidade empregadora.

Considerando os cuidadores formais em ERPI como o sistema cliente, são considerados o sistema intrassistémico, intersistémico e extrassistémico, (apêndice II). No que diz respeito ao contexto intersistémico e extrassistémico a apreciação é feita a partir de oito subsistemas: Educativo; Saúde e Segurança; Sociocultural; Comunicação e Transportes; Recreativo e Lazer; Político e Segurança; Económico e Religioso.

No contexto deste projeto de intervenção os cuidados de enfermagem surgem antes do sistema cliente (cuidadores formais) reagirem ao *stress*, ou seja, sob forma de prevenção primária que se define como a base da enfermagem comunitária. Ao capacitar os cuidadores formais estamos a fornecer ferramentas para que os mesmos possam responder aos *stressores* (Apêndice III).

Através do diagnóstico de situação é possível identificar quais as linhas de defesa comprometidas, estabelecer prioridades e definir estratégias que permitam aos

cuidadores a melhor gestão dos *stressores*, é assim possível identificar o paralelismo com a metodologia de Planeamento em Saúde.

2. Metodologia

Este projeto teve a metodologia do Planeamento em Saúde como suporte metodológico.

A mesma entende-se como um instrumento que permite realizar ações com vista ao desenvolvimento do setor da saúde. Segundo Imperatori (1993), «o planeamento é uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real» (p.21).

Tavares (1990) define o planeamento em saúde como um processo contínuo e dinâmico que permite, tendo em conta as necessidades, fazer uso dos recursos (muitas vezes escassos) de uma forma eficiente.

A metodologia do Planeamento em Saúde divide-se nas seguintes fases: diagnóstico de situação; definição de prioridades face aos problemas identificados; definição de objetivos e estratégias para os atingir. Em seguida elabora-se um programa ou projeto, prepara-se a operacionalização do mesmo, executando-o e no final faz-se a sua avaliação (Imperatori, 1993).

2.1. Diagnóstico de situação

Segundo (Imperatori, 1993) o diagnóstico de situação constitui-se como a primeira fase do Planeamento em Saúde. Este deve permitir «identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas» (p. 28).

A realização desta fase do Planeamento em Saúde permitiu a aquisição da competência de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: «estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade» (Regulamento nº 428/2018).

2.1.1. Contextualização do local de intervenção

O ACeS Lisboa Norte (atual ULSSM) situa-se na cidade de Lisboa e é constituído pelas freguesias de Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica, abrangendo uma população de 545 796 (INE, 2023).

A intervenção decorreu na UCC Lumiar+, unidade que teve o seu início de atividade a 1 de julho de 2021 e é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por: onze enfermeiros, nove dos quais especialistas; três psicólogas e duas assistentes sociais, estando estes dois últimos grupos profissionais dedicados à UCC a tempo parcial. Serve uma população composta por 84 859 utentes (inscritos nas USF/UCSP que estão na área de abrangência da UCC), com uma média de 38,62 anos de idade para os homens e para as mulheres de 47,13. Apresenta um índice de dependência total = 65,71% com um índice de dependência jovem = 25,96% e de idosos = 39,17%. (SNS, 2023).

Geograficamente a UCC Lumiar+ abrange as freguesias do Lumiar (6,57 km²), Alvalade (5,34 km²) e Santa Clara (3,36 km²), perfazendo um total de 15,27 km² correspondendo a cerca de 17% do território da cidade.

Cerca de 32% dos agregados familiares são constituídos por apenas uma pessoa, o que corresponde a 13 930 indivíduos. Em relação à percentagem de pessoas com um nível de ensino superior completo, das três freguesias, Alvalade e Lumiar apresentam valores elevados: 56,03% e 60,63% respetivamente. A freguesia de Santa Clara apresenta uma proporção inferior, correspondente a 26% (INE, 2023).

A população residente nestas três freguesias com 65 ou mais anos totaliza 21 797 indivíduos, dos quais 8 474 são homens e 13 323 são mulheres (INE, 2023).

A UCC tem como áreas de atuação: Saúde Escolar; Rede Social; Intervenção Precoce; Comissão de Proteção de Jovens em Risco e Equipa de Prevenção da Violência em Adultos.

O presente projeto pretendeu participar na resposta a uma das áreas do plano de melhoria do Índice de Desenvolvimento Global, resultante do Plano de Ação negociado com o ACeS Lisboa Norte (atual ULSSM): Segurança dos utentes nos termos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (UCC Lumiar Mais, 2023).

2.1.2. População, população alvo e amostra

Fortin (2009), define população como um conjunto de elementos que tem características em comum, sendo que o elemento é a unidade base da população e o mesmo pode ser o indivíduo ou um grupo, uma organização, uma cidade, uma escola. A população que é objeto de estudo, designa-se como população alvo e é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos. A amostra é uma fração da população sobre a qual se faz o estudo e que deve ser representativa da mesma.

A população deste projeto são os cuidadores formais das ERPI da área geográfica de Lisboa, a população alvo são os cuidadores formais das ERPI que pertencem à área geográfica da UCC Lumiar+ e a amostra, por conveniência, foi constituída pelos profissionais das ERPI que foram submetidas a auditorias (6, no seu total) pela USPFG entre janeiro e julho de 2023, e que se dispuseram a participar no projeto através da assinatura do consentimento informado (Apêndice IV).

O processo de amostragem foi realizado através de uma amostra não probabilística, intencional dos participantes, entre 15 de novembro e 3 de dezembro. Estes participantes disponibilizaram e deram o seu consentimento informado (CI) para a recolha de informação, respondendo ao instrumento de colheita de dados.

Todas as ERPI com relatório de auditoria disponível, foram previamente contactadas durante o período de estágio. Este contacto foi realizado pela investigadora, Maria Filomena Godinho, e pela Enfermeira Orientadora de estágio, enfermeira especialista Ana Teresa Vieira. O primeiro contato foi realizado por telefone e posteriormente formalizado via e-mail com um pedido de autorização ao diretor(a) técnico das ERPI.

Foram definidos como critérios de inclusão: CF em ERPI que pertençam à área de influência da UCC Lumiar+; CF em ERPI com relatório da auditoria realizada pela USPFG entre janeiro e julho de 2023 e CF que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Como critérios de exclusão, foram definidos os seguintes: CF em ERPI que não pertençam à área de influência da UCC Lumiar+; ERPI que não respondam à solicitação de participação no projeto até um mês após envio do convite ou que não aceitem

participar; ERPI cujo número de participação dos colaboradores seja inferior a 50% da sua totalidade.

2.1.3. Instrumentos, técnicas e procedimentos de recolha de dados

Fortin (2009), define a recolha de dados como a colheita de informação de forma sistemática junto dos participantes, utilizando para isso instrumentos de medida adequados ao que se pretende estudar.

O instrumento utilizado para recolha de dados (Apêndice V) teve como ponto de partida os relatórios das auditorias realizadas pela USP Francisco George às ERPI da área de abrangência da UCC Lumiar+. As auditorias realizadas tiveram como guião a grelha de avaliação existente na USP, elaborada em colaboração com a Segurança Social, nas seguintes áreas: 13. Área de Serviços de Enfermagem, 14. Cuidados de Saúde e 15. Dispositivos Médicos (DM).

Da análise dos relatórios das auditorias realizadas às ERPI (Quadro 1), verificaram-se 22 áreas que exigiam melhoria, divididas em quatro grupos: **Segurança ambiental:** medidas de autoproteção, resíduos, higienização dos espaços, higienização das mãos e esterilização de DM; **Atuação em acidentes:** verificação da mala de Primeiros Socorros (responsável + folha registos), listagem de material da mala de Primeiros Socorros + validade, reações anafiláticas, procedimentos em situação de acidente, formação em Primeiros Socorros, equipamento suporte vital (aspirador e O2); **Segurança do medicamento:** medicação (acondicionamento), registo alterações terapêuticas, verificação mensal, validade terapêutica, temperatura do frigorífico, procedimento quebra rede frio, identificação de abertura e validade de produtos desinfetantes e medicamentos; **Continuidade/adequação dos cuidados:** registos clínicos, resumo clínico (acompanhamento utente), registo vacinal, segurança doentes acamados (grades + colchão), aplicação de escalas (grau de dependência, risco úlcera pressão e risco de queda).

Do cruzamento desta informação com os achados da *Scoping Review*, foi elaborado um questionário pelo mestrando. «O investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, com vista a responder às suas necessidades particulares» (Fortin, 2009, p. 380). O questionário foi dividido em duas partes, A e B. O

mesmo autor refere ainda que «o questionário tem por objetivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões» (Fortin, 2009, p. 380).

A parte A do questionário, constituída por cinco perguntas, tem como objetivo a caracterização dos cuidadores formais em termos sociodemográficos.

O mesmo é composto por variáveis independentes (elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável (Fortin, 2009):

Quantitativas: Idade (A2) – contínua e Tempo de exercício (A5) – discreta.

Qualitativas: Sexo (A1) – nominal; Habilitações literárias (A3) – ordinal e Formação na área de prestação de cuidados (A4) – nominal.

A parte B é constituída por quatro áreas num total de 22 áreas de intervenção e tem como objetivo identificar as necessidades dos cuidadores formais. Todas as perguntas são fechadas, de resposta única, tendo sido utilizada como escala de medida a escala de *Likert*. Esta parte é também composta por variáveis dependentes (sofre o efeito da variável independente) B1 a B4, todas variáveis qualitativas nominais.

A operacionalização das variáveis apresenta-se no próximo quadro:

Quadro 2

Operacionalização das variáveis

Variáveis independentes		
Variável	Operacionalização	Categorização
Idade	Período que decorre desde a data do nascimento até á data de referência	
Sexo	Atributo que distingue o homem da mulher	Feminino Masculino

Tempo de exercício profissional	Tempo em anos que exerce a profissão.	
Habilitações literárias	Nível escolar frequentado e concluído. Categorizado em 6 classes	Sem frequência 1º ciclo 2º/3º ciclo Ensino Secundário Curso Técnico-Profissional Curso Superior
Formação na área de prestação de cuidados	Competências formativas para o cuidar	Sim Não
Variáveis dependentes		
Conhecimento sobre segurança ambiental	Corresponde ao conhecimento que os cuidadores têm sobre segurança ambiental. Categorizado em 5 classes	Muito bom (5 a 8) Bom (9-12) Satisfatório (13 a 16) Fraco (17 a 20) Muito fraco (21 a 25)
Conhecimento sobre atuação em acidentes	Corresponde ao conhecimento que os cuidadores têm sobre atuação em acidentes. Categorizado em 5 classes	Muito bom (5 a 10) Bom (11 a 15) Satisfatório (16 a 20) Fraco (21 a 25) Muito fraco (26 a 30)
Conhecimento sobre segurança do medicamento	Corresponde ao conhecimento que os cuidadores têm sobre segurança do medicamento Categorizado em 5 classes	Muito bom (5 a 10) Bom (11 a 15) Satisfatório (16 a 20) Fraco (21 a 25) Muito fraco (26 a 30)

Conhecimento sobre continuidade/adequação dos cuidados	Corresponde ao conhecimento que os cuidadores têm sobre continuidade/adequação dos cuidados Categorizado em 5 classes	Muito bom (5 a 8) Bom (9-12) Satisfatório (13 a 16) Fraco (17 a 20) Muito fraco (21 a 25)
--	--	---

Fonte: Autor (2024)

Todas as Organizações – ERPI da área de influência da UCC Lumiar+, foram consultadas por telefone, nas pessoas dos responsáveis técnicos/formais, no sentido de explicar o âmbito deste trabalho e averiguar o seu interesse em participar.

Depois da autorização pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), garantindo a conformidade de todos os preceitos éticos, deontológicos e metodológicos deste projeto de intervenção, foram contactadas as ERPI. Às que aceitaram participar foram remetidos por e-mail os pedidos de colaboração, bem como os documentos que seriam disponibilizados para a colheita de dados (CI e questionário).

No dia agendado para a colocação das caixas para recolha dos questionários, bem como todos os materiais necessários, foi validado todo o processo de colheita de dados com os responsáveis locais, não só no sentido de garantir a divulgação a todos os profissionais, mas também as condições de confidencialidade e liberdade de participação e as garantias pelo descrito no CI por parte da investigadora.

2.1.4. Apresentação e análise dos resultados

Neste subcapítulo são apresentados os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais e a avaliação das necessidades formativas dos mesmos.

A amostra inicial constituiu-se por 161 cuidadores formais que responderam, voluntariamente, ao questionário. Todos os participantes entregaram os CI, aceitando as

condições propostas para a realização deste estudo, e só depois lhes foi entregue o questionário.

Os critérios de inclusão dos questionários foram aplicados à amostra destes 161 cuidadores, tendo sido excluídos 88 por terem menos de 50% de itens respondidos ou por não ter sido garantida a representatividade das organizações a que pertenciam (isto é, pelo menos 50% dos profissionais terem respondido), tal como a tabela 1 demonstra.

Tabela 1

Participação por ERPI

ERPI	Nº Cuidadores formais	Nº Questionários	Adesão
1	20	12	60%
2	14	7	50%
3	10	10	100%
4	17	16	94%
5	20	13	60%
6	33	8	24%
7	17	7	41%
8	150	47	31%
9	65	26	40%
10	32	16	50%
TOTAL	378	161	

Fonte: Autor (2024)

O início de colheita de dados teve em conta a consideração final da CES e decorreu nas duas semanas subsequentes, tendo em conta a aceitação da participação das ERPI e condições locais de operacionalização.

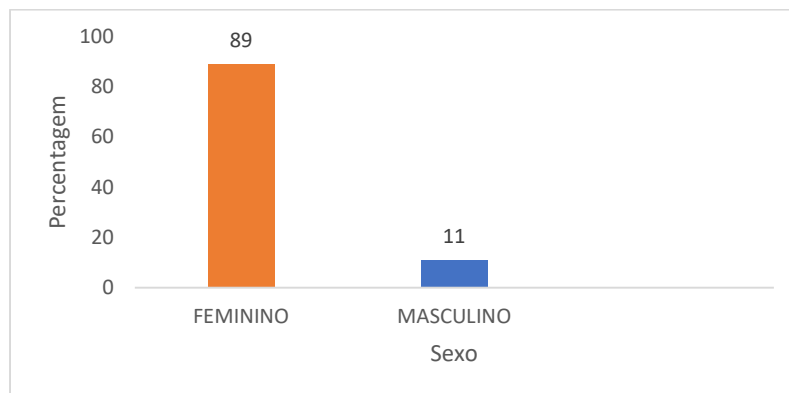
Para a análise dos dados recolhidos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* na sua versão 29. A introdução dos dados no programa SPSS permite o tratamento estatístico com análise descritiva das variáveis.

Segundo Fortin, (2009) «A parte descritiva da estatística tem por objetivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor.» (p.411).

Da análise dos dados no que concerne à caracterização sociodemográfica verifica-se que 89% dos CF são do sexo feminino.

Gráfico 1

Distribuição dos participantes por sexo



Fonte: Autor (2024)

Relativamente à variável idade verifica-se que os CF têm uma média de 43,8 anos, com uma idade mínima de 22 anos e uma idade máxima de 72 anos. A moda situa-se nos 40 anos e a mediana nos 43 anos, analisando o desvio padrão, o mesmo encontra-se abaixo da média (12,25) o que nos indica que há alguma homogeneidade da amostra em relação à idade dos profissionais das ERPI que aceitaram participar no estudo.

Tabela 2

Idade dos cuidadores formais

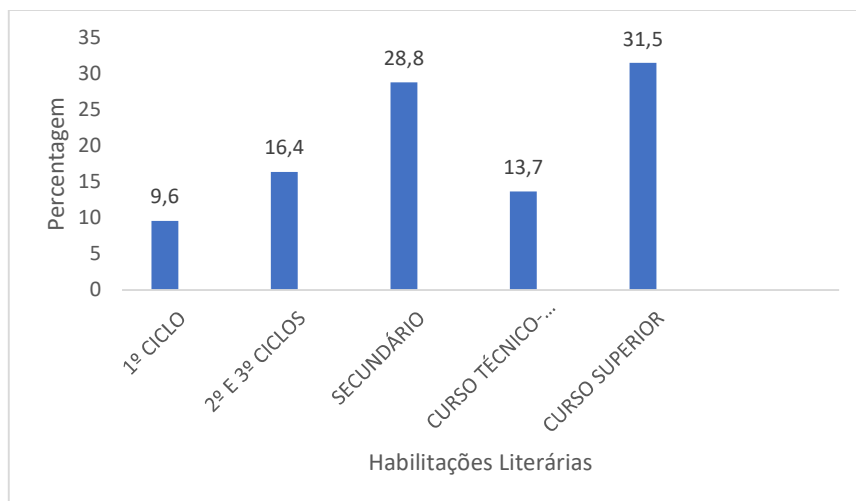
	N - Idade
Média	43,8219
Mediana	43
Moda	40
Desvio Padrão	12,24784
Mínimo	22
Máximo	72

Fonte: Autor (2024)

Na variável habilitações literárias verifica-se que 31,5% dos cuidadores têm curso superior e 28,8% frequentaram o ensino secundário. Com a frequência da escolaridade até ao 2º e 3º ciclo temos 16,4% da amostra, 13,7% frequentou curso técnico profissional e 9,6% apenas detém formação de nível 1º ciclo.

Gráfico 2

Caracterização dos CF segundo as habilitações literárias



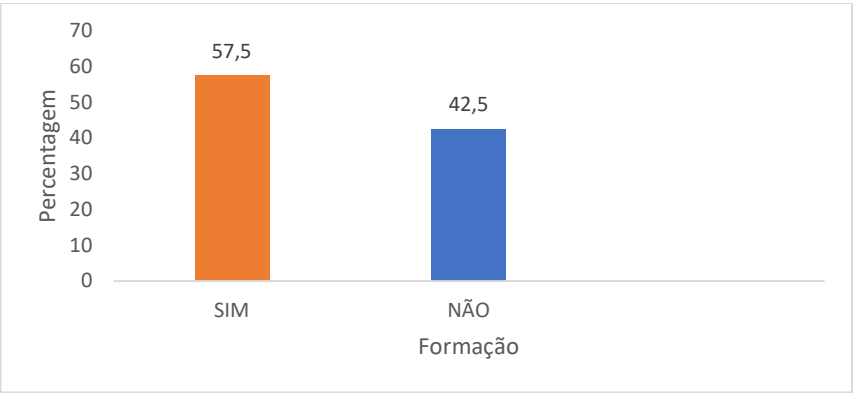
Fonte: Autor (2024)

Em relação à formação em cuidados à pessoa idosa dependente verifica-se que

57,5% dos cuidadores refere ter formação e 42,5% refere não ter qualquer formação na área.

Gráfico 3

Distribuição dos CF segundo a formação em cuidados à pessoa idosa dependente



Fonte: Autor (2024)

No tempo de exercício profissional no cuidado à pessoa idosa verifica-se que os cuidadores têm uma média de 9,7 anos de tempo de exercício, com uma mediana de 6 anos e uma moda de 4 anos. Verifica-se 0,5 anos como o tempo mínimo de exercício e 35 anos como tempo máximo.

Tabela 3

Número médio em anos de experiência profissional

N -Anos	
Média	9,7603
Mediana	6
Moda	4
Desvio Padrão	8,70309
Mínimo	0,5
Máximo	35

Fonte: Autor (2024)

A parte B do questionário permitiu avaliar as áreas de necessidades formativas dos cuidadores formais.

Numa escala tipo de Likert de 1 a 5 em que 1 corresponde a «sem dificuldade» e 5 a «tenho sempre dificuldade» verificou-se uma pontuação mínima para as respostas nas quatro áreas de intervenção de 22 e uma máxima de 110. Assim a Segurança Ambiental apresenta um *score* de 8; Atuação em Acidentes 16; Segurança do Medicamento um *score* de 16 e a Continuidade/adequação dos cuidados um *score* de 10.

Tabela 4

Score apresentado por cada área de intervenção

	ScoreB1	ScoreB2	ScoreB3	ScoreB4
Média	10,00	17,0000	16,0000	11,0000
Mediana	8,00	16,0000	16,0000	10,0000
Moda	5	30,00	6,00 ^a	5,00
Desvio Padrão	5,433	8,20386	7,90584	5,85111
Mínimo	5	6,00	0,00	1,00

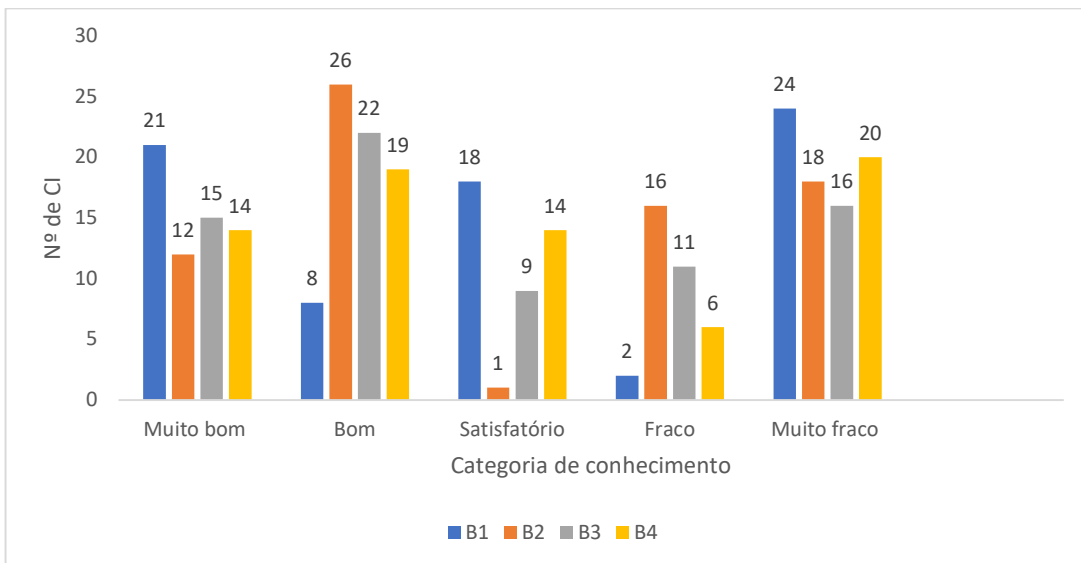
a. Há vários modos. O menor valor é mostrado

Fonte: Autor (2024)

Analisando as quatro áreas de intervenção pela categorização de conhecimento definida, verifica-se que os CF apresentam conhecimento muito fraco em Segurança Ambiental e Continuidade/adequação de cuidados (gráfico 4), mas avaliando em conjunto as categorias Fraco e Muito Fraco em primeiro lugar surge Atuação em Acidentes e em segundo lugar Segurança do Medicamento (gráfico 5).

Gráfico 4

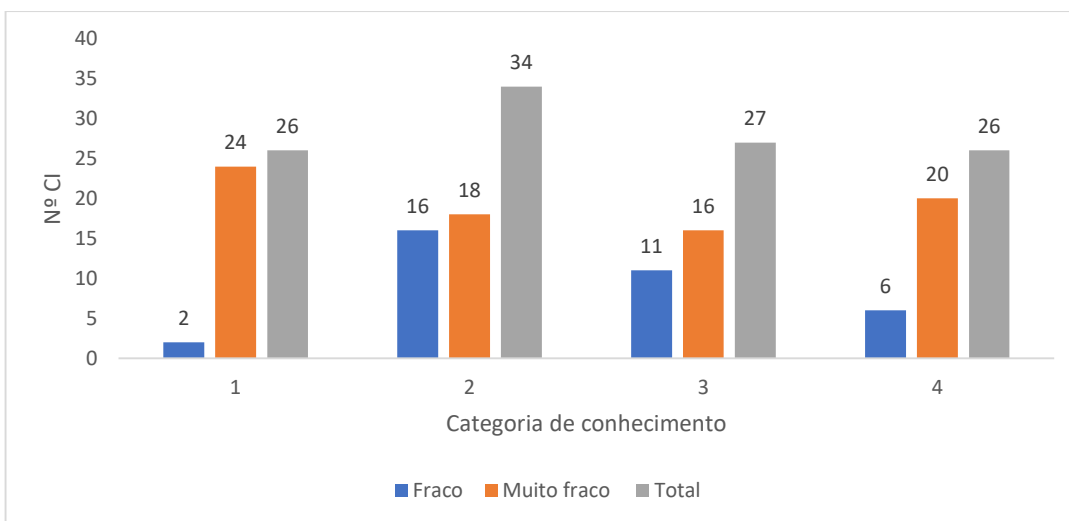
Distribuição dos conhecimentos dos CF



Fonte: Autor (2024)

Gráfico 5

Distribuição dos conhecimentos dos CF nas categorias Fraco e Muito Fraco



Fonte: Autor (2024)

Analisando mais aprofundadamente cada área verificou-se que na área da Segurança Ambiental (B1) a percepção dos profissionais das ERPI traduz poucas

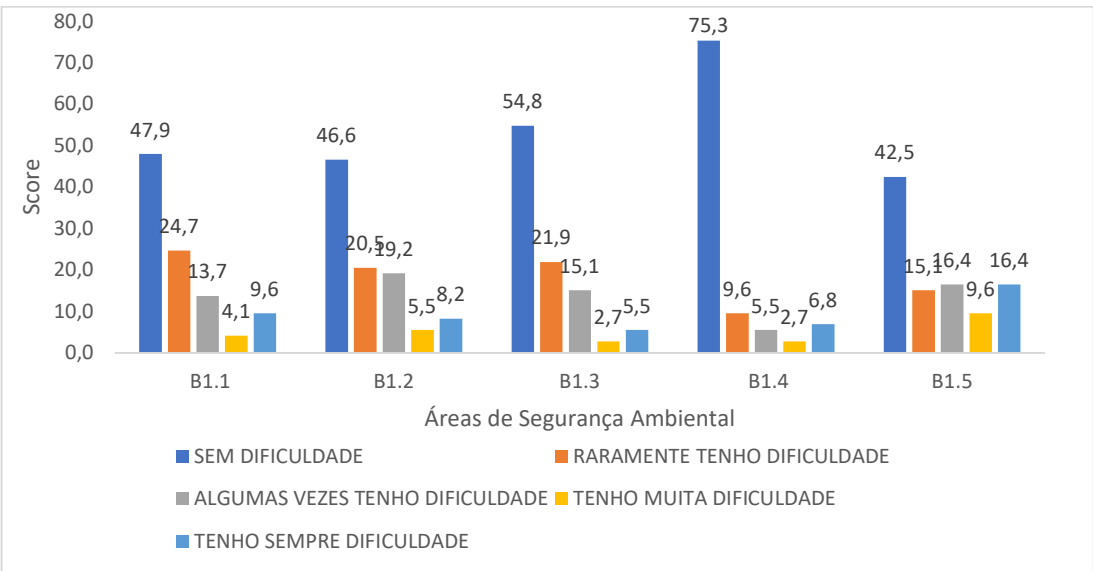
dificuldades, sendo a exceção B1.5 – Esterilização de Dispositivos Médicos, todas as questões foram avaliadas como «sem dificuldade/raramente tenho dificuldade» como as duas respostas mais frequentes.

No extremo oposto, a resposta «tenho sempre dificuldade» foi sempre a mais frequente comparativamente à «tenho muita dificuldade» nas 5 questões, polarizando muito as respostas nesta área.

Analisando o *score* por questão, em que as respostas «sem dificuldade» pontuam 1 e «tenho sempre dificuldade» pontuam 5, sobressaem maiores dificuldades nas questões B1.5 – Esterilização de dispositivos médicos, seguido de B1.2 – Resíduos.

Gráfico 6

Distribuição das dificuldades dos CF em Segurança Ambiental



Fonte: Autor (2024)

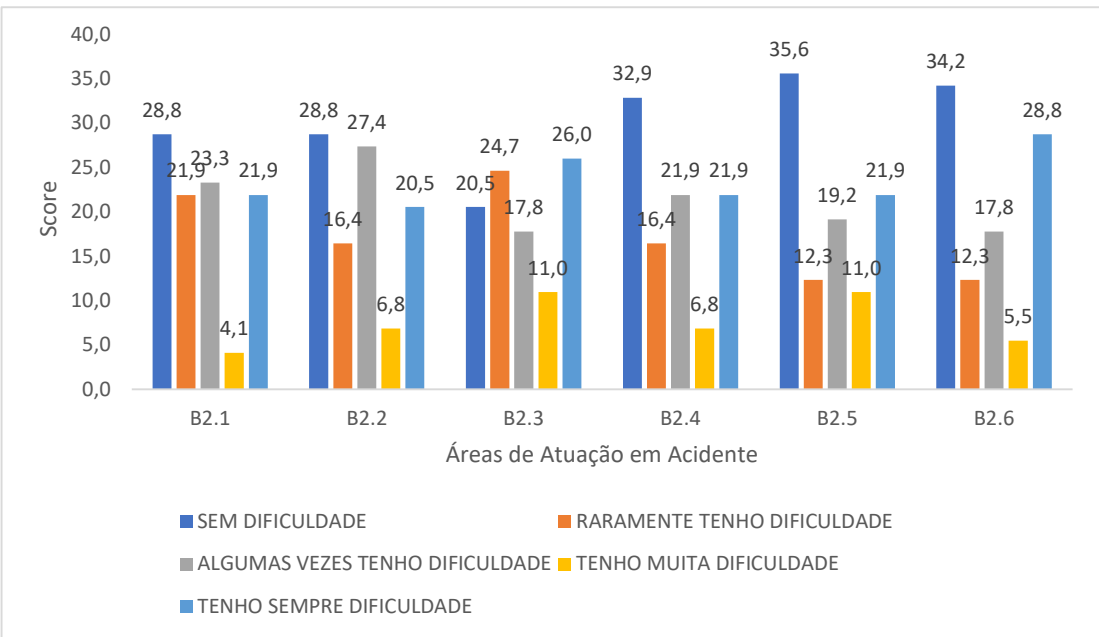
Analisando a área B2 – Atuação em Acidentes, verifica-se uma predominância pela resposta «sem dificuldade», no entanto a avaliação «tenho sempre dificuldade» já se apresenta como a segunda mais frequente em 4 das 6 questões (B2.2; B2.3; B2.5 e B2.6),

apresentando expressividade significativa em B2.3 – Procedimento em reação anafilática e B2.6 – Manutenção do equipamento de suporte vital. Verifica-se ainda que a resposta «tenho sempre dificuldade» foi mais frequente em todas as questões que a resposta «tenho muita dificuldade».

Avaliando o *score* das questões sobressaem maiores dificuldades na questão B2.3 – Procedimento em reação anafilática, seguida de B2.6 – Manutenção do equipamento de suporte vital.

Gráfico 7

Distribuição das dificuldades dos CF em Atuação em Acidente



Fonte: Autor (2024)

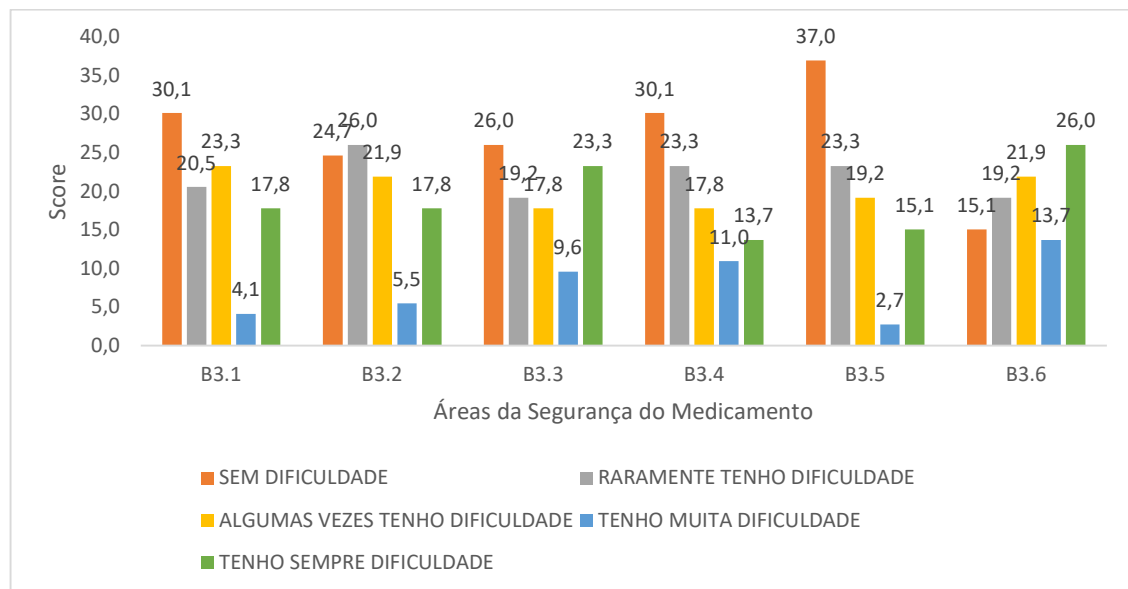
Na área B3 – Segurança do Medicamento, a percepção dos participantes traduz poucas dificuldades, à exceção da questão B3.6 – Procedimento quebra rede frio, todas as outras questões tiveram como resposta mais frequente «sem dificuldade/raramente tenho dificuldade».

Verifica-se ainda que no outro extremo a resposta «tenho sempre dificuldade» foi a mais comum em todas as questões.

Avaliando a pontuação, verifica-se que a questão B3.6 - Procedimento quebra rede frio, sobressai pela perceção de dificuldade, seguida da questão B3.3 – Verificação mensal validade terapêutica.

Gráfico 8

Distribuição das dificuldades dos CF em Segurança do Medicamento



Fonte: Autor (2024)

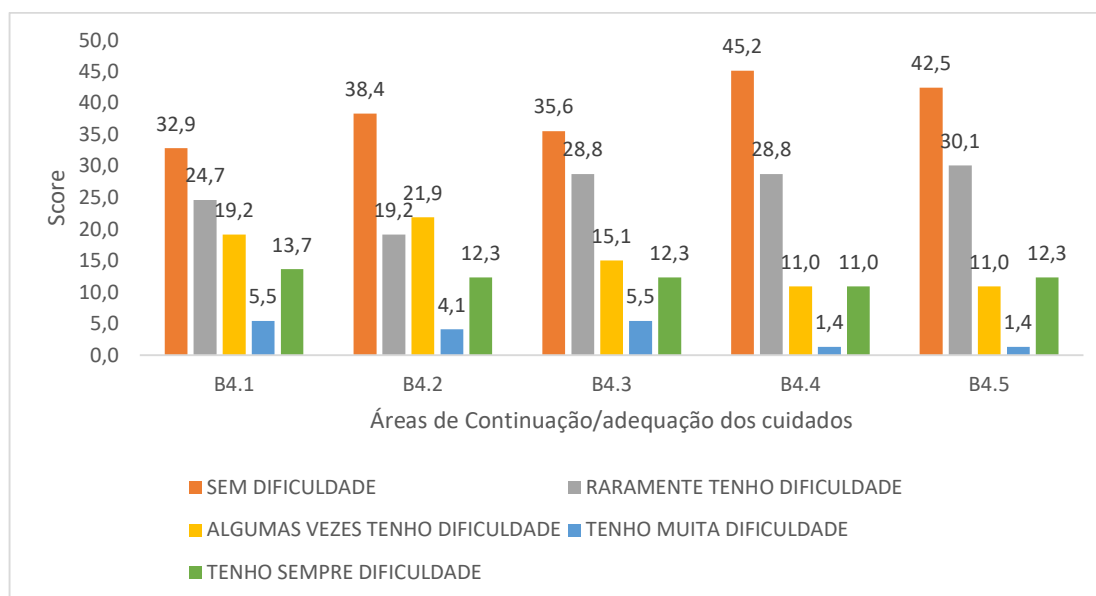
Na área B4 – Continuidade/adequação dos cuidados, a perceção dos cuidadores formais segue o mesmo padrão que as áreas anteriores, poucas dificuldades manifestadas através das respostas «sem dificuldade/raramente tenho dificuldades» como as respostas mais frequentes.

A resposta «tenho sempre dificuldade» mantém-se mais frequente que a resposta «tenho muita dificuldade» em todas as questões.

Nesta área, avaliado o *score* não há nenhuma questão que se distancie significativamente das restantes, no entanto B4.3 – Registo Vacinal, apresenta o valor mais elevado seguido de B4.1 – Registos clínicos.

Gráfico 9

Distribuição das dificuldades dos CF em Continuidade/adequação dos cuidados



Fonte: Autor (2024)

2.1.5. Diagnósticos de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem apresentado neste relatório, que serviu como ponto inicial para a intervenção comunitária, foi formulado utilizando a terminologia de Betty Neuman com foco nos *stressores* intrapessoais. Dessa forma, o diagnóstico de enfermagem derivado desse modelo teórico foi identificado da seguinte forma:

Ameaça à linha de defesa dos cuidadores formais, relacionado com os *stressores* intrapessoais:

- *Déficit* de conhecimento sobre medidas de autoproteção;

- *Déficit* de conhecimento sobre higienização dos espaços;
- *Déficit* de conhecimento sobre resíduos;
- *Déficit* de conhecimento sobre higienização das mãos;
- *Déficit* de conhecimentos sobre esterilização de DM;
- *Déficit* de conhecimento sobre conteúdo da mala de primeiros socorros e verificação da mesma;
- *Déficit* de conhecimentos sobre procedimento em reação anafilática;
- *Déficit* de conhecimentos em primeiros socorros;
- *Déficit* de conhecimentos sobre acondicionamento de medicamentos e procedimento em caso de abertura;
- *Déficit* de conhecimentos sobre registo de alterações terapêuticas;
- *Déficit* de conhecimentos sobre verificação mensal validade terapêutica;
- *Déficit* de conhecimento sobre procedimento de avaliação de temperatura do frigorífico e quebra da rede de frio;
- *Déficit* de conhecimento sobre segurança do doente acamado;
- *Déficit* de conhecimento sobre registos clínicos e resumo clínico;
- *Déficit* de conhecimento sobre aplicação de escalas;
- *Déficit* de conhecimento sobre manutenção do equipamento para suporte vital.

Transpondo os diagnósticos identificados para a linguagem CIPE®, a formulação dos mesmos tem de incluir um termo do Eixo do Foco e um termo do Eixo do Juízo. Pode ainda incluir termos adicionais, de acordo com a necessidade, dos Eixos do Foco, Juízo ou de outros Eixos (OE, 2009).

Foram assim elaborados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem utilizando a taxonomia CIPE® versão 2019 disponível no site da OE.

Quadro 3

Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia CIPE ®

Diagnóstico de Enfermagem CIPE®	Foco	Juízo
Capacidade para o autocuidado	Capacidade Autocuidado Conhecimento	Potencial Comprometido <i>Déficit</i>
Segurança ambiental comprometida	Segurança ambiental Conhecimento	Comprometida <i>Déficit</i>
Risco de Infecção cruzada	Infecção cruzada Conhecimento	Risco <i>Déficit</i>
Capacidade para tomar conta comprometida	Capacidade Tomar conta Conhecimento	Comprometida Comprometida <i>Déficit</i>
Segurança comprometida	Segurança Conhecimento	Comprometida <i>Déficit</i>
Continuidade de cuidados comprometida	Continuidade de Cuidados Conhecimento	Comprometida <i>Déficit</i>
Segurança comprometida	Segurança Conhecimento	Comprometida <i>Déficit</i>

Fonte: Autor (2024)

2.2. Definição de prioridades

Esta etapa, a segunda do Planeamento em Saúde, permite seleccionar «os problemas de saúde que serão resolvidos e com este fim utilizam-se critérios de diversa ordem» (Imperatori, 1993, p.28). Para o mesmo autor «a definição de

prioridades tem, pelo menos, duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos» (p.64).

Segundo Tavares, (1990) a priorização é essencialmente um processo de tomada de decisão. Priorizar permite identificar quais os problemas que se devem tentar seleccionar em primeiro lugar, tendo em conta a disponibilidade de recursos: humanos, físicos e/ou financeiros.

A priorização foi realizada em dois momentos: o primeiro tendo como ponto de partida a análise das frequências. Identificaram-se duas áreas prioritárias de intervenção: B2 – Atuação em Acidentes e B3 – Segurança do medicamento.

Num segundo momento, com o objetivo de identificar as áreas de intervenção prioritária dentro de B2 e B3, utilizou-se como recurso o método de priorização Halon adaptado, com os seguintes critérios de ponderação: magnitude (A); gravidade (B) e eficácia da intervenção (C) (Imperator, 1993), utilizados na seguinte fórmula: $(A+B) \times C$.

A escolha do Método de Halon adaptado em detrimento do tratamento por frequências introduz o fator exequibilidade e gravidade, o que pode fazer com que intervenções com elevada frequência, mas baixa gravidade e/ou exequibilidade no momento fiquem excluídas da intervenção.

A determinação de prioridades foi realizada com o envolvimento dos parceiros/peritos (enfermeiros orientadores da USP e UCC). Benner (2001) define perito como o quinto e último nível de aquisição de competências. Neste nível o perito tem uma vasta experiência e compreende de maneira intuitiva e de forma global cada situação em virtude das situações reais vivenciadas, conseguindo desta forma focar-se no problema, sem perdas de tempo com soluções alternativas, o que lhe permite prever problemas e antecipar ações.

Ponderação de critérios: Magnitude: avaliada de 1 a 10 em que 1 representa o intervalo de 0-10%, 2 corresponde a 11-20% e assim sucessivamente; Gravidade: avaliada entre 0 (menos grave) e 10 (mais grave); Eficácia: escala de três níveis onde 0,5 o problema não se pode controlar ou tem solução difícil, 1 resolve-se ou controla-se parcialmente e 1,5 o problema é de fácil solução.

Do processo de priorização (tabela 5) obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 5

Método de priorização Halon adaptado

I – Investigador P1 – Perito USP P2 – Perito UCC

Problema	Magnitude (A)			Gravidade (B)			Eficácia (C)			Valor de Prioridade (A+B) x C			Ordem de Prioridade	
	I	P1	P2	I	P1	P2	I	P1	P2	I	P1	P2	Total	
<i>Déficit</i> de conhecimento sobre verificação da mala de primeiros socorros	5	5	5	7	6	10	1,5	1	1,5	18	11	22,5	17,2	2º
<i>Déficit</i> de conhecimento sobre conteúdo da mala de primeiros socorros	6	6	6	7	6	10	1,5	1	1,5	19,5	12	21	18,5	1º
<i>Déficit</i> de conhecimento sobre resposta ao procedimento em reação anafilática	6	6	6	8	8	10	1	0,5	1	14	7	16	12,3	8º
Capacidade para tomar conta comprometida por <i>déficit</i> de conhecimento sobre procedimento em situação de acidente	6	6	6	8	6	10	1,5	1	1	21	12	16	16,3	4º
Capacidade para tomar conta comprometida por <i>déficit</i> de conhecimento em primeiros socorros	6	6	6	8	7	10	1,5	1	1	19,5	13	16	16,2	5º
Segurança comprometida por <i>déficit</i> de conhecimento sobre manutenção de equipamento de suporte vital	6	6	6	8	8	10	0,5	0,5	1	7	7	16	10	12º
<i>Déficit</i> de conhecimento sobre acondicionamento de medicação	5	5	5	7	8	10	1	1,5	1	12	19,5	17	16,2	6º
<i>Déficit</i> de conhecimentos sobre registo de alterações terapêuticas	5	5	5	7	7	10	0,5	1	1	6	15	15	12	9º
<i>Déficit</i> de conhecimentos sobre verificação mensal validade terapêutica;	6	6	6	7	7	10	0,5	1	1	6,5	13	13	10,8	11º
<i>Déficit</i> de conhecimento sobre resposta ao procedimento após abertura de produtos	5	5	5	7	8	10	1	1	1,5	12	13	22,5	15,8	7º

desinfetantes/medicamentos														
Déficit de conhecimento sobre avaliação de temperatura do frigorífico	4	4	4	6	6	10	1	1	1	10	10	14	11,3	10°
Déficit de conhecimento sobre resposta ao procedimento de quebra de rede de frio	7	7	7	7	6	10	1,5	1	1	21	13	17	17	3°

Fonte: Autor (2024)

- Capacidade para tomar conta comprometida por *déficit* de conhecimento sobre conteúdo da mala de primeiros socorros

- Capacidade para tomar conta comprometida por *déficit* de conhecimentos sobre verificação da mala de primeiros socorros

- Capacidade para tomar conta comprometida por *déficit* de conhecimentos sobre procedimento em situação de acidente

- Capacidade para tomar conta comprometida por *déficit* de conhecimento em primeiros socorros

- Capacidade para tomar conta comprometida por *déficit* de conhecimento sobre resposta ao procedimento em quebra de rede de frio

2.3. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos constitui a terceira fase do Planeamento em Saúde, e define-se como o «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» (Imperatori, 1993, p.79). Segundo o mesmo autor, os objetivos permitem orientar a fase da seleção de estratégias, através da enumeração de padrões e normas, que possibilitam a correta avaliação de todo o projeto.

O objetivo geral é assim definido como o «enunciado da direção que vai tomar e do sítio onde se quer chegar» (Imperatori, 1993, p. 136). No presente projeto apresenta-se da seguinte forma: Capacitar os cuidadores formais em contexto de ERPI, durante o período de estágio curricular do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Quanto aos objetivos específicos, aqueles que «detalham, particularizam aspetos» (Imperatori, 1993, p.117) e «contribuem para que o objetivo geral seja atingido» (Imperatori, 1993, p.117) e os objetivos operacionais «as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução» (Imperatori, 1993, p. 119) são apresentados no quadro 4.

Quadro 4

Objetivos específicos e operacionais

Objetivos específicos	Objetivos operacionais
Aumentar o conhecimento dos CF sobre a mala de primeiros socorros	Que 100% dos CF que participam nas sessões EpS consiga identificar o local da mala de primeiros socorros Que pelo menos 90% dos CF que participam nas sessões EpS identifique 6 materiais essenciais da mala de primeiros socorros
Educar os CF como atuar nos acidentes mais comuns	Que pelo menos 80% dos CF que participam nas sessões EpS identifique os acidentes mais comuns Que pelo menos 80% dos CF que participam nas sessões EpS identifique

	a forma correta de como atuar em 3 acidentes
Educar os CF em primeiros socorros (Suporte Básico de Vida e Posição Lateral de Segurança)	Que pelo menos 90% dos CF que participam nas sessões EpS identifique as situações em que deve colocar a pessoa em PLS Que pelo menos 80% dos CF que participam nas sessões EpS identifique a sequência correta do algoritmo do SBV
Aumentar a proporção de CF com conhecimento do procedimento em rede de frio	Que 80% dos CF que participam nas sessões EpS identifique 1 procedimento da rede de frio Que pelo menos 80% dos CF que participam nas sessões EpS identifique o procedimento correto em quebra de rede de frio temporária

Fonte: Autor (2024)

2.4. Seleção de estratégias

Esta etapa do processo de planeamento de acordo com Imperatori (1993) define-se como a fase onde é concebido o processo de intervenção de forma a reduzir os problemas de saúde. Atendendo nos objetivos definidos, as estratégias de promoção da saúde utilizadas foram: Educação para a Saúde (EpS), segundo (Rodrigues, 2021) a mesma permite a literacia em saúde e capacitar o indivíduo para a gestão da mesma, também a Organização Mundial de Saúde, (2021) considera a EpS como uma estratégia fundamental que possibilita ajudar indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde, ampliando conhecimentos e, assim, influenciar a capacitação.

A programação das sessões de educação tiveram em conta a disponibilidade das ERPI, tendo sido realizada consulta prévia com os responsáveis das mesmas.

A outra estratégia utilizada foi a Comunicação em Saúde. Esta permite a disseminação de informação com o propósito de promover a saúde, conforme indicado pelo Ministério da Saúde (2019). Schiavo (2007) no seu livro *Health Communication: from theory to practice*, define esta estratégia como

Uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes públicos e partilhar informações relacionadas com a saúde, com o objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, formuladores de políticas e o público a participar, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que acabará por melhorar os resultados de saúde (p.7).

Contemplou-se a aplicação desta estratégia para desenvolver matérias informativas (cartões, procedimentos) em formato físico e digital, destinadas aos cuidadores formais.

2.5. Elaboração de programas e projetos

De acordo com Imperatori (1993), todas as fases que antecedem o planeamento convergem para a elaboração das intervenções, as quais se concretizam em ações específicas. Este mesmo autor, define esta fase como «a primeira fase do planeamento operacional e consiste essencialmente no estudo detalhado das atividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou mais objetivos» (p.30)

Estas ações são delineadas considerando o que deve ser feito, onde e quando deve ocorrer, quem será responsável, os objetivos a serem alcançados, bem como os custos e a avaliação das atividades. Com base no diagnóstico identificado, nos objetivos traçados e na definição das estratégias, foi elaborado o plano operacional, utilizando a matriz 5W2H (Rodrigues, 2021), conforme apresentado no quadro 5.

Quadro 5

Planeamento das atividades

Variáveis do plano	Operacionalização das variáveis do plano
Atividades Planeadas	Realizar sessões de EpS para capacitar os CF sobre como atuar em Situação de Acidente e sobre Rede de Frio Elaborar cartões (físicos e digitais) Elaborar procedimentos
Objetivos	Aumentar o nível de conhecimento dos CF sobre como atuar em Situação de Acidente Aumentar o nível de conhecimento dos CF sobre Rede de Frio
Procedimentos	Reunir com responsáveis das ERPI para agendar as sessões de EpS Planear as sessões de EpS Elaborar materiais de apoio Avaliar a consecução do projeto
Contexto	ERPI
Recursos Humanos	Enfermeira estudante do mestrado Enfermeira especialista orientadora Responsáveis das ERPI
Programa	Integrado no curso de mestrado Atividades planeadas para decorrer por um período de 5 semanas de acordo com o cronograma
Orçamento	Custos relativos à deslocação às ERPI Custos relacionados com os materiais a usar nas sessões de EpS

Fonte: Autor (2024)

2.6. Preparação da execução

Esta fase do planeamento consistiu na preparação/operacionalização das atividades que permitem a concretização da mesma.

Após se estabelecerem as prioridades e definir as estratégias a implementar, obtiveram-se as temáticas a abordar nas sessões de EpS. No que concerne às sessões de EpS, num primeiro momento foi elaborado um plano das mesmas (Apêndice VI); a construção de um suporte didático (diapositivos) para apresentação dos conteúdos das sessões (Apêndice VII); foi elaborado um conjunto de cartões (Apêndice VIII) para cada uma das ERPI, um procedimento (Apêndice IX) e um pequeno vídeo disponibilizado sob a forma de *link*¹ para posterior consulta. Foi ainda elaborado e aplicado um questionário (apêndice X) no final das sessões de EpS para a avaliação da satisfação e aquisição de conhecimentos pelos formandos, um certificado de participação (apêndice XI) e folha de presença (XII).

Com esta intervenção de enfermagem comunitária procurou-se dar resposta ao diagnóstico de enfermagem: «ameaça à linha de defesa dos CF relacionada com os *stressores* intrapessoais evidenciada por: *déficit* de conhecimentos sobre contido da mala de primeiros socorros, *déficit* de conhecimentos sobre verificação da mala de primeiros socorros; *déficit* de conhecimentos sobre procedimento em situação de acidente; *déficit* de conhecimentos em primeiros socorros e *déficit* de conhecimentos sobre resposta ao procedimento em quebra de rede de frio.»

Esta intervenção procurou aumentar os conhecimentos dos CF, de forma a poderem garantir a segurança dos cuidados prestados aos residentes em ERPI.

Esta atividade permitiu a aquisição da competência: estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados (Regulamento nº 428/2018), umas das competências que diferencia o enfermeiro generalista do enfermeiro especialista.

2.7. Avaliação

A avaliação constitui-se na sexta e última etapa do Planeamento em Saúde. «Numa situação de planeamento ou programação a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores. É através deles que conhecemos a realidade medimos os avanços alcançados» (Imperatori, 1993, p.178). Para este autor, os indicadores podem ser definidos como indicadores de resultado, que refletem as alterações aos problemas de saúde, e indicadores de atividade que traduzem a atividade desenvolvida para atingir os indicadores de resultado, ambos são passíveis de avaliação quantitativa sendo para isso definidas metas.

A avaliação deste projeto teve por base os indicadores de atividade e de resultado, os últimos resultaram da aplicação de um questionário aos CF presentes nas sessões de EpS, os resultados apresentam-se no quadro 6.

Quadro 6

Indicadores de atividade e resultado

Indicadores de atividade	Meta	Resultado
Percentagem de CF presentes nas sessões de educação para a saúde $\frac{n^{\circ} \text{ de CF presentes nas sessões de EpS}}{n^{\circ} \text{ de CF previstos nas sessões de EpS}} \times 100$	70%	84%
Taxa de realização de sessões de educação para a saúde $\frac{n^{\circ} \text{ de sessões de EpS realizadas}}{n^{\circ} \text{ de sessões de EpS previstas}} \times 100$	100%	133%
Indicadores de resultado	Meta	Resultado
Taxa de CF que identifica 6 materiais essenciais da mala de primeiros socorros		

$\frac{n^{\circ} \text{ de CF que identifica 6 materiais essenciais da mala de primeiros socorros}}{n^{\circ} \text{ de CF presente nas sessões de EpS}} \times 100$	100%	100%
Taxa de CF que identificam os 5 acidentes comuns $\frac{n^{\circ} \text{ de CF que identificam 5 acidentes comuns}}{n^{\circ} \text{ de CF presente nas sessões de EpS}} \times 100$	80%	83%
Taxa de CF que identificam como atuar em 3 acidentes $\frac{n^{\circ} \text{ de CF que identificam como atuar em 3 acidentes}}{n^{\circ} \text{ de CF presente nas sessões de EpS}} \times 100$	80%	84%
Taxa de CF que identificam corretamente quando colocar a pessoa em PLS $\frac{n^{\circ} \text{ de CF de identificam quando colocar a pessoa em PLS}}{n^{\circ} \text{ de CF presente nas sessões de EpS}} \times 100$	90%	94%
Taxa de CF que identificam a sequência do algoritmo do SBV $\frac{n^{\circ} \text{ de CF que identificam a sequência do algoritmo}}{n^{\circ} \text{ CF presente nas sessões de EpS}} \times 100$	80%	82%
Taxa de CF que identificam pelo menos 1 procedimento da rede de frio $\frac{n^{\circ} \text{ de CF que identificam 3 procedimentos da rede de frio}}{n^{\circ} \text{ de CF presente nas sessões de EpS}} \times 100$	80%	86%
Taxa de CF que identificam o procedimento correto em quebra de rede de frio temporária $\frac{n^{\circ} \text{ de CF que identificam o procedimento correto em quebra de rede de frio temporária}}{n^{\circ} \text{ de CF presente nas sessões de EpS}} \times 100$	80%	94%

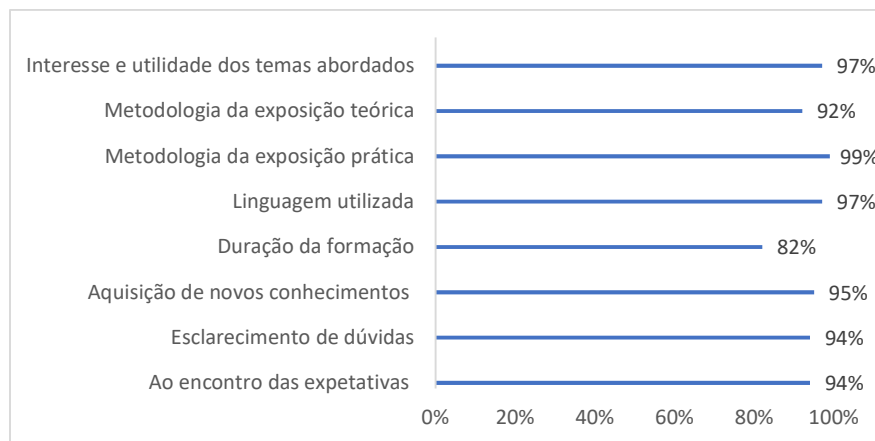
Fonte: Autor (2024)

A análise dos questionários de avaliação permitiu verificar que as metas inicialmente propostas para os objetivos definidos foram alcançadas na sua totalidade.

No que concerne à avaliação global das sessões de EpS por parte dos CF, a mesma teve uma resposta muito positiva por parte destes, a quase totalidade dos itens foram avaliados no nível mais elevado de adequação, numa escala de 1 a 5 sendo 1 o valor menos adequado e 5 o valor mais adequado.

Gráfico 10

Distribuição das avaliações globais das sessões de EpS (no valor máximo de adequação)



Fonte: Autor (2024)

A consecução desta etapa permitiu adquirir a competência: Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, (Regulamento nº 428/2018).

3. Questões Éticas

«Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos das pessoas. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência» (Fortin, 2009, p. 180).

Como forma de garantia das regras éticas explanadas da Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e de forma a dar-lhes cumprimento, foram tidos em conta os princípios 22, 23, 24, 25 e 26 no consentimento informado, como forma de garantir os princípios de confidencialidade, anonimato, participação voluntária e autonomia.

A Convenção de Oviedo (Conselho da Europa, 1997) manifesta-se no preenchimento do consentimento informado como resposta ao artigo 5º no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. Estando também salvaguardado o nº 1 do artigo 10º - garantia de privacidade. O artigo 16º está garantido pelo pedido de parecer à CES e no consentimento informado onde estão salvaguardados todos os esclarecimentos necessários.

Foi solicitado o pedido formal à diretora executiva do ACeS Lisboa Norte (atual ULSSM), Dr.^a Eunice Carriço, à coordenadora da USPFG, Dr.^a Teresa Gonçalves e à coordenadora da UCC Lumiar+, Enf.^a Aida Ferreira, às duas últimas foi ainda solicitada autorização para nomeação das respetivas unidades no presente relatório.

Por último foi solicitado parecer à CES ARSLVT a 21 de junho de 2023 ao qual se obteve resposta a 27 de julho, através do Parecer 51/CES/INV/2023, apresentando algumas objeções. Estas foram acolhidas por parte da investigadora e a 16 de agosto enviadas respostas às mesmas para nova apreciação. Mantendo esta comissão algumas objeções reuniu com a investigadora a 20 de outubro para esclarecimento das mesmas sendo apresentado parecer favorável para a fase de diagnóstico a 15 de novembro de 2023.

Após realizado o diagnóstico, foi elaborado novo pedido de parecer à CES para a fase de intervenção, ao qual se obteve resposta favorável a 12 de dezembro de 2023.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio, apresenta o trabalho desenvolvido para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, alicerçado na metodologia do Planeamento em Saúde, conforme menciona a OE (Regulamento nº 428/2018), e estruturado pelo modelo teórico de Betty Neuman. Nele procura-se que o sistema cliente, neste projeto os CF, seja capaz de manter o equilíbrio do seu sistema, ou seja, o seu bem-estar. Como forma de atingir este propósito, foram identificados os possíveis fatores que poderiam gerar *stress* e que poderiam colidir com a linha de defesa flexível e abalar a linha normal de defesa. Foram ainda identificadas as potencialidades dos CF com o mesmo objetivo, que neste projeto se traduziu na capacitação dos CF das ERPI para o cuidar em segurança. Desta forma a intervenção da presente investigação foi ao nível da prevenção primária.

Num panorama demográfico envelhecido e com um número crescente de idosos a residir em estruturas residenciais, importa que todos os CF detenham ferramentas para que o cuidar do idoso aconteça em segurança. Importa assim ao EESCSP, que trabalha com e para a comunidade ser um interlocutor, que pode e deve avaliar as necessidades e consequente capacitação dos CF, constituindo-se a qualidade e a segurança dos cuidados no objetivo primário dos enfermeiros. A realização deste projeto, com a consecução dos objetivos propostos e do atingir de todas as metas definidas, permitiu assim a melhoria contínua na qualidade dos cuidados, capacitando os cuidadores formais, nomeadamente na área da atuação em acidentes, não apenas como profissionais, mas como indivíduos e elementos de uma comunidade.

No decurso deste estágio foi possível a aquisição de competências que contribuem de forma clara para o desenvolvimento das Competências Específicas do EESCSP (Regulamento nº 428/2018), nomeadamente a avaliação, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, do estado de saúde de uma comunidade com base nas seguintes unidades de competência: elaborar o diagnóstico de saúde de uma comunidade; estabelecer prioridades em saúde para a mesma, elaborar objetivos e estratégias para as

prioridades estabelecidas, criar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e avaliar esses mesmos programas e projetos.

A intervenção deste projeto, a capacitação dos CF, teve como estratégias a educação para a saúde e a comunicação em saúde, que se revelaram adequadas para os objetivos propostos, permitindo desenvolver a competência relacionada com a capacitação de grupos e comunidades, através das unidades de competência: liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades, na consecução de projetos de saúde, integrar conhecimentos de diferentes disciplinas e proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades (Regulamento nº 428/2018).

Ainda que de uma forma indireta, este projeto permitiu a colaboração na consecução do Plano Nacional de Saúde 2030, nomeadamente através do Programa Nacional Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e ainda do Plano Nacional para a Segurança do Doente, mais especificamente no seu Pilar 1: Cultura de segurança.

Com a construção de um diagnóstico de situação, através de um instrumento de recolha de dados, análise estatística e definição de indicadores que permitiram a avaliação da intervenção foi possível adquirir a competência: realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento nº 428/2018).

A concretização deste projeto contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para obtenção de grau de mestre, a saber: conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e aptidões para a aprendizagem. (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

A pesquisa científica para a fundamentação da temática, nomeadamente pela realização da *Scoping Review*, permitiu a aquisição e compreensão de novos conhecimentos. A aplicação dos mesmos explanou-se no desenvolvimento da metodologia do Planeamento em Saúde num contexto real com o intuito da resolução de um problema identificado.

A partir dos dados que emergiram do diagnóstico de situação foi possível identificar diagnósticos de enfermagem e a partir destes tomar decisões. A capacidade de comunicação foi desenvolvida não apenas nas intervenções junto dos CF mas também em toda a atividade desenvolvida na USP e UCC quer entre os elementos das equipas quer com os vários auditórios onde foram realizadas intervenções.

Foi ainda possível a partilha de conhecimento com a participação no II Encontro Científico de Enfermagem do Trabalho através da apresentação de um poster, com a participação na comissão organizadora do *Webinar* «Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária na Promoção da Saúde da Criança, Jovem e Pessoa Idosa» e como moderadora na mesa «Intervenção de enfermagem comunitária nos idosos» no mesmo *Webinar*, e ainda a participação no V Congresso da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade com a apresentação de dois pósteres.

A aprendizagem contínua decorreu ao longo de todo o desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção comunitária, mas também em todas as intervenções de forma paralela na USP e UCC sustentadas essencialmente na auto-orientação ainda que com o apoio das enfermeiras orientadoras especialistas em saúde comunitária.

Como forma de garantir a continuidade do projeto, os seus resultados foram apresentados à equipa multidisciplinar da USP e à UCC e nesta última foi deixado o material pedagógico desenvolvido. Ainda com base neste projeto de intervenção e na pesquisa científica subjacente ao mesmo, foi desenvolvida uma Grelha de avaliação das ERPI com nível de risco de intervenção, que fica para discussão e validação pela USP.

Sendo este um projeto baseado na evidência científica, com recurso à investigação para identificar as formas de intervenção mais eficientes, de forma a tornar o projeto proficiente, este relatório constitui-se num importante contributo para a investigação e formação.

Realizar um projeto de intervenção comunitária e todas as atividades paralelas desenvolvidas no âmbito da USP e da UCC foi um enorme desafio, quando se vem de uma realidade profissional tão distinta, mas em simultâneo foi de uma enorme gratificação e desenvolvimento não só profissional como pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Andersson, Å., Frank, C., Willman, A. M. L., Sandman, P. O., & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e354–e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>
- Aromataris E, M. Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*.
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsinquia. 64ª Assembleia Geral*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Banaszak-Holl, J., Reichert, H., Todd Greene, M., Mody, L., Wald, H. L., Crnich, C., McNamara, S. E., & Meddings, J. (2017). Do Safety Culture Scores in Nursing Homes Depend on Job Role and Ownership? Results from a National Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2244–2250. <https://doi.org/10.1111/jgs.15030>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Quarteto, Ed.).
- Carvalho, M. I. de. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social* (Coisas de Ler, Ed.; 2ª).
- Conselho da Europa. (1997). *CONVENÇÃO PARA A PROTECÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DA DIGNIDADE DO SER HUMANO FACE ÀS APLICAÇÕES DA BIOLOGIA E DA MEDICINA: CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA*. www.ministeriopublico.pt
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*.
- Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). *O QUADRO DE QUALIFICAÇÕES DO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL*.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referênciação*.

- FEITOR, S., RITA VEIGA, A., Duarte, S., RUI SOUSA, M., Sousa, R., & Empowerment, F. (2020). *EMPOWERMENT COMUNITÁRIO EM SAÚDE ESCOLAR-ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 Community empowerment in school health-adolescent with diabetes mellitus type 1*.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidacta).
- Fragoso, V. (2006). A arte de cuidar e ser cuidado: cuidar-se para cuidar. *IGT Na Rede*, 3(5).
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2023). *CARTA SOCIAL – REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS 2021*.
- Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional* (Editora Artmed, Ed.; 4ª).
- Imperatori, E. & G. M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento - Manual para uso nos serviços centrais, regionais e locais*. (Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.; 3ª).
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estimativas da População Residente*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115
- Kim, K. A., Lee, J., Kim, D., & Min, D. (2022). Patient safety measurement tools used in nursing homes: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08814-5>
- Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento* (Lusodidacta, Ed.).
- Lei n.º 95/2019. (2019). *Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. I Série*, 55–66.
- Ma, N., Sutton, N., Yang, J. S., Rawlings-Way, O., Brown, D., McAllister, G., Parker, D., & Lewis, R. (2022). The quality effects of agency staffing in residential aged care. *Australasian Journal on Ageing*. <https://doi.org/10.1111/ajag.13132>

- Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, C. (2020). 6. O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: o caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. In *Envelhecimento Ativo e Educação* (pp. 87–100).
- Ministério Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2021-2026*.
- Ministério da Saúde. (2019). *PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE HEALTH LITERACY ACTION PLAN PORTUGAL*. www.dgs.pt
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeismo* (Fundação Francisco Manuel dos Santos e Maria João Guardado Moreira, Ed.).
- Moreira, M. L., Bucher-Maluschke, J. S. N. F., Carvalho e Silva, J., & Falcão, D. V. da S. (2018). Cuidadores informais de familiares com Alzheimer: vivências e significados em homens. *Contextos Clínicos*, 11(3). <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.08>
- Organização das Nações Unidas - Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. (2019). *Envelhecimento*.
- Organização das Nações Unidas. (2015). *AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *O enfermeiro nas Estruturas Residenciais para Idosos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/o-enfermeiro-nas-estruturas-residenciais-de-idosos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Edição portuguesa. Lisboa. Portugal. [linhas_cipe.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](http://linhas_cipe.pdf(ordemenfermeiros.pt))
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*.
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030*.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *Health Promotion Glossary*.
- Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para as Crianças. (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*.

- Paixão, C. (2017). *Desenvolvimento de competências sociais no cuidador informal* (Cáritas, Ed.).
- Pearson, A. Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício da Enfermagem* (ACEPS, Ed.).
- Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(2), 225. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124>
- PORDATA. (2023). *Estatísticas sobre Portugal e Europa*.
- Portaria n.º 67/2012. (2012). *Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. I Série*, 1324–1329. <https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/03/21/p/dre/pt/html>
- Rand, S., Smith, N., Jones, K., Dargan, A., & Hogan, H. (2021). Measuring safety in older adult care homes: A scoping review of the international literature. In *BMJ Open* (Vol. 11, Issue 3). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043206>
- Rasmussen, C. D. N., Lindberg, N. K., Ravn, M. H., Jørgensen, M. B., Sogaard, K., & Holtermann, A. (2017). Processes, barriers, and facilitators to implementation of a participatory ergonomics program among eldercare workers. *Applied Ergonomics*, 58, 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.08.009>
- Ree, E., & Wiig, S. (2019). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8>
- Regulamento n.º 613/2022. (2022). *Regulamento que define o ato do enfermeiro. II Série* (08.07.2022), 179–182
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. (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. II Série* (135 de 16-07-2018), 19354–19359.
- Regulamento n.º 190/2015. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Série II*, 10087–10090.

- Resende, J., Quaresma, G., & Lucas, P. (2021). *A Cultura de Segurança em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas* (pp. 663–675).
<https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade* (Ed.1ª).
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From theory to practice*.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (Lidel, Ed.).
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Lumiar Mais (2023). *Carta de Compromisso – Plano de Ação - 2023*.
- Vermeulen, J. A., Kleefstra, S. M., Zijp, E. M., & Kool, R. B. (2017). Understanding the impact of supervision on reducing medication risks: An interview study in long-term elderly care. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2418-6>

ANEXOS

Anexo I: Declaração do Diretor Executivo do ACeS Lisboa Norte

Exma. Sr.^a Diretora Executiva do ACeS Lisboa Norte,

Dr.^a Eunice Carriço

Handwritten signature: A. B. J. de
Handwritten initials: P. P. E.
Guilherme Guimarães Romão
Médico de Saúde Pública
Acés Lisboa-Norte
Handwritten date: 27/6/23

Eu, Maria Filomena Malício Godinho, nº CC 12339320, Enfermeira Generalista, a desempenhar funções no Instituto Português do Sangue e da Transplantação, tenho interesse em desenvolver competências e aprofundar o meu conhecimento na área de Enfermagem Comunitária. Desta forma, frequento atualmente o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O local selecionado para o meu estágio foi a Unidade de Saúde Pública Francisco George e a UCC Lumiar+, no ACeS Lisboa Norte. Pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde. Este projeto será fundamental para o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino, para a obtenção do grau de mestre assim como para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. O estágio será orientado pelo Sr.º Professor José Edmundo Sousa (ESEL), pela Sr.^a Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Ana Teresa Vieira (enfermeira da USP Francisco George) e pela Sr.^a Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Isabel Vilaça (enfermeira da UCC Lumiar+).

O projeto que pretendo desenvolver intitula-se "Atividades Promotoras da Segurança de Profissionais em ERPI – Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária". Terá como população os profissionais das ERPIs da área geográfica da UCC Lumiar+ e tem como principal objetivo capacitar para o conhecimento/vigilância sobre a segurança dos utentes e profissionais das mesmas. Numa fase inicial pretende-se realizar um diagnóstico de situação e definição de objetivos tendo por base as auditorias realizadas às ERPIs pela USP,

Anexo II: Declaração da Coordenadora da Unidade de Saúde Pública Francisco George

Exma. Sra: Coordenadora da USP Francisco George,

Diª Teresa Gonçalves

Eu, Maria Filomena Malicio Godinho, nº CC 12339320, Enfermeiro Generalista, a desempenhar funções no Instituto _Português do Sangue e da Transplantação, tenho interesse em desenvolver competências e aprofundar o meu conhecimento na área de Enfermagem Comunitária. Desta forma, frequento atualmente O 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

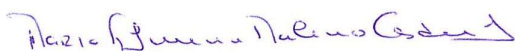
O local selecionado para o meu estágio foi a Unidade de Saúde Pública Francisco George, no ACeS Lisboa Norte. Pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde. Este projeto será fundamental para o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para O 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de mestre assim como para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. O estágio será orientado pelo Sr.º Professor José Edmundo Sousa (ESEL) e pela Sra: Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Ana Teresa Vieira (enfermeira da USP Francisco George).

O projeto que pretendo desenvolver intitula-se "Atividades Promotoras da Segurança do Profissional em ERPI". Terá como população os profissionais das ERPIs da área geográfica da UCC Lumiar+ e tem como principal objetivo capacitar para o conhecimento/vigilância sobre a segurança dos utentes e profissionais das mesmas. Numa fase inicial pretende-se realizar um diagnóstico de situação e definição de objetivos tendo por base as auditorias realizadas às ERPIs pela USP, decorrerá entre março e outubro de 2023. A segunda fase do projeto decorrerá entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024, incide sobre a intervenção na comunidade e avaliação da mesma.

Venho por este meio solicitar a autorização de V. Exa. Para implementar o referido Projeto de Intervenção Comunitária.

Com os melhores cumprimentos.

Enf.ª Maria Filomena Malicio Godinho



mgodinho@campus.esel.pt, Tel. 966 910 688

Concordo com o projecto
que pretende desenvolver,
pois o tema e a população
alvo é de grande importância
para a Unidade de Saúde
Pública.

Juarez Pestana Gonçalves

02.06.2023
TERESA PESTANA GONÇALVES
Coordenadora da USP
ACES Lisboa Norte

Anexo III: Declaração da Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade

Lumiar +

Autorização para projeto de intervenção comunitária

Aida Ferreira | UCC Lumiar+ <aida.ferreira@arslvt.min-saude.pt>

6 de junho de 2023 às 16:57

Para: MARIA FILOMENA MALICIO GODINHO <mgodinho@campus.esel.pt>

Cc: Ana Teresa Vieira | USP - Lisboa Norte <ana.vieira@arslvt.min-saude.pt>, Isabel Cristina Vilaça | UCC Lumiar+ <isabel.vilaca@arslvt.min-saude.pt>

Boa tarde Enfª Filomena

Informo que a UCC Lumiar+ possui os recursos necessários á concretização do seu projeto de Intervenção.

A Enª Isabel Vilaça será a sua orientadora

Com os melhores cumprimentos,

Aida Lopes Ferreira

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Coordenadora UCC Lumiar+ - ACES Lisboa Norte

Av. Nuno Kruz Abecassis, ed. Unidade de saúde Alta de Lisboa (pisos 0)

1750 - 456 Lisboa

aida.ferreira@arslvt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UCC LUMIAR+
CUIDAMOS EM REDE

Anexo IV: Autorização da Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade
Lumiar+, para identificação da unidade funcional no relatório de estágio

DECLARAÇÃO

Teresa Pestana Gonçalves, coordenadora da Unidade de Saúde Pública Francisco George, declara para os devidos efeitos, que autoriza a Enfermeira Filomena Godinho a utilizar o nome da Unidade de Saúde Pública Francisco George para apresentação do Relatório e eventuais eventos de divulgação (congressos, publicações escritas, etc), dos resultados do projecto desenvolvido nas ERPI *“Capacitar os Cuidadores Formais de Estruturas Residenciais para Idosos para o Cuidar em Segurança”*

Por ser verdade e me ter sido pedida, passo a presente declaração.

Lisboa, 18 de Março de 2024

SERVIÇO DE
SAÚDE PÚBLICA

Largo Prof. Arnaldo Sampaio
1549-010 LISBOA
Tel.: 217 805 000
Email: usp.lxnorte@arslvt.min-saude.pt

1

Anexo V: Autorização da Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade
Lumiar+, para identificação da unidade funcional no relatório de estágio

De: Aida Ferreira | UCC Lumiar+
Enviado: 11 de março de 2024 17:10
Para: mgodinho@campus.esel.pt
Cc: Isabel Cristina Vilaça | UCC Lumiar+
Assunto: RE: pedido autorização

Boa tarde Enfª Filomena
Espero que esteja bem.
Está autorizada a utilizar o nome da Unidade Funcional, até porque o estágio foi autorizado para esta Unidade.
Peço-lhe efetivamente que respeite o anonimato no caso dos profissionais e utentes.

Cordialmente e, sempre ao dispôr

Com os melhores cumprimentos,

Aida Lopes Ferreira
Enfermeira Especialista nomeada em Funções de Chefia
Coordenadora UCC Lumiar+



Anexo IV: Parecer da Comissão de ética para a Saúde ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Maria Filomena Godinho

mgodinho@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

5714/CES/2023

**Assunto: Capacitar os Cuidadores de Estruturas Residenciais para Idosos Para o Cuidar em Segurança
Intervenção de Enfermagem Comunitária.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável à fase de diagnóstico do estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

1
p O Conselho Directivo



LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Exma. Senhora

Dr.ª Maria Filomena Godinho

mgodinho@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6159/CES/2023

**Assunto: Capacitar os Cuidadores de Estruturas Residenciais para Idosos Para o Cuidar em Segurança
Intervenção de Enfermagem Comunitária.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável à fase de intervenção do estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

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

Com os melhores cumprimentos,

 O Conselho Directivo



LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

APÊNDICES

Apêndice I: Scoping Review

Intervenção de enfermagem comunitária na capacitação dos cuidadores em Estruturas Residenciais para Idosos como cultura de segurança do residente

Maria Filomena Malicio Godinho¹

Resumo

Enquadramento: o envelhecimento da população portuguesa é hoje uma realidade com razões bem identificadas. O número de pessoas com mais de 65 anos que reside em estruturas residenciais para idosos (ERPI) está em crescimento. Identificar os fatores que permitam garantir a segurança dos residentes nestas instituições e a qualidade dos cuidados prestados é fundamental. A formação e capacitação dos profissionais em ERPI é um desses fatores. O enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, encontra-se numa posição privilegiada para diagnosticar e intervir nas necessidades formativas dos profissionais em ERPI, que lhe permitam assegurar não só a qualidade dos cuidados como a segurança dos residentes assim como a sua própria.

Objetivo: mapear a evidência disponível sobre a importância da capacitação dos profissionais em ERPI enquanto cultura de segurança.

Questão: quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública na capacitação dos cuidadores em ERPI e que visem uma cultura de segurança.

Metodologia: foi realizada uma revisão scoping de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), com base na mnemónica PPC: população: cuidadores em ERPI; conceito: segurança e vulnerabilidade; contexto: ERPI. Foram utilizadas as bases de dados CINAHL Complete e Medline Complete, tendo como critérios de inclusão: data de publicação igual ou superior a 2017, acesso a texto completo em português ou inglês, idade + 65 anos e acesso gratuito.

Resultados: foram incluídos 12 estudos: 8 estudos primários e 4 revisões de literatura. A sua análise demonstra que os recursos humanos são um dos 2 fatores mais importantes na qualidade dos cuidados e na cultura de segurança. Salientam o papel preponderante da formação e capacitação dos cuidadores em ERP. Cerca de 89% dos eventos adversos em ERPI são: erros de terapêutica, quedas, intervenções inadequadas ou atrasadas e falta de cuidados de enfermagem, e os fatores que mais contribuem para estes eventos são: falta de competência, documentação incompleta ou inexistente, falta de trabalho em equipa e comunicação inadequada. Um outro achado importante é a instabilidade das organizações, a descontinuidade dos cuidados resultante da rotatividade dos colaboradores e a insuficiente dotação de pessoal, nomeadamente enfermeiros e a relação direta com a segurança do utente.

Conclusão: a falta de competências por parte dos cuidadores em ERPI traduz-se na qualidade dos cuidados prestados com efeitos diretos na segurança do residente e do próprio cuidador.

Palavras-chave: ERPI, cuidadores, segurança

Abstract

Background: The aging of the Portuguese population is now a reality with well identified reasons. The number of people aged over 65 years old residing in residential facilities for the elderly (ERPI) is increasing. Identifying factors that can ensure the safety of residents in these institutions and the quality of care provided is essential. The training and capacity building of professionals in residential care facilities is one of these factors. The nurse specialist in community health and public health is in a privileged position to diagnose and intervene in the training needs of professionals in residential care

facilities for the elderly, allowing them to ensure not only the quality of care, but also the residents' safety and their own.

Objective: to map the available evidence on the importance of training professionals in IEPs as a safety culture.

Question: what the interventions of the nurse specialist in community health and public health in the training of caregivers in residential care units are aimed at a culture of safety.

Methodology: A scoping review was conducted according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI), based on the PPC mnemonic: population: caregivers in IORPs; concept: safety and vulnerability; context: IORPs. The CINAHL Complete and Medline Complete databases were used, with the following inclusion criteria: date of publication equal to or greater than 2017, access to full text in Portuguese or English, age + 65 years, and free access.

Results: 12 studies were included: 8 primary studies and 4 literature reviews. Their analysis shows that human resources are one of the 2 most important factors in quality of care and safety culture. They highlight the predominant role of caregiver training and empowerment in ERP. About 89% of adverse events in ERPI are: therapeutic errors, falls, inadequate or delayed interventions and lack of nursing care, and the factors that contribute most to these events are: lack of competence, incomplete or non-existent documentation, lack of teamwork and inadequate communication. Another important finding is the instability of organizations, the discontinuity of care resulting from employee turnover and insufficient staffing, particularly nurses, and the direct relationship with patient safety.

Conclusion: The lack of skills by the caregivers in IEPs affects the quality of care with direct effects on the safety of the resident and the caregiver him/herself.

Keywords: Residencial Structures for Elderly People, caregivers, safety

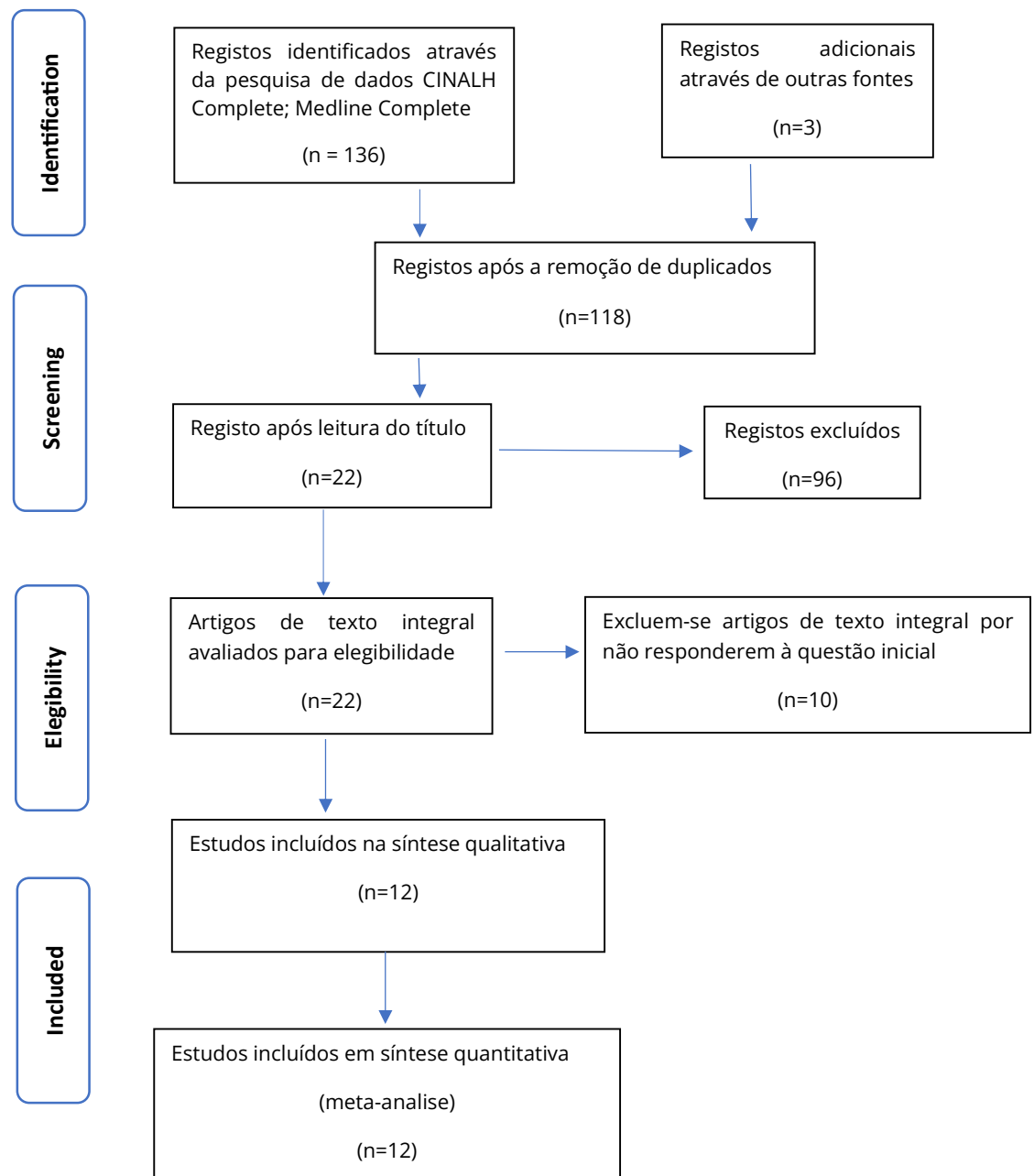
Extração dos resultados

A seleção dos artigos teve como ponto de partida a questão de pesquisa e os limitadores definidos. Numa primeira fase foi identificada a pertinência dos artigos pela leitura do título, seguinte o resumo e por fim a leitura integral dos mesmos.

Obteve-se 136 artigos aos quais se adicionaram 3 de outras fontes, foram eliminados 21 por duplicação e 96 após leitura do título e resumo com um resultado de 22 artigos. Destes, 10 foram excluídos por não responderem à questão de investigação, resultando uma seleção final de 12 artigos.

A figura 1, mostra a seleção e exclusão ao longo das várias etapas mediante o Prisma flow-diagram.

Figura 1 – Prisma Flow-diagram



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

O quadro 1, apresenta as principais características dos estudos analisados.

Quadro 1 – características dos estudos analisados

Título/Autor/Ano	Objetivo/Metodologia	Resultados/Conclusões
Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. Andersson, A., Frank, C., Willman, A., Per-Olof Sandman, P., Hansebo, G. 2017	Identificar os eventos adversos graves mais comuns em lares de idosos; Identificar os fatores que contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem seguros. Estudo retrospectivo	89% dos eventos adversos são: erros de medicação, quedas, intervenções atrasadas ou inadequadas, falta de cuidados de enfermagem. Fatores contribuintes mais comuns: falta de competência; documentação incompleta ou inexistente; falta de trabalho em equipa; comunicação inadequada.
Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review Gartshore, E., Waring, J., Timmons, S. 2017	Descrever a disponibilidade de conhecimento sobre a cultura de segurança dos utentes em lares de idosos. Revisão Scoping	Investigação sobre a cultura de segurança em ERPIs oriunda essencialmente dos EUA; O tema não tem sido objeto de investigação exaustiva
Healthy Aging Requires a Healthy Home Care Workforce: The Occupational Safety and Health of Home Care Aides Quinn, M.M., Markkanen, P. K., Galligan, C. J., Sama S. R., Lindberg, J. E., Edwards, M. F. 2021	Identificar os perigos mais importantes para a segurança do auxiliar. Revisão de literatura	Instabilidade da organização e riscos específicos do trabalho resultam na perda de tempo trabalho. Desigualdades sociais e económicas aumentam a vulnerabilidade. Entidades patronais confrontadas com desafios de contratar, manter e formar profissionais. Segurança do utente provocada pela descontinuidade de cuidados. Riscos semelhantes aos riscos dos cuidadores em lares de idosos.
Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services Ree, E., Wiig, S. 2019	Descrever as perceções das equipas sobre a cultura de segurança do utente em domicílio e em lares. Estudo Transversal	Dotação de pessoal é importante para a perceção de segurança do utente; No apoio domiciliário o trabalho em equipa é o fator que mais contribui para a segurança; Em lares o fator principal é a comunicação.
Do Safety Culture Scores in Nursing Homes Depend on Job Roles (...) Banaszak-Holl, J. Reichert, J., Greene, M., Mody, L., Wald,	Identificar preditores ao nível das instalações e individual da cultura de segurança do utente em ERPI. Estudo Transversal	A avaliação do pessoal e equipa clínica é menos favorável que a dos administradores;

H., Crnich, C., McNamara, S., Meddings, J. 2017		Grande variabilidade da avaliação da cultura de segurança do utente dentro da equipa.
Understanding the impact of supervision on reducing medication risks: an interview study in long-term elderly care Vermeulen, A., S. M. Kleefstra, S., Zijp, M., Kool, R. 2017	Compreender os fatores que explicam a contradição entre o crescimento da automedicação e a redução dos riscos envolvendo medicação. Estudo misto (quantitativo e qualitativo)	A supervisão contribui para a redução de riscos associados á segurança dos medicamentos; O aumento de incidentes relatados não é necessariamente um aumento de riscos, pode ser sim um sinal de cultura de segurança do utente.
The quality effects of agency staffing in residential aged care. Nelson Ma, N., Sutton, N., Yang, J., Rawlings-Way, O., Brown, D., McAllister, G., Parker, D., Lewis, R. 2022	Identificar se a dependência de trabalhadores de agências tem efeito prejudicial na qualidade dos cuidados	As unidades dependentes de trabalhadores de agências têm pior qualidade de cuidados; Ilustram a importância da qualidade do emprego na qualidade dos cuidados ao idoso
Patient safety measurement tools used in nursing homes: a systematic literature review. Kyoung-A, K., Jungeun, L., Dahee, K., Deulle, M. 2022	Rever estudos sobre segurança dos residentes em lares de idosos; Analisar os instrumentos utilizados nos estudos; Identificar fatores que afetam a segurança dos residentes. Revisão Sistemática da Literatura	Fatores organizacionais, como a qualificação dos profissionais assim como formação contínua dos mesmos deve ser reforçada para definir uma cultura de segurança nas ERPIs. Quanto maior o número de enfermeiros melhores são os indicadores de segurança e qualidade.
Processes, barriers and facilitators to implementation of a participatory ergonomics program among eldercare workers. Rasmussen, C.D.N., Lindberg, N.K., Højbjerg M.H., Jørgensen, M.B., Søgaard, K., Holtermann, A. 2017	Investigar os processos de um programa participativo de ergonomia em cuidadores formais. Identificar fatores de risco. Revelar barreiras e facilitadores de implementação. Ensaio clínico randomizado controlado	Fatores de risco predominantemente físico-ergonómicos. Soluções maioritariamente organizacionais. Envolver o trabalhador na identificação do próprio risco Maioria dos facilitadores são fatores internos (equipa e gerência)

An evaluation of a safety improvement intervention in care homes in England: a participatory qualitative study Marshall, M., Pfeifer, N., Silva, D., Wei, L., Anderson, J., Cruickshank, L., Attreed-James, K., Shand, J. 2018	Avaliação de uma intervenção complexa de melhoria de segurança Estudo qualitativo participativo	A participação no programa conduziu em mudanças no valor que os profissionais dão à segurança assim como a mudanças de comportamento. Abordagens baseadas na evidência podem levar a mudanças nas prioridades e práticas dos profissionais que têm o potencial de melhorar os cuidados aos residentes em ERPI
Recognizing and Responding to the “Toxic” Work Environment: Worker Safety, Patient Safety, and Abuse/Neglect in Nursing Homes Pickering, C.E.Z., Nurenberg, K., Schiamburg, L. 2017	Explorar como um contexto de bullying no local de trabalho afeta a capacidade de prestar cuidados Estudo de teoria fundamentada	Qualidade insuficiente dos cuidados não resultam apenas das características individuais, mas de uma cultura institucional. Os resultados destacam a relação entre segurança dos trabalhadores e a segurança dos utentes e sugerem que a segurança dos trabalhadores pode ser um indicador de qualidade nos lares de idosos.
A Cultura de Segurança em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas Resende, J., Quaresma, G., Lucas, P. 2021	Analisar a evidência científica sobre cultura de segurança do paciente nos lares de idosos Revisão integrativa da literatura	12 artigos selecionados Colaboradores com cultura de segurança positiva. Relação entre cultura de segurança e qualidade dos cuidados. Evidência científica em Portugal é escassa.

Resultados e discussão

Na análise realizada, verificou-se que os recursos humanos são um fator preponderante para a garantia da qualidade dos cuidados prestados e da segurança dos residentes em ERPI. Os recursos humanos não devem ser vistos apenas no que ao seu número diz respeito, mas essencialmente no que diz respeito à competência para o desempenho das suas funções. Resende et al. (2021), alerta para o facto de a maioria dos cuidadores em ERPI não ter a qualificação adequada, também Kim (2022), Quinn (2021) & Ree (2019), referem a importância da formação para a qualidade dos cuidados prestados. Segundo Andersson et al. (2018), a falta de competência é um dos fatores que mais contribui para a ocorrência de eventos adversos, que ainda de pouca gravidade, se podem tornar muito graves ou mesmo fatais face às características dos residentes em ERPI, na sua maioria velhos, dependentes, com aumento do défice cognitivo e com dificuldades em expressar as suas necessidades.

Em virtude disto, programas de formação baseados na evidência que conduzam a comportamentos diferentes, têm o potencial de melhorar os cuidados aos residentes em ERPI (Marshall et al., 2018).

A formação dos cuidadores em ERPI é um desafio constante para as entidades patronais, isto resulta em parte da dificuldade que as mesmas têm em contratar e manter estes profissionais, profissionais na sua maioria pertencentes a grupos vulneráveis do ponto de vista económico e social (Quinn et al., 2021). Ma et al. (2022), refere que a qualidade do emprego é preponderante para a qualidade dos cuidados que são prestados, a descontinuidade dos cuidados, resultante de uma elevada rotatividade dos profissionais, pode colocar em causa a qualidade dos mesmos (Quinn et al., 2021). E por outro lado na resistência à contratação de enfermeiros em número adequado à realização das suas competências, nomeadamente a administração da terapêutica definido no Regulamento que define o ato do enfermeiro art.º 6 alínea f, que os enfermeiros “validam, efetuam e asseguram a administração de terapêutica aos beneficiários dos cuidados, prevendo e detetando os seus efeitos e atuando em conformidade” (Regulamento-Ato-Do-Enfermeiro, 2022 p.182).

Importa ainda nestas instituições, uma definição clara dos papéis dos diferentes elementos da equipa (Resende et al., 2021), as ERPI são estruturas complexas, onde muitas vezes estes limites são ultrapassados, esta situação resulta em boa parte do insuficiente número de profissionais qualificados, nomeadamente enfermeiros. Quanto maior o número de enfermeiros melhores os indicadores de qualidade das instituições (Kim et al., 2022), e maior a segurança dos residentes. A dotação de pessoal é assim preponderante para a qualidade dos cuidados prestados (Ree & Wiig, 2019).

Um dos fatores responsáveis pelo elevado número de eventos adversos, nomeadamente relacionado com a medicação, (segundo Andersson et al., (2018) 37% dos eventos adversos estão relacionados com erro na medicação) estão relacionados com o número insuficiente de enfermeiros e com a delegação da administração da terapêutica a pessoas não competentes (Andersson et al., 2018) e sem supervisão (Vermeulen et al., 2017). Sendo a administração da terapêutica uma competência da profissão de enfermagem, o mesmo não pode delegar a sua administração em outro “o enfermeiro não pode delegar competências próprias da profissão em outros profissionais que não enfermeiros”

(Regulamento no 613/2022, 2022)

Em Portugal, a administração de terapêutica é uma competência definida no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro (art.º 6, nº 6, alínea f, p. 179) à qual as ERPI têm de garantir resposta, (art.8, alínea g, p. 1325).

Cuidadores competentes, qualificados e em número adequado são fundamentais para garantir a segurança dos residentes e dos próprios cuidadores. Para Gartshore et al. (2017), esta é uma preocupação de elevada importância, quando estamos a falar de uma população na sua maioria

vulnerável e dependente. Para Ree & Wiig (2019), promover a segurança do paciente em todos os ambientes, nomeadamente em estruturas residenciais para idosos, é uma necessidade à qual devemos dar resposta.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança, para Banaszak-Holl et al. (2017) traduz-se em melhoria da qualidade dos cuidados, o mesmo defende Kim (2022) & Marshall (2018).

A cultura de segurança é um dos cinco pilares do PNSD 2021-2026, “corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente”. (p.99), sendo um tópico transversal a todos aqueles que desenvolvem competências em ERPI.

Segundo a literatura a qualidade dos cuidados não resulta apenas das características individuais dos cuidadores, mas também da cultura das instituições (Pickering et al., 2017). Banaszak-Holl et al. (2017) refere que os cuidadores que prestam cuidados diretos aos idosos revelam níveis mais baixos de cultura de segurança do que os administradores. Sendo estes profissionais (cuidados diretos) os que estão mais próximos do idoso, importa sobre estes recair uma parte significativa das atividades de promoção da segurança. Os administradores por sua vez, apresentando um nível mais elevado de cultura de segurança, importa que a sua comunicação com os cuidadores seja um elemento de aproximação e de modificação por parte dos primeiros e que estes sejam envolvidos na perceção do risco (Rasmussen et al., 2017) como ponto de partida para mudança de comportamento.

A segurança dos utentes está assim diretamente relacionada com a segurança dos cuidadores e esta pode ser definida como um indicador de qualidade dos lares de idosos. (Pickering et al., 2017)

Conclusão

A análise dos estudos demonstram-nos que os recursos humanos são um fator chave na qualidade e segurança dos cuidados prestados em ERPI.

Demonstram ainda que a capacitação dos cuidadores, nomeadamente dos que prestam cuidados diretos aos idosos é essencial, no entanto a preocupação com a segurança do idoso deve ser transversal a todos quantos desempenham funções em ERPI.

A literatura refere ainda que quanto maior o número de enfermeiros, melhores os indicadores de qualidade e segurança, assim como a supervisão por parte destes contribui para a redução de riscos.

A qualidade e a segurança dos cuidados constituem-se como objetivo primário dos enfermeiros, revelando-se nomeadamente na formação/capacitação dos cuidadores em ERPI, o enfermeiro de saúde

comunitária e saúde pública, no seu papel, nomeadamente como interlocutor dentro das equipas pode e deve avaliar as necessidades e consequente capacitação destes cuidadores.

Referências bibliográficas

- Andersson, Å., Frank, C., Willman, A. M. L., Sandman, P. O., & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e354–e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>
- Banaszak-Holl, J., Reichert, H., Todd Greene, M., Mody, L., Wald, H. L., Crnich, C., McNamara, S. E., & Meddings, J. (2017). Do Safety Culture Scores in Nursing Homes Depend on Job Role and Ownership? Results from a National Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2244–2250. <https://doi.org/10.1111/jgs.15030>
- Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>
- Kim, K. A., Lee, J., Kim, D., & Min, D. (2022a). Patient safety measurement tools used in nursing homes: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08814-5>
- Kim, K. A., Lee, J., Kim, D., & Min, D. (2022b). Patient safety measurement tools used in nursing homes: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08814-5>
- Ma, N., Sutton, N., Yang, J. S., Rawlings-Way, O., Brown, D., McAllister, G., Parker, D., & Lewis, R. (2022). The quality effects of agency staffing in residential aged care. *Australasian Journal on Ageing*. <https://doi.org/10.1111/ajag.13132>
- Marshall, M., Pfeifer, N., de Silva, D., Wei, L., Anderson, J., Cruickshank, L., Attreed-James, K., & Shand, J. (2018). An evaluation of a safety improvement intervention in care homes in England: a participatory qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(11), 414–421. <https://doi.org/10.1177/0141076818803457>
- Pickering, C. E. Z., Nurenberg, K., & Schiamberg, L. (2017). Recognizing and Responding to the “toxic” Work Environment: Worker Safety, Patient Safety, and Abuse/Neglect in Nursing Homes. *Qualitative Health Research*, 27(12), 1870–1881. <https://doi.org/10.1177/1049732317723889>
- Quinn, M. M., Markkanen, P. K., Galligan, C. J., Sama, S. R., Lindberg, J. E., & Edwards, M. F. (2021). Healthy Aging Requires a Healthy Home Care Workforce: The Occupational Safety and Health of Home Care Aides. In *Current Environmental Health Reports* (Vol. 8, Issue 3, pp. 235–244). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s40572-021-00315-7>

- Rasmussen, C. D. N., Lindberg, N. K., Ravn, M. H., Jørgensen, M. B., Søgaaard, K., & Holtermann, A. (2017). Processes, barriers and facilitators to implementation of a participatory ergonomics program among eldercare workers. *Applied Ergonomics*, 58, 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.08.009>
- Ree, E., & Wiig, S. (2019). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8>
- Resende, J., Quaresma, G., & Lucas, P. (2021). *A Cultura de Segurança em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas* (pp. 663–675). <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675>
- Vermeulen, J. A., Kleefstra, S. M., Zijp, E. M., & Kool, R. B. (2017). Understanding the impact of supervision on reducing medication risks: An interview study in long-term elderly care. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2418-6>

Apêndice II: Aplicação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Aplicação do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Caracterização dos Contextos

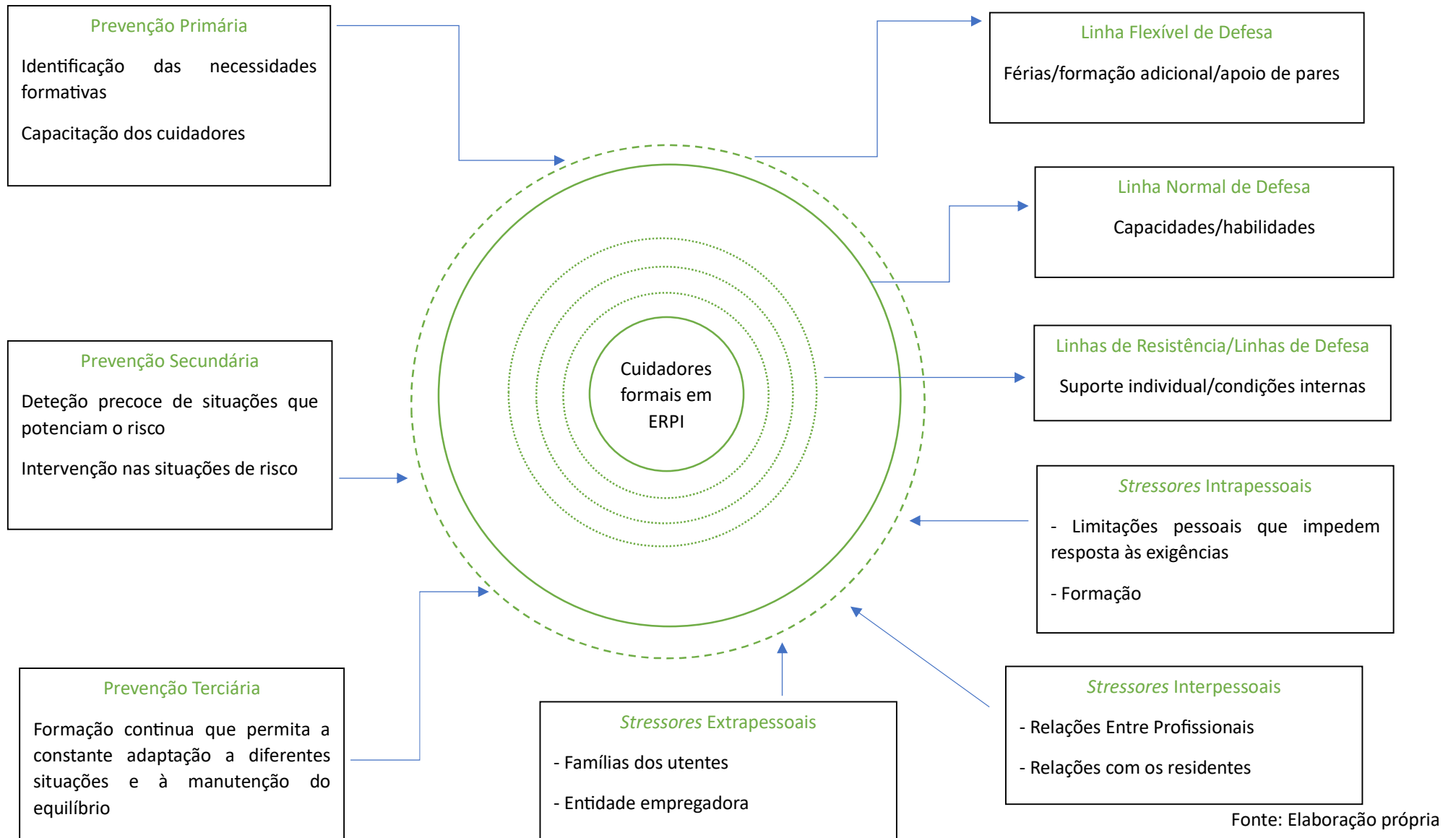
CONTEXTO INTRASISTÊMICO	
Variáveis	Sistema Cliente
Fisiológicas	Idade e sexo
Psicológicas	Sentimentos e motivações
Sociocultural	Família, relações sociais e culturais
Desenvolvimento	Formação e experiência profissional
Espiritual	Crenças espirituais

Subsistemas	Contexto Intersistêmico	Contexto Extrasistêmico
Educativo	Infantários, Agrupamento de Escolas Alto do Lumiar; Agrupamento de Escolas Virgílio Ferreira; Agrupamento de Escolas Professor Lindley Cintra; Colégio São Tomás; Colégio Manuel Bernardes; Colégio do Planalto; Colégio São João de Brito; Colégio Stª Doroteia; Escola Alemã de Lisboa; Escola Nacional de Saúde Pública; Instituto Superior de Educação e Ciências. Agrupamento de Escolas de Alvalade; Agrupamento de Escolas D. Filipa de Lencastre; Colégio Moderno; Universidade de Lisboa	Ministério da Educação; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Recreativo e lazer	Parque da Quinta das Conchas e dos Lilases; Parque José Gomes Ferreira; Sporting Clube de Portugal;	
Saúde e Segurança	UCC Lumiar+; UCSP Lumiar; USF Alvalade, USF Conchas; USF Parque; USF D. Amélia; Centro Hospitalar Lisboa Norte; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	Ministério da Saúde Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social Autoridade Nacional de Emergência e Proteção

	Bombeiros de Alvalade; Regimento Bombeiros Sapadores (3ª companhia); Corpo Bombeiros Voluntários do Lumiar e Ameixoeira	Civil/Ministério da Administração Interna
Político e Segurança	Junta de Freguesia do Lumiar; Junta de Freguesia de Alvalade; Camara Municipal de Lisboa; CPCJ Lisboa Norte; PSP 18ª e 41ª esquadras; PSP Divisão de Transito	Ministério da Coesão Territorial; Ministério da Educação; Ministério da Administração Interna
Sociocultural	Museu Nacional do Traje; Museu Nacional do Teatro; Museu de Lisboa; Museu Bordalo Pinheiro; Cinemas; Centro Culturais; Biblioteca Maria Keil; Biblioteca Orlando Ribeiro; Biblioteca Nacional de Portugal; Arquivo Nacional Torre do Tombo; Biblioteca dos Coruchéus.	Ministério da Cultura
Religioso	Comunidade Hindu de Portugal; Igrejas várias do Patriarcado de Lisboa	
Comunicações e Transportes	Metro; Carris; CP; Fertagus; Carreira do Bairro; Transporte Solidário; Lumiar Transporta; Ciclovias; Táxis; Uber	
Económico	Comercio local; Hipermercados; Mercado de Alvalade; Mercado Jardim; Mercado do Lumiar Nos Comunicações (...)	

Apêndice III: Diagrama adaptado do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Adaptação ao diagrama do Modelo de Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Elaboração própria

Apêndice IV: Consentimento Informado

Consentimento Informado¹, livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar o consentimento.

Título do estudo: Capacitação dos cuidadores de Estruturas Residências Para Idosos para o Cuidar em Segurança – Intervenção de Enfermagem Comunitária

Enquadramento: Realizado na Unidade de Saúde Pública Francisco George, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pela mestrandia Maria Filomena Malício Godinho, sob a orientação do Professor José Edmundo Xavier Furtado de Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Ana Teresa Vieira.

Explicação: A sua participação é fundamental para o sucesso deste projeto que visa a melhoria das condições de segurança dos residentes em ERPIS e de todos os profissionais que, neste contexto, lhes prestam cuidados. Este projeto tem como objetivo melhorar o seu conhecimento/vigilância sobre a segurança do residente e do profissional contribuindo para uma melhor qualidade de vida. O seu contributo permitirá realizar um diagnóstico de situação e desenvolver posteriormente um projeto de intervenção com o intuito de dar resposta às necessidades identificadas. A sua participação deve ser livre e voluntária, não sendo expectáveis riscos para os participantes, nem qualquer forma de gratificação ou penalização pela não aceitação.

Procedimento: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado a realização de um questionário sobre o tema em estudo. Solicito desde já o seu preenchimento na totalidade.

Condições e Financiamento: A sua participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá deixar de o fazer a qualquer momento.

Confidencialidade e Anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhuma etapa do projeto, ou posteriormente será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes.

Consentimento: Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, 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 se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo participar deste projeto, concordando com os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: | _____ | .../ .../... (data)

Assinatura

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Muito obrigada pela colaboração.

Maria Filomena Godinho

mgodinho@campus.esel.pt

Apêndice V: Instrumento de Recolha de Dados

Questionário – Identificação de necessidades de formação dos cuidadores formais em Estruturas Residenciais para Idosos

Este questionário faz parte de um projeto de enfermagem comunitária subordinado ao tema “Capacitar os Cuidadores Formais de Estruturas Residenciais Para Idosos Para o Cuidar em Segurança – Intervenção de Enfermagem Comunitária”, conduzido por Maria Filomena Malicio Godinho, mgodinho@campus.esel.pt, TM: 966 910 699, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, na ESEL. Tem como objetivo identificar as necessidades de formação dos cuidadores a exercer funções em Estruturas Residenciais Para Idosos.

A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar neste estudo, em qualquer momento poderá recusar a sua participação sem que lhe traga qualquer tipo de prejuízo. Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir a excelência dos cuidados à população idosa. A sua realização só será possível graças à sua colaboração no preenchimento deste questionário de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadrícula ☐ deve assinalar com uma cruz no ponto que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve escrever de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.

Muito obrigado, pelo seu contributo.

Parte A - Caracterização Sociodemográfica

A1. Sexo:

1. ☐ Masculino 2. ☐ Feminino

A2. Idade: _____anos.

A3. Habilitações Literárias:

1. ☐ Analfabeto
2. ☐ 1º ciclo (ensino primário)
3. ☐ 2º e 3º ciclo (Ciclo Preparatório)
4. ☐ Ensino Secundário
5. ☐ Curso Técnico-profissional
6. ☐ Curso Superior

Qual? _____

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

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

A5. Há quanto tempo trabalha nesta área?
_____anos.

Parte B – Avaliação das Necessidades Formativas dos Cuidadores em ERPI

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

Atividades Desenvolvidas	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
	1	2	3	4	5

B1. Segurança Ambiental

Medidas de autoproteção	1	2	3	4	5
Resíduos	1	2	3	4	5
Higienização dos espaços	1	2	3	4	5
Higienização das mãos	1	2	3	4	5
Esterilização de Dispositivos médicos	1	2	3	4	5

B2. Atuação em Acidentes

Verificação da mala de Primeiros Socorros (responsável + folha registos)	1	2	3	4	5
Listagem de material da mala de Primeiros Socorros + validade	1	2	3	4	5
Procedimento em reação anafilática	1	2	3	4	5
Procedimento em situação de acidente	1	2	3	4	5
Formação em Primeiros Socorros	1	2	3	4	5
Manutenção do equipamento suporte vital (aspirador + O2);	1	2	3	4	5

B3. Segurança do Medicamento					
Acondicionamento da medicação	1	2	3	4	5
Registo alterações terapêuticas	1	2	3	4	5
Verificação mensal validade terapêutica	1	2	3	4	5
Identificação de abertura e validade de produtos desinfetantes e medicamentos	1	2	3	4	5
Temperatura frigorífico	1	2	3	4	5
Procedimento quebra rede frio	1	2	3	4	5
B4. Continuidade/adequação dos cuidados					
Registos clínicos	1	2	3	4	5
Resumo clínico (acompanhamento utente)	1	2	3	4	5
Registo vacinal	1	2	3	4	5
Segurança doentes acamados (grades + colchão);	1	2	3	4	5
Aplicação de escalas (grau de dependência + risco úlcera pressão + risco de queda)	1	2	3	4	5

Muito Obrigado pela sua participação!

Apêndice VI: Plano das Sessões EpS

Plano de sessão de educação para a saúde
Capacitação dos cuidadores formais para cuidar em segurança

População Alvo: Cuidadores formais da ERPI

Local:

Data:

Duração: 60 minutos

Formadores: Enfermeira Maria Filomena Godinho

Objetivo: Contribuir para a capacitação dos cuidadores formais para o cuidar em segurança

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivos específicos	Domínio
Capacitar os CF com conhecimentos sobre a mala de primeiros socorros	Cognitivo
Instruir os CF como atuar nos acidentes mais comuns	Cognitivo
Instruir os CF em primeiros socorros (Suporte Básico de Vida e Posição Lateral de Segurança)	Psicomotor
Capacitar os CF com conhecimento do procedimento em quebra de rede de frio	Cognitivo
Promover a participação dos CF e a partilha de dúvidas	Afetivo

Identificação das etapas e seus conteúdos

Etapas	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e dos formandos Apresentação dos conteúdos	Afetivo Cognitivo	Ativo/Interativo Expositivo	Explicar os temas Explicar a forma como o formando pode intervir	Humanos: Mestranda Enf. ^a Orientadora Formandos Materiais: Computador Projetor	5'
Desenvolvimento	Conteúdo da mala de primeiros socorros e folha de verificação Principais acidentes e como atuar	Cognitivo Psicomotor Afetivo	Expositivo Interativo/Participativo Interativo/Demonstrativo	Explicar os conteúdos dos temas Demonstração dos temas abordados	Humanos: Humanos: Mestranda Enf. ^a Orientadora Formandos Materiais: Computador Projetor	40'

	Posição Lateral de Segurança e Suporte Básico de Vida Procedimento de rede de frio			Simulação de PLS e SBV pelos formandos Incentivar ao debate	Cartões/Fichas informativas Simulador SBV	
Conclusão		Cognitivo Afetivo	Expositivo Interativo	Esclarecer dúvidas colocadas pelos formandos	Humanos: Mestranda Enf. ^a Orientadora Formandos Materiais: Computador Projektor	10'
Avaliação	Questionário para avaliação da aquisição de novos conhecimentos Folha de registo de presença	Cognitivo Afetivo	Expositivo Interativo	Aplicação de questionários (avaliação global da sessão EpS e avaliação da	Humanos: Humanos: Mestranda Enf. ^a Orientadora Formandos Materiais:	5'



				aquisição de conhecimentos	Papel e caneta	
--	--	--	--	----------------------------	----------------	--

Apêndice VII: Diapositivos das Sessões de EpS

Capacitar os Cuidadores Formais para o Cuidar em Segurança em Segurança Projeto de Intervenção Comunitária

1

Material Primeiros Socorros

Material	Quantidade	Validade
Máscara proteção facial		
Luvas descartáveis		
Mezura gástrica mediana		
Compressas esterilizadas pequenas (5x5 cm)		
Compressas esterilizadas médias (10x10 cm)		
Compressas esterilizadas grandes (10x20 cm)		
Compressa gaze grande		
Feridas (various dimensions)		
Fita adesiva		
Ligaduras elásticas		
Ligaduras não elásticas		
Soro fisiológico 500ml		
Soro fisiológico 100ml		
Alcool etílico a 70%		
Termómetro digital		
Báscula		
Responsável verificação:		
Data da verificação:		
Data da próxima verificação:		

Mala de Primeiros Socorros

4

Índice

Atuação em Acidentes

- mala de primeiros socorros
- acidentes comuns
- posição lateral de segurança (PLS)
- suporte básico de vida (SBV)

Rede de Frio

- controle
- procedimento em caso de quebra

2

Acidentes Comuns

- Desmaio
- Queimadura
- Obstrução da via aérea (engasgamento)
- Anafilaxia (alergia severa)
- Ferida

5

Atuação em Acidentes

Mala de Primeiros Socorros

- Local acessível e bem identificado
- Listagem de material
- Identificação do responsável pela verificação

3

Desmaio

Se estiver quase a "desmaiar":

- Sentá-lo e colocar a cabeça entre as pernas,
- Dar a beber líquidos açucarados.

6

Desmaio

Se já estiver **desmaiado**, devemos:

- Deitá-lo com a cabeça de lado e com as pernas elevadas,
- Molhar a testa com água fria,
- Desapertar-lhe as roupas,
- Mantê-lo confortavelmente aquecido, mas, sempre que possível, em local arejado,
- Logo que recupere os sentidos, dar-lhe uma bebida açucarada,
- **Se não recuperar consciência chamar 112.**



Fonte: anglopress

ESEL
Sociedade Europeia de Segurança
e Saúde no Trabalho INCCS
Instituto Nacional de
Contingências de Saúde VIC
Vigilância em Saúde

7

Obstrução da via aérea (engasgamento)

Obstrução ligeira

A vítima responde – Incentivar a tossir

Se não resultar aplique cinco pancadas nas costas na seguinte forma:

1. Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima,
2. Passe o braço por baixo da axila da vítima e suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se algum objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca,
3. Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão, na parte superior das costas, entre as omoplatas.



Fonte: INCCS

ESEL
Sociedade Europeia de Segurança
e Saúde no Trabalho INCCS
Instituto Nacional de
Contingências de Saúde VIC
Vigilância em Saúde

10

Queimadura

1º Grau rubor (vermelhidão) calor dor 	2º Grau dor intensa flictenas (bolhas) 	3º Grau pele castanha, negra ou branca; sem dor destruição de tecidos 
---	---	---

Fonte: INCCS

ESEL
Sociedade Europeia de Segurança
e Saúde no Trabalho INCCS
Instituto Nacional de
Contingências de Saúde VIC
Vigilância em Saúde

8

Obstrução da via aérea (engasgamento)

Obstrução moderada

Atue da seguinte forma (Manobra de Heimlich):

1. Coloque-se por trás da vítima e circunde o abdómen da vítima com os seus braços,
2. Feche o punho de uma mão e posicione-o acima do umbigo, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima,
3. Coloque a 2ª mão por cima da outra e aplique uma compressão rápida para dentro e para cima,
4. Repita até cinco vezes este processo,

Se não resultar chamar 112.



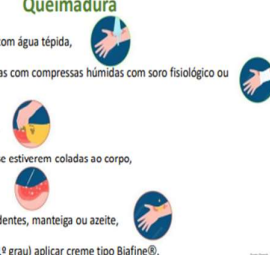
Fonte: INCCS

ESEL
Sociedade Europeia de Segurança
e Saúde no Trabalho INCCS
Instituto Nacional de
Contingências de Saúde VIC
Vigilância em Saúde

11

Queimadura

- Lavar abundantemente com água tépida,
- Cobrir as áreas queimadas com compressas húmidas com soro fisiológico ou água,
- (ou compressas gordas),
- Não remover as roupas se estiverem coladas ao corpo,
- Não reventar as bolhas,
- Não usar gelo, pasta de dentes, manteiga ou azeite,
- Em queimadura ligeira (1º grau) aplicar creme tipo Biafine®.



Fonte: INCCS

ESEL
Sociedade Europeia de Segurança
e Saúde no Trabalho INCCS
Instituto Nacional de
Contingências de Saúde VIC
Vigilância em Saúde

9

Anafilaxia (alergia severa)

Anafilaxia é diferente de intolerância alimentar

Apresenta-se como uma reação generalizada e grave a um alérgeno com manifestação em vários órgãos/sistema.

Manifesta-se por:

- Dificuldade respiratória
- Aperto na garganta
- Edema (inchaço) da língua e face
- Voz rouca



Fonte: INCCS

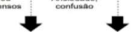
ESEL
Sociedade Europeia de Segurança
e Saúde no Trabalho INCCS
Instituto Nacional de
Contingências de Saúde VIC
Vigilância em Saúde

12

Anafilaxia (alergia severa)

SINTOMAS GRAVES

 RESPIRAÇÃO Falta de ar, chiadeira, tosse persistente	 CIRCULAÇÃO Palidez ou pele arroxada/desmaiado tombares/desmaiado	 GARGANTA Aberto, ruído, difícil de engolir	 BOCA Inchaço significativo dos lábios ou língua
 PELE Corchoado no corpo todo, vermelhidão, múlhas bolhas/ruas	 BARRIGA Vômitos ou diarreia intensa	 OUTROS Ansiedade, confusão	 OU UMA COMBINAÇÃO dos sintomas de vários órgãos


1. INJETAR ADRENALINA IMEDIATAMENTE
2. LIGAR 112: avisar que está a ocorrer uma ANAFILAXIA
3. DEITAR no chão com as pernas elevadas OU SENTAR-se, ficar frito de ar e não deixar a vomitar.



Data: 06/06/2020

Posição Lateral de Segurança

**Anafilaxia
(alergia severa)**

Esta é uma situação de emergência, administre de imediato adrenalina (EpiPen)

1 2 3

Ligar 112

Deitar a pessoa no chão com pernas elevadas OU senta-la se estiver com falta de ar

Logo abaixo do texto, há uma barra decorativa com logotipos de instituições parceiras: ESEAL, AACR, VITAE e outras.

Suporte Básico de Vida

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

Ligar 112

30 Compressões

2 insuflações







Versão: 2008

Ferida

- Calçar luvas,
- Lavar imediatamente a ferida com água corrente,
- Remover corpos estranhos pequenos, não retirar objetos cravados profundamente,
- Limpeza com soro fisiológico,
- Proteger com penso.



Fonte: Anepa

Rede de frio

1. Existência de equipamento de frio para uso **exclusivo** de medicação com temperatura entre 2º e 8º C,
2. **Minimizar a abertura** do frigorífico e manter a porta sempre bem fechada,
3. Não encostar nada ao frigorífico,
4. Equipamento dotado de monitorização de temperatura,

Rede de frio

5. Avaliação e registo de temperatura em documento próprio 2 vezes ao dia (este documento deve ficar arquivado por um período mínimo de 1 ano),
6. Limpeza do equipamento de frio realizado com periodicidade mensal e registada em documento próprio,
7. Existência de equipamento alternativo para acondicionamento da medicação em caso de quebra de rede de frio e/ou limpeza/manutenção do equipamento (malas térmicas e acumulador térmico).



Rede de frio

Frigorífico

Malas térmicas

Acumulador térmico

[illegible]

113

Apêndice VIII: Cartões

Procedimento em Situação de Obstrução da Via Aérea (Engasgamento)

A vítima responde – Incentivar a tossir

Se não resultar aplique cinco pancadas nas costas na seguinte forma:

1. Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima;
2. Passe o braço por baixo da axila da vítima e suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se algum objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca;
3. Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão, na parte superior das costas, entre as omoplatas.



Fonte: INEM



1

Procedimento em Situação de Obstrução da Via Aérea (Engasgamento)

Se não resolver atue da seguinte forma (Manobra de Heimlich):

1. Coloque-se por trás da vítima e circunde o abdómen da vítima com os seus braços;
2. Feche o punho de uma mão e posicione-o acima do umbigo, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima;
3. Sobreponha a 2ª mão por cima da outra e aplique uma compressão rápida para dentro e para cima;
4. Repita até cinco vezes este processo.



Fonte: INEM



Intercale as pancadas nas costas com as compressões abdominais até a situação se resolver ou a vítima ficar inconsciente.

Se a vítima ficar inconsciente, inicie Suporte Básico de Vida.

2

Procedimento em Situação de Anafilaxia (alergia severa)

Manifesta-se por:

- dificuldade respiratória
- aperto na garganta por inchaço
- edema (inchaço) da língua e face
- voz rouca

Injetar adrenalina de imediato (EpiPen)



Fonte: asca

Ligar 112

Deitar a pessoa no chão com pernas elevadas OU sentar se estiver com falta de ar

Se a vítima ficar inconsciente, ligue de imediato 112 e inicie Suporte Básico de Vida.

3

Procedimento em Situação de Queimadura

Lavar abundantemente com água tépida



Cobrir as áreas queimadas com compressas húmidas com soro fisiológico ou água (ou compressas gordas)



Não remover as roupas se estiverem coladas ao corpo



Não rebentar as bolhas



Não usar gelo, pasta de dentes, manteiga ou azeite



Em queimadura ligeira (grau I) aplicar creme tipo Biafine®

Fonte: Freepik

4

Procedimento em Situação de Queimadura

1º grau (pouco grave)

- rubor (vermelhidão)
- calor
- dor

2º Grau (gravidade moderada)

- dor intensa
- flictenas (bolhas)

3º Grau (muito grave)

- pele castanha, negra ou branca
- sem dor
- destruição de tecidos

5

Procedimento em Situação de Ferida Sangrante

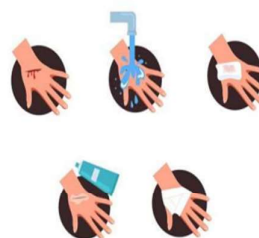
Calçar luvas

Lavar imediatamente a ferida com água corrente

Remover corpos estranhos pequenos, não retirar objetos cravados profundamente

Limpeza com soro fisiológico

Proteger com penso



Fonte: Freepik

6

Procedimento em Situação de Desmaio

Se estiver quase a "desmaiar":

- Sentá-lo e colocar a cabeça entre as pernas
- Dar a beber líquidos açucarados



Fonte: artpicture

7

Procedimento em Situação de Desmaio

Se já estiver **desmaiado**, devemos:

- Deitá-lo com a cabeça de lado e com as pernas elevadas
- Molhar a testa com água fria
- Desapertar-lhe as roupas
- Mantê-lo confortavelmente aquecido, mas, sempre que possível, em local arejado
- Logo que recupere os sentidos, dar-lhe uma bebida açucarada
- Se não recuperar consciência chamar 112



Fonte: artpicture

8

Posição Lateral de Segurança

1 Esticar o braço da pessoa que está mais próximo

2 Cruzar outro braço por cima do tórax

3 Dobrar o joelho da pessoa que está mais longe

4 Rodar a pessoa

5 Inclinara cabeça ligeiramente para trás

6 Posição final

Fonte: Tua Saúde

9

Suporte Básico de Vida

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

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

Fonte: INEM

10

Suporte Básico de Vida

Avaliar estado de consciência

Permeabilizar via aérea

Ver, ouvir e sentir

Compressões

Ventilações

Fonte: INEM

11

Apêndice IX: Procedimento

CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS PARA CUIDAR EM SEGURANÇA

PROCEDIMENTO REDE DE FRIO

1. Existência de equipamento de frio para uso **exclusivo** de medicação com temperatura entre 2º e 8ºC,
2. **Minimizar o tempo de abertura** do frigorífico e manter a porta sempre bem fechada,
3. Não encostar nada ao frigorífico,
4. Equipamento dotado de monitorização de temperatura,
5. Avaliação e registo de temperatura em documento próprio 2 vezes ao dia (este documento deve ficar arquivado por um período mínimo de 1 ano),
6. Limpeza mensal do equipamento de frio (ex.: primeira 2ªf do mês) ou sempre que necessário e registada em documento próprio,
7. Existência de equipamento alternativo para acondicionamento da medicação em caso de quebra de rede de frio e/ou limpeza/manutenção do equipamento (malas térmicas e acumulador térmico).

Exemplos:

Frigorífico



Malas térmicas



Acumulador térmico



REGISTO DE TEMPERATURA DO FRIGORÍFICO

Mês/Ano ____/____

Valores referência: entre 2º C e 8º C

Dia	Manhã/Hora	Temperatura	Responsável	Tarde/Hora	Temperatura	Responsável	Observações
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

REGISTO DE LIMPEZA DO FRIGORÍFICO

Dia / Mês	Hora	Responsável	Observações
JANEIRO			
FEVEREIRO			
MARÇO			
ABRIL			
MAIO			
JUNHO			
JULHO			
AGOSTO			
SETEMBRO			
OUTUBRO			
NOVEMBRO			
DEZEMBRO			

Apêndice X: Questionário de avaliação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS PARA O CUIDAR EM SEGURANÇA

Parte A – Avaliação Global da Sessão de Educação para a Saúde

Coloque uma cruz (X) na grelha, o valor que considera mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o valor menos adequado e 5 o valor mais adequado)

PARÂMETROS	1	2	3	4	5
Os temas abordados tiveram interesse e utilidade para o seu trabalho?					
Na exposição teórica, a metodologia utilizada foi adequada?					
Na parte prática, a metodologia utilizada foi adequada?					
A linguagem utilizada foi clara?					
A duração da formação foi adequada?					
A sessão permitiu adquirir novos conhecimentos?					
A sessão permitiu esclarecer as suas dúvidas?					
A sessão foi ao encontro das suas expectativas?					

Parte B – Avaliação da aquisição de conhecimentos

Sabe onde se encontra a mala de primeiros socorros na instituição?

Sim _____ Indique o local _____

Não _____ Porquê? _____

Identifique seis materiais essenciais na mala de primeiros socorros:

Selecione a resposta que considera correta:

Quais os acidentes mais comuns nas ERPI, abordados na sessão de educação para a saúde?

- a) Queda, falta de ar, ataque epilético e desmaio.
- b) Intolerância alimentar, desmaio, engasgamento e ferida.
- c) Desmaio, engasgamento, queimadura, ferida, alergia severa (anafilaxia).

O Sr. ° António refere tonturas e está muito pálido, o que deve fazer imediatamente?

- a) Ir buscar um aparelho para avaliar a tensão arterial.
- b) Sentá-lo e baixar-lhe a cabeça ou deitá-lo com as pernas elevadas.
- c) Ligar o 112 e dar-lhe alguma coisa a comer

O Sr. ° João está a comer uma sandes e engasgasse com um pedaço de pão, o que deve fazer?

- a) Deitar o Sr. ° João e iniciar Suporte Básico de Vida.
- b) Incentivar o Sr. ° João a tossir, se não resultar aplicar 5 pancadas nas costas e se ainda assim não resultar fazer a Manobra de Heimlich.
- c) Aplicar a manobra de Heimlich e chamar 112.

A Dona Maria estava a beber chá muito quente e sem querer entornou-o, ficando com uma flictena na sua mão, o que deve fazer?

- a) Aplicar margarina ou pasta dos dentes sobre a flictena e fazer um penso.
- b) Rebentar a flictena e aplicar um penso.
- c) Não rebentar a flictena e aplicar um creme gordo (tipo *Biafine*®) na pele queimada.

Identifique uma ou mais situações, em que deve colocar a pessoa em Posição Lateral de Segurança:

- a) Pessoa caída inconsciente e sem respirar.
- b) Pessoa caída inconsciente, mas a respirar.
- c) Pessoa engasgada.

Identifique a sequência correta do algoritmo do Suporte Básico de Vida:

- a) Ligar 112; Estado de consciência; Permeabilizar via aérea; Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.); 30 compressões; 2 ventilações.
- b) Condições de segurança; Estado de consciência; Permeabilizar via aérea; Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.); Ligar 112; 30 compressões; 2 ventilações.
- c) Ligar 112; Condições de segurança; Estado de Consciência; Permeabilizar via aérea; Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.); 30 compressões; 2 ventilações.

Assinale a resposta correta sobre o procedimento da rede de frio:

- a) Manter a temperatura entre 2°C e 8°C.
- b) Monitorizar e registar a temperatura semanalmente.
- c) Limpar o frigorífico apenas quando sujo.

Identifique o procedimento mais correto em quebra de rede de frio, para limpeza do frigorífico:

- a) Colocar a medicação no frigorífico da cozinha.
- b) Utilizar mala térmica com acumuladores de frio (congelados).
- c) Deixar a medicação em local fresco.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XI: Certificado de participação



Certificado de Participação

Certifica-se que, _____, participou na Sessão de Educação para a Saúde – **Capacitar os Cuidadores Formais para o Cuidar em Segurança**, nas temáticas: **Atuação em Acidentes e Rede de Frio**, realizada a _____ com a duração total de 1 hora.

(Enf.^a Maria Filomena Godinho)

Mestranda do Mestrado em Enfermagem
Comunitária na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Comunitária e
de Saúde Pública

(Enf.^a Isabel Vilaça)

Enfermeira Especialista em Saúde
Comunitária

Apêndice XII: Folha de presenças

Folha de Presença – Sessão de Educação para a Saúde
Capacitação dos cuidadores formais para o cuidar em segurança

Discente: Maria Filomena Godinho

Docente: Professor Doutor José Edmundo Sousa

Orientador clínico: Enfermeira especialista em Saúde Comunitária Isabel Vilaça

Duração: 60'

Local:

Nome	Assinatura

Apêndice XIII: Cronograma

CRONOGRAMA DO PROJETO																														
Mês/Ano		05/23				06/23				07/23		10/23					11/23				12/23				01/24					02/24
Semanas		08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 30	03 a 07	10 a 14	02 a 06	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 03	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 01	04 a 08	11 a 15	18 a 22	25 a 29	01 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09
F A S E S D O P L A N E A M E N T O D O P R O J E T O	Pesquisa Bibliográfica																													
	Diagnóstico de situação																													
	Questões éticas																													
	Definição de prioridades																													
	Definição de objetivos																													
	Seleção de estratégias																													
	Preparação operacional																													
	Realização de intervenções																													
	Avaliação																													
	Elaboração do relatório																													

QUADROS

Quadro 1: Resultados das auditorias – áreas de melhoria

ERPI	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Segurança ambiental									
Medidas de autoproteção			✓	✓	✓	✓			
Resíduos		✓		✓	✓			✓	
Higienização espaços					✓				
Higienização mãos			✓	✓	✓		✓	✓	
Esterilização DM		✓		✓	✓	✓	✓		
Atuação em acidentes									
Verificação mala Primeiros Socorros (responsável + folha registos)					✓				
Listagem material mala Primeiros Socorros + validade	✓				✓	✓			
Reações anafiláticas (equipamento + fármacos + procedimento)	✓					✓	✓		
Procedimentos em situação de acidente	✓	✓				✓	✓		
Formação Primeiros Socorros	✓	✓	✓	✓		✓			
Equipamento suporte vital (aspirador + O2)		✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Segurança do medicamento									
Medicação (acondicionamento)	✓	✓			✓			✓	
Registo alterações terapêuticas	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
Verificação mensal validade terapêutica	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Temperatura frigorífico							Ausência		
Procedimento quebra rede frio		✓	✓			✓	Ausência		
Identificação de abertura e validade de produtos desinfetantes e medicamentos	✓								
Continuidade/adequação de cuidados									
Registos clínicos	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Resumo clínico (acompanhamento utente)	✓	✓				✓	✓	✓	

Registro vacinal	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
Segurança doentes acamados (grades + colchão)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Aplicação de escalas (grau de dependência + risco úlcera pressão + risco de queda)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	