Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio

Formar para cuidar - intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta

Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes

Lisboa
2023

Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio

Formar para cuidar - intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta

Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes

Orientador: Laura Maria Monteiro Viegas

Lisboa
2023

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“os enfermeiros podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais-valia na saúde pública das populações, dos nossos dias. Assim estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade de cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de quem cuidam”

(Declaração de Munique, OMS, 2000, p. 23).

“Os enfermeiros são catalisadores de uma transformação positiva para repelir as forças que ameaçam a saúde global e para construir sistemas de saúde fortes. Vimos as evidências e compreendemos a necessidade de proteção e investimento. Agora é o momento de agir.”

(ICN, 2022a, p. 4)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha mãe, porque apesar de já não estar neste mundo físico, continua a ser a minha maior referência de Saber-Ser.

AGRADECIMENTOS

À Sr.ª Professora Doutora Laura Viegas por partilhar a sabedoria, orientar a obra e aceitar o meu ritmo mantendo-me no caminho certo.

Aos professores do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, em especial à Sr.ª Professora Doutora Fátima Rodrigues e à Srª Professora Doutora Luísa d'Espiney, pela acessibilidade, disponibilidade das respostas e pelo contributo no meu desenvolvimento pessoal.

À Sílvia Matias Esperança, minha orientadora de estágio, por me ter aceitado, por lançar a primeira pedra, pela supervisão. À Sr.ª Enfermeira Áurea, pelo abraço no olhar e melhor acolhimento de sempre. À toda a equipa da UCC pelo fantástico trato.

À Dr.ª Marta e a Dr.ª Sónia pela parceria, e por serem o motor da mobilização para a formação dos AAD, sem a qual não haveria adesão nem o sucesso do projeto.

Aos Ajudantes de ação direta do CCPF, em especial à Carmelina Rebelo pela empatia, pela presença constante, pelo compromisso, pela aprendizagem ao longo da vida que me proporcionaram, bem imaterial de valor incomensurável.

À Teresa Gonçalves, pela parceria, e pelos recursos doados.

Aos meus colegas de batalha, Ana Catarina Lemos, Dina Rosa, Jorge Torres, Sandra Neves, Sílvia Rita, Sílvia Matias, Silvina Correia, Soraia Figueiredo, Susana Dias, Suzete Soares, em especial à Eveline Silva e a Ana Santos do meu grupo, pelas vivências, por trabalharem comigo e partilharem o conhecimento e a experiência.

À Susana Rito, que caminhou comigo lado a lado no estágio, pela gentileza pelo respeito e pelo amor que ofuscou as adversidades e facilitou o percurso.

Às Minhas Colegas de trabalho, Aldina, Catarina, Cátia, Daniela, Margarida, Mariana, Soraia, Susana, em especial à Ana Santos e à Paula Sousa que sentiram a dificuldade comigo, pelo suporte, paciência e pela longanimidade.

Às minhas amigas, em especial à Aldenir, à Rita, à Cristina à Neuza, à Mila, à Nadir, à Detinha, à Olga, à Sandra, pelas palavras de encorajamento.

Ao António meu marido, suporte adquirido, aos meus filhos, Petra e Filipe presentes de Deus, aos meus irmãos, Mónica, Amílcar, Pedro, Adália, Anete, meus compinchas, pela compreensão e espaço para alcançar esta conquista. Á minha prima Carla pelo contributo. À minha madrinha Feliciana, porque se importa. Ao Fernando Veiga Júnior meu pai, pela segurança, esteio, e pelo exemplo de ética de trabalho.

E por último, o mais importante, agradeço a Deus, meu criador pela Graça.

Estão em mim, bem hajam!

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AAD – Ajudante de ação Direta

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

AD – Apoio Domiciliário

AFeS - Acão de Formação em Serviço

ALV – Aprendizagem ao longo da vida

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

AVDs – Atividades de vida diárias

CCI - cuidados continuados integrados

CD - Centro de dia

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEEC – Curso de Mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde comunitária

DGS – Direção Geral de Saúde

DdG – Dinâmicas de Grupo

EC – European Commission

ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ED - Educação para o desenvolvimento

ENED – Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAC - Ficha de Avaliação de Conhecimentos adquiridos

FS - Formação em Serviço

GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

ISCO - International Standard Classification of Occupations

MS – Ministério da saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development

ODS – Objetivo de desenvolvimento do milénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das nações Unidas

PNS - Plano Nacional de saúde

PeSD - Pessoa em situação de dependência

PIEC - Projeto de intervenção em Enfermagem Comunitária

QA - Questionário de avaliação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RCM - Resolução do Conselho de Ministros

SAD – Serviço de apoio domiciliário

SFeS - Sessão de Formação em Serviço

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

VAD - Valência de apoio à dependência

WHO – World Health Organization

% - Percentagem

RESUMO

Promover formação em serviço com Ajudantes de Ação Direta (AAD), é um investimento em saúde, que disponibiliza a oportunidade de autocuidado com a educação, para o desenvolvimento de habilidades profissionais e pessoais que por sua vez promovem a redução das desigualdades no acesso, na qualidade e na segurança dos cuidados de saúde.

Os AAD são um grupo profissional vulnerável, com baixas qualificações para as funções de apoio que desempenham, e a sua formação não acompanha o aumento e complexidade dos cuidados integrados prestados no domicílio nesta sociedade em constante mudança tecnológica e demográfica. A baixa qualificação pode afetar a saúde dos AAD, assim como comprometer a acessibilidade aos cuidados de saúde integrados, e a qualidade dos serviços de apoio no autocuidado prestados no domicílio.

No exercício de desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, e no cumprimento ético “Do dever para com a comunidade”, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária teoricamente referenciado no modelo de sistemas de Betty Neuman e na metodologia do planeamento em saúde com o objetivo de capacitar este grupo profissional na prestação de apoio no autocuidado às pessoas em situação de dependência nas Atividades de Vida Diária.

Realizou-se um estudo descritivo numa amostra de 22 AAD, funcionários de uma entidade de apoio social da área de influência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Área Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Caracterizou-se o grau de dificuldade com que desempenham as funções de apoio e identificou-se necessidades formativas que permitiu planear ações formativas em serviço de resposta aos problemas prioritários de: 46% de AAD com dificuldade no desempenho de atividades de apoio à eliminação; 45% de AAD com dificuldade na comunicação; 38% de AAD com dificuldade no desempenho de cuidados de higiene e conforto. A estratégia de intervenção em Formação em Serviço interveio ao primeiro nível de prevenção, como um recurso fundamental no suporte à promoção da melhoria continua dos ambientes da prestação de cuidados. A avaliação dos indicadores escolhidos mostrou que a intervenção contribuiu para capacitar os AAD na prestação de apoio no autocuidado às Pessoas em situação de dependência nas Atividades de Vida Diária.

Palavras-chave - Intervenção comunitária**;** Ajudante de Ação Direta; Formação em serviço; Dependência; Enfermagem

ABSTRACT

Promoting the in-service professional development of Direct-Action Assistants (DAA) is an investment in health that offers the opportunity of self-care alongside education. It empowers individuals and professionals, which in turn will reduce inequalities in access, care standards and safety within healthcare.

DAAs are a vulnerable group. They are not qualified enough for the support they are required to offer, and their current professional development is not keeping up to date with the expansion in complexity of the integrated care services provided at home in a technologically and demographically ever-evolving society. This vulnerability can affect DAA's own health, patient's access to integrated health care and the quality of self-care support services at home.

As part of the development of competencies for a Specialist community Nurse, as well as to fulfil an ethical duty of care towards the community, the Community intervention Project, theoretically referenced in the Betty Neuman's systems model and in the Health Planning Methodology, has the objective of empowering this professional group to offer support to a person with dependency on self-care.

A descriptive study involving 22 DAA's working for a entity who offers social support in the area of influence of a Community Care Unit, around the Health Regional Area of Lisbon and Vale do Tejo, portrayed the level of difficulty these professionals face when trying to perform their social care duties, which in turn inspired a planned response including the sponsoring of in-service professional development in priority issues of: 46% of DAA's complained of difficulties around supporting elimination; 45% of DAA's complained of communication difficulties; 38% of DAA's complained of facing difficulties in supporting patient's hygiene and comfort.

The investment in professional Education strategy, works on first - level prevention as a fundamental resource in the continuous improvement of health care setting and according to indicators chosen, shows an improvement in DAA's skills to offer support to a person with dependency on self-care.

Key words - Community Intervention; Direct-Action Assistants, Inservice Training; Dependency; Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 16

1.1. A Pessoa em Situação de Dependência.....16

1.2. Envelhecimento como Fator de Risco para Perda da Funcionalidade.....17

1.3. Respostas Integradas de Saúde e Sociais à Dependência 18

1.4. Ajudante de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário.....20

1.4.1. Formação em serviço de ajudante de ação direta 23

1.5. O enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária 25

1.6. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman 27

1.7. Revisão da Literatura.....29

1.7.1. Scoping review.....29

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE 30

2.1. Procedimentos Éticos 30

2.2. Diagnóstico de Situação 31

2.2.1. Contextualização do local de intervenção comunitária 31

2.2.2. População, população alvo e amostra.....32

2.2.3. Instrumentos de colheita de dados 33

2.2.4. Apresentação, análise e discussão dos resultados.....35

2.2.5. Identificação dos problemas de saúde a intervir.....37

2.3. Determinação de Prioridades 40

2.3.1. Diagnósticos de Enfermagem 41

2.4. Fixação dos Objetivos.....42

2.5. Seleção de Estratégias 42

2.6. Preparação Operacional 45

2.7. Avaliação 50

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 54

3.1. Competências Desenvolvidas e Adquiridas 54

3.2. Reflexão sobre o Projeto 56

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 60

APÊNDICES

Apêndice 1: Scoping Review

Apêndice 2: Cronograma

Apêndice 3: Declaração do diretor executivo do ACES

Apêndice 4: Declaração do responsável da Unidade de saúde

Apêndice 5: Declaração do diretor da instituição parceira

Apêndice 6: Autorização de utilização de instrumento de recolha de dados

Apêndice 7: Autorização de utilização de instrumento de colheita de dados adaptado

Apêndice 8: Modelo de consentimento informado

Apêndice 9: Instrumento de colheita de dados - Questionário

Apêndice 10: Guião de entrevista semi-estruturada

Apêndice 11: Análise de entrevista

Apêndice 12: Classificação das variáveis

Apêndice 13: Tratamento de dados estatísticos

Apêndice 14: Organização das variáveis do sistema cliente no core e nas linhas que o envolvem

Apêndice 15: Síntese Plano de cuidados de Enfermagem

Apêndice 16: Dossier pedagógico do projeto

Apêndice 17: Quadros da preparação operacional

Apêndice 18: Grelha de registo da observação participante

Apêndice 19: Plano de sessão informativa para a equipa multidisciplinar da UCC

Apêndice 20: Avaliação da execução das atividades

Apêndice 21: Divulgação do projeto em eventos científicos

ANEXOS

Anexo I: Parecer intermédio

Anexo II: Parecer favorável

Anexo III: Bilhete de identidade e programas ativos na UCC

Anexo IV: OECD Health statistics 2021

Anexo V: Certificados de participação em eventos científicos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo da análise de conteúdo das entrevistas
Quadro 2 - Avaliação do sistema cliente segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman
Quadro 3 - Lista dos problemas
Quadro 4 - Problemas identificados para priorização
Quadro 5 - Operacionalização da técnica da comparação por pares
Quadro 6 - Resumo das 3 Ações de formação
Quadro 7 – Procedimentos desenvolvidos e indicadores de avaliação

INTRODUÇÃO

Este documento serve de elemento para avaliação à Unidade Curricular estágio com relatório, descreve as fases do Projeto de Intervenção em Enfermagem Comunitária (PIEC) que foi elaborado e implementado para o desenvolvimento de competências de Mestre, no âmbito do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária (CMEEEC).

Este PIEC incidiu no grupo de profissionais que presta apoio a Pessoas em Situação de Dependência (PeSD), os Ajudantes de Ação Direta (AAD), considerado como vulnerável pelo estudo realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2020), da Valência de Apoio à Dependência (VAD) de uma entidade de apoio social, com Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de dia (CD), na área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). A intervenção fez-se na lógica bioecológica da saúde, que considera a influência da interação dinâmica dos determinantes de saúde, tendo em conta a elevada complexidade do sistema em que estão inseridos (Rodrigues, 2021), e "o contexto de incerteza atual" referido no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 (Ministério da saúde [MS], 2020, p. 22, 33, 192).

Os AAD são um recurso humano escasso no panorama atual das alterações demográficas globais na era da sustentabilidade (World Health Organization [WHO], 2022). As respostas integradas em saúde e apoio sociais, não acompanham o envelhecimento populacional e a procura por serviços de apoio à dependência (OCDE, 2020). A carta social 2020, descreve que em Portugal um crescimento de 170% no número de respostas de SAD no período 2000-2020, contrastam com a evolução positiva de apenas 3,3% nas taxas de cobertura desse serviço nos últimos 10 anos (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP], 2021).

Os AAD são o elemento básico funcional do SAD que assegura a permanência em casa das PeSD para o autocuidado nas Atividades de Vida Diárias (AVDs), quando por algum impedimento não existe apoio familiar de primeira linha para o efeito. (Portaria n.º 38/2013; Decreto-Lei n.º 101/2006). Na sua função de apoio, nas atividades básicas e instrumentais de vida diária necessárias ao autocuidado de saúde, influenciam e são influenciados pelos ambientes domiciliários e são determinantes para o conforto, bem-estar, qualidade de vida e dignidade das pessoas

com perda de autonomia (WHO, 2022). A função de apoio é remunerada, colocando-os no setor da prestação de cuidados formais onde também se inserem os profissionais habilitados por instituições académicas acreditadas (OCDE, 2021). Os serviços que fornecem são diários e pela sua interação de proximidade com as pessoas apoiadas, são muitas vezes os primeiros a notar alterações no seu estado de saúde, sinais de doença ou dor, que impõe a necessidade de agir e realizar tarefas integradas da área da saúde (ZAINAB *et al.*, 2022).

Apesar do AAD ser um elo importante na relação entre a PeSD e os serviços integrados de saúde e apoio social as suas condições de emprego e de trabalho coloca-os numa situação de vulnerabilidade (Sousa, 2021). A baixa qualificação, os contratos precários, os baixos salários, a carga, os riscos de doenças profissionais e as condições de trabalho são os principais motivos de vulnerabilidade e de rotatividade, e mais de metade desta força de trabalho sofre de fatores de risco físico e psicológico em todos os países da OCDE. Este fenómeno tem motivado um aumento na coordenação de políticas e intervenções para minimizar o problema (OCDE, 2020). A expectativa é de que as intervenções melhorem as suas condições de vida e de trabalho, o que contribuirá para aumentar a acessibilidade aos serviços de resposta integrada em saúde e apoio social visando a cobertura universal de saúde, assim como para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados que prestam, contribuindo para atingir o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, (MS, 2020, p. 67; Organização das Nações Unidas [ONU], 2015).

Promover a capacitação dos trabalhadores de apoio direto com competências que lhes permitam adequar os cuidados que prestam à complexidade das situações de saúde individuais com que trabalham, qualifica-os. Segundo WHO (2020), a qualificação concorre para assegurar cuidados seguros, eficazes e centrados nas pessoas, e vários estudos (Bayly *et al.*, 2018; Lange *et al*., 2013; Maxwell, *et al*., 2021; Olson *et al*., 2016; Russell *et al*., 2022; Savundranayagam *et al*., 2020) acrescentam ainda que melhorar a formação dos trabalhadores de apoio direto é também melhorar o ambiente da prestação de cuidados e aumentar a satisfação dos trabalhadores, dos utentes e suas famílias. A mesma ideia é partilhada por OCDE (2020) e WHO (2022a) que se alinham com o ODS 4 relativo a “promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida (ONU, 2015). Considerando a responsabilidade do enfermeiro perante a comunidade, exposta no 101º artigo do código deontológico dos enfermeiros (Ordem

dos Enfermeiros [OE], 2015a), identificou-se uma oportunidade para estabelecer um PIEC com base na metodologia do planeamento em saúde, de resposta às necessidades de qualificação dos AAD, e simultaneamente desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) descritas no Regulamento n.º 428/2018. Neste sentido este PIEC para a saúde foi desenvolvido na área da formação dos AAD, que já era foco de atuação da UCC no âmbito do projeto "Formar para cuidar" que visa o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, pessoais e sociais dos AAD que prestam cuidados à PeSD na área de influência da UCC. A integração foi numa ótica de parceria e colaboração comunitária e contribuiu com a dinamização, inovação e documentação do referido projeto reforçando a capacidade de intervenção da UCC em matéria de educação para o desenvolvimento (ED). A participação foi acolhida positivamente pelo coordenador da entidade de apoio social parceiro da UCC, unidade funcional que intervém sobre grupos vulneráveis (Decreto-Lei n.º 28/2008).

Assim o objetivo geral do projeto foi capacitar os AAD na prestação de apoio no autocuidado às PeSD nas AVDs. Mais especificamente, para a consecução do projeto: **Realizou-se um diagnóstico de situação** relativo as necessidades formativas do grupo de AAD da VAD da entidade de apoio social parceira, através da identificação das dificuldades para o desempenho da função de apoio nas AVDs. **Definiram-se prioridades de ação** consoante a grandeza das necessidades encontradas e considerando os recursos disponíveis. **Fixaram-se objetivos** que contribuíram para orientar o caminho a seguir. **Selecionaram-se estratégias** de intervenção para aumentar a probabilidade de sucesso do projeto na capacitação para a prestação de apoio no autocuidado. **Operacionalizaram-se as estratégias** adotadas como meio de intervenção em enfermagem comunitária. **Avaliou-se a intervenção** comunitária que contribuiu para capacitar os AAD. **Divulgam-se os resultados** da intervenção.

Este relatório está organizado em três capítulos, o primeiro refere o enquadramento teórico da temática em estudo, o segundo a metodologia do planeamento em saúde, o terceiro as considerações finais. Este documento foi escrito seguindo as normas para a elaboração dos trabalhos escritos publicada pelo centro de documentação e biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e as referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com a norma APA 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Enfermagem fornece formas coerentes e holísticas de ver e abordar o cuidado às pessoas no seu ambiente e procura a melhoria continua da sua prática e, portanto, a melhoria da saúde e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades cuidadas (Parker & Smith, 2015).

Os processos de saúde e doença são influenciados pelas condições básicas de vida e resultam da "interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais" (MS, 2015, p. 17). A mesma fonte refere que todos os setores da vida social "devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações" (p.18).

A operacionalização da resposta social de apoio nas atividades básicas e instrumentais de vida diária a PeSD será explanada em articulação com o setor da saúde nos Subcapítulos apresentados.

1.1. A Pessoa em Situação de Dependência

Num cenário com uma PeSD e vulnerável, existe um ambiente de cuidados onde o seu bem-estar é o motivo de preocupação e alvo de todos os parceiros de cuidados. Uma forma de abordagem na promoção do bem-estar pode passar como referido no ODS 11: pela promoção de ambientes favoráveis á saúde (ONU, 2015). Qualquer ação de melhoria sobre um dos diversos fatores determinantes de saúde com os quais a pessoa interage, no ambiente onde a pessoa vive e se desenvolve, influencia os outros fatores e potencia a qualidade desse ambiente, o que favorece a saúde (Neuman, 2005).

O Decreto-Lei n.º 101/2006, refere que a **Dependência** é "a situação em que se encontra a pessoa que por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária" (p.3857).

As pessoas em situação de dependência necessitam de apoio de terceiros para a realização das AVDs: as básicas (como alimentar-se ou cuidar da sua higiene) e/ou instrumentais (como ir às compras ao supermercado, gestão financeira) para o autocuidado de saúde.

Portugal (2016) refere que a "variável que se assume como central no processo de envelhecimento é a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado" (p.3). Também o Decreto-Lei n.º 101/2006 refere que a "**Funcionalidade** é a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente "(p.3857).

1.2. Envelhecimento como fator de Risco para perda da Funcionalidade

O PNS 2021-2030 explora os recentes indicadores demográficos produzidos pelos sensos 2021, e descreve que a esperança de vida à nascença aumentou e acentuou-se o duplo envelhecimento demográfico em Portugal sendo que o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou em 350.028 pessoas, o número de jovens diminuiu em 221.008 pessoas e o número de pessoas em idade ativa também diminuiu, em 406.590 pessoas. Os indicadores de envelhecimento refletem isso nas suas percentagens (%). O índice de envelhecimento passou de 127,8 em 2011 para 182,1 em 2021, o índice de dependência de idosos aumentou de 28,8 para 36,8 e o índice de sustentabilidade potencial reduziu de 3,5 para 2,7 o que quer dizer que existem 2,7 pessoas em idade ativa por cada idoso (MS, 2020).

Viver mais anos é um resultado da melhoria da qualidade de vida que o desenvolvimento proporciona (WHO, 2015). Em Portugal a esperança média de vida é mais elevada do que a média da União Europeia (MS, 2018), mas "o aumento da longevidade não tem sido acompanhado do desejado aumento dos anos de vida saudáveis aos 65 anos" (MS, 2020, p.176). O relatório Health at a Glance 2021 descreve que em Portugal, no ano de 2019, 60% das pessoas com mais de 65 refere ter limitações na realização das atividades diárias (OCDE, 2021).

Envelhecimento não é sinónimo de doença e dependência. No entanto o aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis associadas a idade avançada, são responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidades (YLD – Years Lived with Disability) (SNS, 2017).

Esta transição demográfica levanta desafios de sustentabilidade transversais a todos os setores da sociedade (ONU, 2015), sendo responsável pela escassez de

recursos humanos e simultaneamente pelo aumento da procura por serviços de saúde, porque com o aumento da idade há maior fragilidade e propensão para o aparecimento de doenças crónicas, alterações na morbilidade e outras condições que podem levar a limitações, perda de autonomia, de funcionalidade e a situações de dependência (Oliveira, *et al.*, 2019; Lopes, *et al.*, 2018), o que coloca pressão de resposta sobre os prestadores de cuidados integrados porque diminui o rácio de profissionais relativamente a pessoas que procuram cuidados (WHO, 2022).

Tendo em conta que o Índice de dependência dos idosos ultrapassa as projeções, o PNS 2021-2030 encoraja o estabelecimento de parcerias para a realização de intervenções de promoção de saúde para um envelhecimento com dignidade que reflitam as variações da dependência para mitigar os efeitos das alterações demográficas e epidemiológicas (MS, 2020).

1.3. Respostas Integradas de Saúde e Sociais à Dependência

Em 1945 as nações unidas decidiram salvaguardar os direitos humanos e conjugar esforços para “promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de um conceito mais amplo de liberdade” (Carta das nações Unidas, 1945, p.3). Estes valores continuam a impulsionar o desenvolvimento sustentável cuja Agenda 2030 elege lemas como: “saúde em todas as políticas”, ou “saúde para todos sem deixar ninguém para trás” que para a sua consecução utiliza estratégias dinâmicas como o de cuidado centrado na pessoa, que envolvem os países num esforço de colaboração para criarem respostas diferenciadas e dirigidas às necessidades específicas das pessoas. Neste caminho de construção de um mundo mais justo surge a estratégia “Década do envelhecimento saudável” que incita a realização de projetos que respondam às necessidades das pessoas que envelhecem (WHO, 2020).

De acordo com Hesbeen W. (2000) cuidar é essencial à vida e ao futuro do mundo. Desde sempre que as pessoas cuidam dos seus familiares usando redes formais e informais de cuidados para superar necessidades e promover o bem-estar.

De fato, a maioria das PeSD nas AVDs, preferem continuar no seu ambiente familiar e manter as suas redes sociais o maior tempo possível (OCDE, 2020), permanecendo nas suas casas ao cuidado das suas famílias que sempre foram o primeiro suporte (Bartfay, *et al.*, 2016; Blackburn, *et al.*, 2016). Mas, quando as

necessidades de cuidados são extensas e a família não consegue dar resposta, há necessidade de introduzir apoio da comunidade (Reckrey, *et al*., 2020).

As respostas formais de cuidados de saúde que existem em Portugal para PeSD independentemente da sua idade, estão maioritariamente integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo um dos seus objetivos a melhoria continua da prestação de cuidados (Decreto-lei n.º 101/2006), visando garantir a manutenção da PeSD com necessidades de cuidados de complexidade crescente, no seu ambiente sócio familiar face aos processos de saúde doença que ocorrem nas pessoas e famílias ao longo do ciclo de vida, sempre que mediante o apoio domiciliário (AD) possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.

Portugal salvaguardou na lei de bases da saúde o direito a todas as pessoas a "gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer" (Lei n.º 95/2019). A mesma lei refere ainda que "O direito é também uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos" (Lei n.º 95/2019). A RNCCI tenta agir coordenadamente em várias direções agregando a multidimensionalidade dos cuidados formais e informais, pelo que alinha com o modelo de intervenção colaborativa "rumo à saúde sustentável, de tod@s para tod@s" do PNS 2021-2030.

Segundo a OECD, Eurostat e WHO (2017), os cuidados de longa duração consistem em uma gama de cuidados médicos, pessoais e de assistência. Serviços que são fornecidos com o objetivo principal de aliviar a dor, reduzir ou controlar a deterioração do estado de saúde para compensar a perda de capacidade de pessoas com um grau de dependência de longo prazo, auxiliando-as com seus cuidados pessoais através de ajuda nas AVDs, e ajudando-as a viver de forma independente.

O Decreto-Lei n.º 101/2006 descreve nos artigos 27 e 28 que a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades que prestam o apoio social para a prestação de serviços domiciliários multidisciplinares, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros. Deve

trabalhar em articulação e cooperação e apoiar-se nos recursos locais disponíveis para assegurar cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, incluindo serviços de apoio no desempenho das AVDs para a satisfação das necessidades e serviços de Educação para a saúde às PeSD, familiares e cuidadores.

Um dos recursos locais disponível é o SAD que em conjunto o CD, integra a VAD da entidade de apoio social. O SAD é o serviço de resposta de apoio social que compreende a prestação de cuidados e serviços a famílias e ou PeSD física e ou psíquica que se encontrem no seu domicílio, "e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito" (Portaria n.º 38/2013, p.605).

1.4. Ajudante de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário

Ajudante de ação direta é enquadrado no regime jurídico português como sendo a unidade de pessoal necessário ao normal funcionamento do SAD, conforme artigo 9º da Portaria n.º 38/2013 que estabelece as condições de instalação e funcionamento do SAD. O ordenamento do seu conteúdo funcional foi descrito e publicado pelo Decreto-Lei n.º 414/99 num movimento de valorização da função para diferenciar de outro grupo auxiliar de apoio pela especificidade contextual das funções exercidas e face à complexidade das tarefas que desenvolvem na sua atividade em contacto direto com as PeSD que necessitem de apoio social. O decreto anteriormente referido foi revogado pelo decreto de lei 121/2008 que extingue carreiras e categorias cujos trabalhadores transitam para as carreiras gerais, e no artigo 7º identifica os AAD e insere-os na carreira geral de assistente operacional, cuja caracterização é definida pela Lei n.º 12-A/2008 no n. º2 do artigo 49º. O descritivo do conteúdo funcional de assistente operacional faz recair sobre estes trabalhadores funções de natureza essencialmente executiva, de caracter manual ou mecânico para a realização de tarefas de apoio elementares indispensáveis ao funcionamento dos serviços, podendo comportar esforço físico sem fazer qualquer tipo de diferenciação.

A OECD, Eurostat, World Health Organization (WHO) (2017, p.57) refere a *International Standard Classification of Occupations (ISCO)*, para definir os trabalhadores com as mesmas funções que os AAD dos SAD com a denominação de Home-based Personal Care Workers (ISCO-08 code: 5322), onde inclui os personnel

carers e Home care aide, como o que "*provide routine personal care and assistance with activities of daily living to persons who are in need of such care due to effects of ageing, illness, injury, or other physical or mental condition in private homes".* A OECD (2021) consistente com a definição anterior, classifica e inclui esses trabalhadores no grupo dos cuidadores remunerados do setor formal de cuidados de longa duração. Em Portugal equivale ao setor dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) que contabiliza 2146 trabalhadores de cuidados diretos em casa - menos de um trabalhador para cada cem habitantes com 65 ou mais anos, número muito abaixo da média dos países da OCDE e claramente insuficiente para responder às necessidades de procura. A escassez do setor tem implicações negativas no acesso aos serviços de apoio que prestam (OCDE, 2021).

Em Portugal a denominação desses trabalhadores pode variar de acordo com a instituição e com o contexto onde trabalham, com o fato de estarem debaixo de supervisão direta de um profissional de saúde ou não, com o regime de segurança social a que estão enquadrados (Segurança Social, 2021) e ainda com o tipo de população que atendam. Como exemplo de diferente denominação para a mesma função refiro: ajudante familiar, ajudante de ação direta, auxiliar de ação direta, auxiliar de enfermagem, auxiliar de geriatria e apoio a comunidade entre outros.

Segundo OECD (2020) em muitos países estes trabalhadores não são identificados como fazendo parte dos profissionais de saúde. Em Portugal podem exercer funções em meio hospitalar sob a alçada do setor da saúde, noutras instituições como unidades de cuidados continuados e lares de idosos onde estão sob a alçada dos seus empregadores mas exercem funções sob supervisão próxima de um profissional de saúde habitualmente de enfermagem, e ainda exercerem funções em meio domiciliário onde as AAD dos SAD estão sob a alçada do setor da assistência social e solidário, e no quotidiano das suas funções, muitas vezes não têm supervisão próxima de profissionais de saúde, mas sim das próprias pessoas de quem cuidam e das suas famílias.

Os AAD do SAD e CD, executam tarefas de apoio direto e assistência, várias vezes por dia, para a satisfação nas AVDs da PeSD permanente e irreversível ou transitória. As AAD intervêm na área da saúde realizando tarefas impostas pela sua interação de proximidade com as pessoas apoiadas, pois são muitas vezes os primeiros a notar alterações no seu estado de saúde, sinais de doença ou dor (ZAINAB *et al.*, 2022).

O fato das pessoas com perda de funcionalidade e com multimorbilidade ficarem durante mais tempo em casa, faz com que recebam mais cuidados de saúde avançados e especializados em casa, o que aumenta a complexidade do trabalho e apoio prestado pelos AAD (Sjöberg, *et al.*, 2020) alicerçado às suas necessidades de formação em constante mudança. (Luker, *et al.*, 2019).

Para que a qualidade do seu apoio nas AVDs seja otimizada, é importante identificar necessidades e potencialidades da PeSD e agir em conformidade para a promoção de autonomia e manutenção da sua dignidade. A formação específica e a experiência profissional dos AAD ajudam no desenvolvimento e aprimoramento das competências que permitem identificar, avaliar e tomar decisões para agir e responder eficientemente às necessidades das pessoas. Em contrapartida, as dificuldades dos AAD (motivos de vulnerabilidade, e de rotatividade), como a elevada taxa de cuidadores emigrantes que encaram esta atividade como temporária, como os contratos precários, os baixos salários, a carga, os riscos de doenças profissionais, as condições de trabalho, assim como a baixa qualificação e formação específica, podem comprometer a qualidade do apoio prestado e a sua saúde. É necessário por isso investir na formação continua para capacitar e qualificar esses profissionais durante o tempo de exercício profissional para os dotar de mais competências e melhoria de outras, como condição para melhorar a prestação de apoio no autocuidado á PeSD.

Em 2019, Portugal apresentou valores inferiores à média da UE nas despesas que gastou com cuidados continuados (111 EUR per capita, ou 5 % do total das despesas de saúde, sendo de 16 % na UE), incluindo as despesas com formação (OCDE, 2021; PNS 2021-2030). A formação aumenta a capacidade de resposta dos profissionais melhorando a acessibilidade a esse apoio com elevada procura. A elevada procura está representada no relatório da carta social 2020, que menciona o aumento acelerado da população com 65 ou mais como fator para justificar os condicionamentos do crescimento da taxa de cobertura das respostas do SAD. Isto porque a evolução positiva de 3,3% nas taxas de cobertura nos últimos 10 anos, contrastam com a evolução de crescimento de 170 % no número de respostas de SAD no período 2000-2020 (GEP, 2021, p.50). Por este motivo, OCDE (2020; 2021) refere que o aumento das respostas integradas (saúde social), não acompanha o envelhecimento e a procura por serviços de apoio à dependência (OCDE, 2020).

A manutenção das PeSD em casa, no seu ambiente familiar e domiciliário só é possível se houver condições de resposta, para atrasar e evitar a institucionalização. Essas condições de resposta não passam só por um maior número de respostas SAD, mas também é necessário que os AAD se possam adaptar á crescente complexidade dos cuidados que se realizam em casa. Esta adaptação faz-se também pela melhoria das competências técnicas e relacionais a partir da aprendizagem associada ao contexto do seu desempenho profissional.

1.4.1. Formação em serviço de ajudante de ação direta

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2012), reconhece a educação, o acesso à formação profissional e a aprendizagem ao longo da vida como um direito fundamental, o Pilar Europeu dos Direitos Sociais define o direito a uma educação inclusiva e de qualidade, à formação e à aprendizagem ao longo da vida para a meta "de que pelo menos 60% de todos os adultos participem em ações de formação anualmente, até 2030" (Comissão Europeia [CE], 2021, p.7). A educação é um determinante que condiciona fortemente o estado de saúde, "já que tem uma grande influência no acesso dos indivíduos à informação, na sua capacidade (…) de adoção de comportamentos saudáveis. Um nível educacional mais elevado reduz a propensão para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental" (MS, 2018, p.12).

Os AAD enfrentam grandes desafios porque não estão preparados, para enfrentar a grande incerteza e complexidade estabelecida pela transição demográfica e epidemiológica, pois têm baixa escolaridade e não tiveram formação inicial de base de qualidade. Pinheira & Beringuilho (2017) descrevem que a formação recebida pelos cuidadores formais de uma estrutura residencial foi realizada maioritariamente no local de trabalho, em algumas competências básicas, por colegas com a mesma categoria e que exercem as mesmas funções.

A Aprendizagem ao longo da vida (ALV) acompanha a vida quotidiana. A capacidade de as pessoas aprenderem ao longo da vida através das atividades que realizam, é o que lhes permite a adaptação a um mundo em constante mudança tecnológica e demográfica (European commission [EC] *et al.*, 2019). A Formação em serviço (FS), segundo Serra, M. *et al.* (2016), contribui para promover a saúde das populações, opera no determinante Educação impulsionando o desenvolvimento profissional e pessoal dos indivíduos. Integra a formação contínua das organizações,

particularmente através de ações formativas, em uma dinâmica de transmissão formal de conteúdos, mas também através de partilha e discussão de situações vividas em contexto de trabalho, incentivando a aprendizagem colaborativa entre pares descrita em European Commission *et al.* (2019, 2021).

A aprendizagem ao longo da vida deve tornar-se o princípio diretor que garante a todos o acesso a ofertas de educação e de formação, numa grande variedade de contextos de aprendizagem, e refere-se a todas as atividades significativas de aprendizagem, que habitualmente se desenvolvem nos locais de trabalho, em organismos e associações, no seio de atividades sociais, espontaneamente no dia a dia, fora dos estabelecimentos de formação institucionalizados, (Commission of the European Communities [CEC], 2000, p. 8; Alheit & Dausien, 2006, RCM n.º 94/2018). A aprendizagem, estende-se a todos os domínios da vida, os ambientes de aprendizagem complementarem-se organicamente (o domicílio da PeSD é um local de aprendizagem informal, e o momento de FS na instituição serve para refletir e organizar as aprendizagens). “A dimensão do ‘lifewide learning’ (educação abarcando todos os aspetos da vida) enfatiza a complementaridade entre aprendizagens formais, não formais e informais” (CEC, 2000, p.9, citado por Alheit & Dausien, 2006, p. 178).

A formação expande a capacidade para lidar com desafios inerentes a função, impacta a autoconfiança e a disponibilidade para relações interpessoais, promove a coesão entre os parceiros, abona a segurança e a qualidade dos cuidados, potenciando resultados positivos em saúde, o que melhora a satisfação de todos os intervenientes. (Bayly *et al.,* 2018; Lange *et al.*, 2013; Maxwell *et al*., 2021; Olson *et al.*, 2016; Russell et al., 2022; Savundranayagam *et al.*, 2020)

Para iniciar funções de AAD não está regulamentado qualquer requisito de formação específica na área, uma vez que o Decreto-Lei n.º 414/99 foi revogado, no entanto aparece como condição a escolaridade obrigatória para o exercício de atividade de Ajudante Familiar (Segurança social, 2021). Porém o empregador valoriza a FS, que acontece ao longo da vida do profissional, pela experiência da prática que vai adquirindo no contato com situações particulares do contexto onde se insere e onde está sujeito a vários fluxos de energia circunstanciais. Neste contexto existe a necessidade de investir na preparação dos AAD para as funções que desempenham em resposta às necessidades das PeSD. O Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro), atualmente estabelece que cada trabalhador tem direito, em cada ano, a um número mínimo de horas de formação contínua, que o

empregador deve proporcionar. É a oportunidade para dinamizar “atividades de sensibilização, de divulgação e de mobilização destinadas a reforçar a participação na aprendizagem ao longo da vida” (EC *et al.*, 2021)

A complexidade do trabalho de apoio dos AAD, é também motivada pelo contexto de incerteza, variabilidade e rotatividade de situações e senários, potenciais de aprendizagem (os utentes pela sua idade avançada, tem uma alta mortalidade), esta variável justifica a necessidade de atualizações na formação para promover a reflexão e o desenvolvimento de novas habilidades que preparem para o bom desempenho na prestação de apoio a novas situações e exigências de resposta, como contributo para a melhoria dos cuidados prestados (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Alinhada com esta ideia, a OCDE (2020) refere que para ter respostas de cuidados considerados de alta qualidade, além de desenvolver e aplicar modelos de cuidado que respeitem os desejos da pessoa e promovam dignidade e autonomia, deve-se garantir que o pessoal que trabalha em cuidados de longa duração seja adequadamente capacitado. Ideia já patente na RNCCI que refere a importância de qualificar e humanizar a prestação de cuidados, potenciando os recursos locais. (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Importa referir que segundo Portugal (2016), 85% dos utilizadores da RNCCI são idosos, o que torna imperioso continuar a investir na integração de cuidados e em profissionais habilitados tendo em vista as necessidades atuais e futuras (MS, 2020). Neste domínio comunga-se da ideia contida em WHO (2022a) de que é importante que a formação para profissionais de saúde, a par das competências técnicas “incorpore a comunicação para permitir a tomada de decisão informada; a clarificação de valores; a prática colaborativa; e abordagens de cuidado empático e compassivo” (p. 20). Corrobora-se ainda com a definição de desenvolvimento de capacidades contidas em WHO (2021a). Cabendo habitualmente ao enfermeiro a supervisão dos AAD, importa desocultar o papel deste como promotor da Formação continua em Serviço através de ações formativas.

1.5. O enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

Uma boa prática de potenciar recursos locais para qualificar e humanizar a prestação de cuidados passa pela utilização do EEEC, que integra a ECCI, como recurso para contribuir para o processo formativo dos AAD das entidades de apoio social que trabalham em articulação com a UCC. Porque o EEEC está habilitado

segundo o Regulamento n.º 428/2018 da OE para promover a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, podendo para tal mobilizar e integrar conhecimentos de outras áreas como da educação nos processos de capacitação das comunidades. Assim, o EEEC para além de gestor deste projeto, foi parceiro na operacionalização, pela promoção da educação a estes cuidadores.

Sendo a Enfermagem uma profissão do cuidar humano, considera-se que o EEEC pode intervir modificando favoravelmente os ambientes para potenciar melhor saúde a este grupo profissional promovendo a melhoria das suas competências. Neste sentido o EEEC deve agir para identificar necessidades, avaliar potencialidades e promover respostas eficazes que tenham em conta a multidimensionalidade dos seus determinantes de saúde. Os AAD também precisam ser cuidados, assim uma organização/instituição que baseia a sua intervenção sobre a comunidade no respeito pela dignidade Humana e na salvaguarda do direito a autodeterminação deve assegurar que esses valores sejam permeáveis a toda a organização nomeadamente em todos os seus colaboradores. McCormack (2019, p. 10) argumenta dizendo que "é imoral esperar que um trabalhador preste cuidados centrados na pessoa se ele próprio não vivenciar os mesmos valores centrados na pessoa na forma como é tratado no seu dia a dia de trabalho". A ideia inerente a este argumento é de que os ambientes de cuidados centrados nas pessoas, do respeito pela individualidade, da valorização pessoal, beneficiem e melhorem as condições de saúde de todos (das pessoas cuidadas e das pessoas que cuidam) (Anker-Hansen, C. *et al.*, 2018), como os lemas -saúde para todos sem deixar ninguém para trás em ONU (2015) e -adicionando vida aos anos em WHO (2020). Este projeto visou melhorar a formação dos AAD na prestação de apoio no autocuidado à PeSD e indiretamente envolveu as PeSD e familiares e consequentemente não os deixou para trás.

Dinamizar atividades formativas na ECCI pode ser considerada uma intervenção que integra a Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento (ENED) 2018-2022 (Resolução do Conselho de Ministros [RCM] n.º 94/2018) e as atividades para a Década do envelhecimento saudável, para melhorar a vida dos AAD que também são pessoas que envelhecem nas suas comunidades, para além de intervirem nos ambientes das pessoas de quem cuidam, porque concorre para a "promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles

depende" (MS, 2015, p.14). Na FS o enfermeiro disponibiliza uma resposta que dá a oportunidade aos AAD de demonstrarem comportamento de procura de saúde, de partilharem conhecimento e experiências, de participarem no aperfeiçoamento de capacidades de reflexão, e agirem no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais. A ação pedagógica habilita e prepara para a construção de um processo de pensamento crítico, que permite diversificar as decisões perante situações novas e inesperadas e escolhas que potenciam o direito a uma longevidade saudável (RCM n.º 94/2018; WHO, 2020).

1.6. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Basear a prática no conhecimento da Enfermagem é fundamental para introduzir o cunho exclusivo da visão da disciplina na organização dos planos de cuidados de abordagem às necessidades das pessoas, sendo que os enfermeiros que conduzem a prática numa base teórica são mais aptos a prestar cuidados abrangentes e individualizados que ilustram melhores práticas (Aylward, P.& Lowry L., 2015).

O projeto baseou-se no modelo de sistemas de Betty Neuman (2002), como referencial teórico. O seu quadro de referência permite centrar a prática no grupo escolhido, evidenciando as relações e a influência e potenciação que uma ação sobre um fator estressor, de qualquer um dos contextos, pode ter no sistema e nos resultados de outro contexto, e evidenciando a sua interdependência e interação com os resultados dos múltiplos contextos ambientais onde está inserido (Freese, 2004). A base teórica dos conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem possibilita um olhar atento e holístico com foco no bem-estar do grupo, que fornece uma perspetiva baseada em duas componentes, o estresse e o comportamento de reação ao mesmo. (Rodrigues, 2021).

Assim, Pessoa é definida como **o sistema cliente** que neste caso **é o grupo de AAD** que é percebido como um sistema aberto (e por isso passível de ser influenciado por fatores externos), composto por uma **estrutura básica-** o core, com recursos energéticos de sobrevivência para funcionar, que é **protegida por linhas de resistência** (que produzem um grau de reação que varia de acordo com a intensidade e duração com que as variáveis intervêm ao nível das idiossincrasias da estrutura básica e das resistências naturais ou aprendidas), **em constante interação** e relação interdependente e recíproca **com** os vários **ambientes**. O Ambiente engloba todos os fatores internos e externos que afetam e são afetadas pelo cliente. O ambiente criado

influencia e é influenciado pelas alterações do estado de saúde do cliente, “é inconscientemente desenvolvido e utilizado pelo cliente para sustentar o coping protetor” (Freese, 2004, p. 340), é dinâmico e mobiliza as variáveis do sistema para o ajudar a lidar com as ameaças dos stressors, alterando-as ou adaptando-se a elas para encontrar estabilidade. As variáveis em interação que devem ser apreciadas são: fisiológica, desenvolvimento, psicológica, socio-cultural e espiritual. Cada variável é uma subparte do todo, que é considerado mais do que a soma das partes e determinam se haverá ou não a possibilidade de reagir ao stressor, e a natureza e o grau de reação aos stressors. Os stressores são de natureza intra, inter e extra pessoal e proveem dos ambientes interno, externo e criado, podem ocorrer em simultâneo sobre as diferentes variáveis e nos vários níveis da estrutura, com o poder de quebrar a estabilidade desse sistema (Neuman, 2005).

A intervenção comunitária em enfermagem, ao nível da prevenção primária, preocupa-se com as variáveis dos fatores stressores sejam reais ou potenciais, que possam influenciar a complexidade dos problemas de saúde, e ajuda preparando o grupo a desenvolver melhores respostas face a situações de stress, para reter recursos e energia, para atingir ou manter a estabilidade do sistema (Neuman, 2005).

A saúde reflete o grau de variação do bem-estar, num continuum com graus variados de instabilidade do sistema, a diferença da condição de bem-estar normal ou usual. O nível de saúde usual é identificado como a linha de defesa normal protegida por uma linha de defesa flexível. Quando os stressores quebram a linha flexível de defesa, o sistema é invadido e as linhas de resistência são ativadas. Se estiverem disponíveis os recursos de energia adequada, o sistema é reconstituído com a linha de defesa normal restaurada e a linha flexível de defesa estabilizada. Quando a energia para a reparação do dano é insuficiente surge a doença, que é um gasto excessivo de energia, quando na instabilidade é usada mais energia do que aquela que é construída e armazenada, o resultado pode ser a morte (Neuman, 2005).

Neuman (2005) preconiza intervenção de enfermagem aos três níveis de prevenção. A enfase neste projeto é na prevenção primária como base para a promoção da saúde, para expandir a capacidade do grupo para lidar com os stressors, criando um ambiente de segurança e equilíbrio no seu sistema para a manutenção do bem-estar. A Ação é para prevenir a direção negativa do stressor e os fatores de risco. Pressupõe identificação do risco e deve ser feita preferencialmente antes da reação. Segundo Neuman, (2005) as estratégias incluem educação para a saúde, para

reforçar a linha flexível de defesa. No processo de enfermagem de Neuman estão previstos diagnósticos, metas e resultados de enfermagem. Nesse sentido para planear a organização dos dados e facilitar a interpretação que permitirá fazer os diagnósticos de enfermagem organizam-se as variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento, espiritual (quadro 2 do subcapítulo 2.2.4) do sistema cliente a partir das variáveis obtidas pela informação recolhida. Posteriormente faz-se a administração estratégica do planeamento e avalia-se o impacto alcançado pelo plano de intervenção.

1.7. Revisão da Literatura

Com o objetivo de preparação operacional e para uma prática baseada na evidência que informe para melhorar a capacidade de resolução de problemas, foi realizada uma Scoping Review (apêndice 1).

1.7.1. Scoping review

Segundo a OECD(2020) os AAD do SAD, muitas vezes, no quotidiano das suas funções, não têm supervisão próxima de profissionais de saúde, mas sim das próprias pessoas de quem cuidam e das suas famílias. A comunicação é indispensável e uma componente sempre presente de trabalho de parceria entre todos os intervenientes do processo do cuidar (equipa multidisciplinar, PeSD, família) na abordagem às necessidades de saúde. É através dela, das relações interpessoais que se recebe e se transmite informação e também que se fazem aprendizagens significativas.

Para contribuir na capacitação dos AAD, munindo de recursos a elaboração do projeto, construiu-se a seguinte Questão de Partida: Como é que o enfermeiro pode promover a capacitação dos Ajudantes de Ação Direta do serviço de apoio domiciliário na comunicação com os parceiros de cuidados à pessoa com dependência? Dos 131 artigos revelados 6 foram revistos e sintetizados e os contributos suportaram a preparação da intervenção do enfermeiro para a Formação em serviço. Assim evidenciou-se a utilidade do desenvolvimento colaborativo de estratégias de aprendizagem, a pesquisa de informação e descodificação de conhecimento, a partilha de experiências, a reflexão supervisionada da prática, as dinâmicas específicas de acordo com necessidades de contexto, a prática simulada, entre outras, como respostas consistentes para abordar eficazmente as necessidades formativas dos AAD. (Bayly *et al.*, 2018; Lange *et al.*, 2013; Maxwell *et al.*, 2021; Olson *et al.*, 2016; Russell *et al.*, 2022; Savundranayagam *et al.*, 2020).

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Projeto com base na Metodologia do Planeamento em Saúde descrita por Imperatori & Geraldes (1993), para fazer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, proceder à elaboração do seu diagnóstico de saúde e intervir perspetivando melhorias no estado de saúde. Para o projeto ser sustentável é necessário conhecer a realidade e garantir a "racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas em saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos" (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 6).

O projeto, respeitou as seguintes etapas: (1) diagnóstico de situação; (2) determinação de prioridades; (3) fixação de objetivos; (4) seleção de estratégias; (5) preparação operacional; e (6) avaliação (Tavares, 1990). O Cronograma definido no início do projeto foi ajustado e encontra-se no apêndice 2.

2.1. Procedimentos Éticos

A intervenção deve ser planeada salvaguardando as liberdades e garantias de cada pessoa. Fortin (2009) refere: "Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa" (p. 180). O enfermeiro deve exercer a sua profissão consciente das responsabilidades profissionais e do dever cívico, (OE, 2015a), e ter em conta os princípios da beneficência, justiça/equidade e não maleficência, e seguindo a dimensão do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal plasmado no Regulamento n.º 140/2019 da OE, respeitante às competências comuns do enfermeiro especialista.

Foram efetuados um conjunto de procedimentos para assegurar que os valores morais e os princípios éticos fossem respeitados, e reduzir ao máximo possíveis constrangimentos da participação das pessoas no projeto. Respeitando a hierarquia, foram requeridas autorizações para a realização do projeto ao diretor do ACES, ao Diretor da UCC e ao diretor da instituição parceira envolvida, que consentiram (apêndice 3, 4, 5). Foram pedidas as autorizações para uso e adaptação do instrumento de colheita de dados aos autores, Enfermeira Sofia Militar e a Enfermeira Helena Correia, sendo as suas respostas favoráveis (Apêndices 6 e 7).

Submeteu-se um processo de pedido de parecer junto da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) tendo obtido um parecer Intermédio a 21/06/22 (Anexo I) que pedia reformulações. A reformulação foi enviada a 25/06/2022 que teve parecer favorável (5047/CES/2022) a 09/08/2022 (Anexo II).

Os diretores técnicos diretos e as Ajudantes de ação direta foram informados sobre a finalidade, os objetivos, e os benefícios que se desejava atingir com a implementação e participação no projeto.

Relativamente ao preenchimento do inquérito por questionário pelas AAD, este foi disponibilizado em papel num envelope fechado, foi-lhes apresentado um pedido de consentimento informado (apêndice 8) cumprindo os princípios éticos do anonimato, da autonomia e da confidencialidade. Não se previa e não se manifestou qualquer dano físico, emocional ou psicológico para os participantes ou benefícios imediatos. Porém, a sua participação no estudo contribuiu para planear formação centrada nas suas necessidades, o que promoveu uma melhoria continua dos seus conhecimentos e a qualidade do apoio prestado como se verificou.

Foi atribuído um nº de código aos instrumentos de recolha de dados preenchidos, que foi de conhecimento exclusivo da investigadora. Estão devidamente guardados por um período que permita voltar aos dados se necessário. Trataram-se os dados conforme o descrito na Lei n.º 58/2019 (2019) e Lei n.º 59/2019 (2019).

2.2. Diagnóstico de Situação

O projeto emergiu da necessidade de dar continuidade a um dos programas do plano de ação da UCC (2013) e à sua carta de compromisso (2021). Para tal foram realizadas reuniões preliminares, com a EEEC e com as diretoras técnicas da VAD, da entidade de apoio social parceira, tidas como peritas e consideradas informantes chave, para aferir a pertinência do estudo. Nesta primeira etapa do planeamento em saúde, fez-se um estudo, observacional, exploratório-descritivo e transversal, sobre as necessidades formativas, de uma amostra de AAD da entidade de apoio social parceira da UCC.

2.2.1. Contextualização do local de intervenção comunitária

O local de estágio foi numa UCC que integra um ACES da ARSLVT. O início da sua atividade data de 25 de janeiro de 2010, abrange 31444 utentes, dos quais

7451 têm 65 ou mais anos e correspondem a 38,22% da população. segundo o seu Bilhete de Identidade (Anexo III) têm um índice de dependência total de 61,29%. Abrange as áreas geográficas da união das freguesias da Pontinha e Famões que representa segundo o plano de ação da UCC NP (2013), um total de área geográfica de 9,44 km2. As alterações demográficas nestas freguesias seguem a tendência crescente do país e os indicadores de dependência e sustentabilidade acrescentam relevância a este projeto de intervenção comunitária que aborda grupos mais vulneráveis adequando-se a prestação de cuidados descrita no Decreto-lei nº 28/2008.

A equipa multiprofissional da UCC é constituída por 8 enfermeiros, 1 assistente operacional, 1 assistente administrativa, 1 técnica de limpeza, 1 segurança, 1 médico, 2 psicólogas, 1 fisioterapêutica, 2 assistentes sociais, com horas específicas.

O plano de ação da UCC (2013) e a sua carta de compromisso (2021) referem que pretende melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde, promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, fazendo o acompanhamento de proximidade dos processos de saúde/doença da comunidade. Tem programas ativos dirigidos à população ao longo de todo o ciclo vital, contando para isso com várias parcerias com as entidades que prestam apoio social na sua área geográfica de abrangência, e foi identificada a necessidade de dotar, os AAD do SAD e Centros de dia que cooperam com a sua ECCI, de competências básicas e essenciais à prestação de cuidados que realizam com a colaboração das enfermeiras especialistas da ECCI.

2.2.2. População, população alvo e amostra

Fortin (1999) refere que é necessário definir com precisão a população a estudar e identificar os elementos que a constituem, que devem partilhar caraterísticas comuns. Assim a população envolveu os AAD de uma das quatro entidades sociais que prestam funções na VAD a PeSD na área geográfica da UCC de um ACES da ARS LVT onde se realizou o estágio e que tem implementado o projeto Formar para Cuidar.

O conjunto de indivíduos que “satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem generalizações” (Fortin, 2009, p. 311), é a população alvo. O processo de seleção dos participantes para integrar a amostra foi não probabilístico por conveniência mediante os seguintes **critérios de inclusão**: Exercer funções de apoio domiciliário; Concordar participar no projeto; Assinar e entregar o consentimento informado; Encontrar-se no exercício das funções no período de 03-

10-2022 a 17-10-2022. Este período temporal foi estabelecido, para salvaguardar a ocorrência de constrangimentos e maximizar a adesão na etapa de recolha da informação. **Critérios de exclusão**: Exercer funções na entidade social que não integre apoio domiciliário; Não entregar o consentimento informado assinado; Ausentes ao serviço durante o período de recolha de informação.

Dos 23 AAD participaram 22 sendo que um elemento ficou excluído por se encontrar ausente do serviço sem data de previsão para regressar.

2.2.3. Instrumentos de colheita de dados

Para colheita de dados o instrumento foi um questionário (realizado aos AAD) (apêndice 9), e como complemento recorreu-se a outro método de colheita de dados, a entrevista semiestruturada (realizada aos informantes-chave tidos como peritos: diretoras técnicas, responsáveis pelo SAD e CD) (apêndice 10).

O Conselho Nacional Saúde (2020) refere que é útil a comunidade ser ouvida, é necessário saber o que necessita e o que quer, porque a sua colaboração e partilha nas decisões é um direito e permite maior sucesso e adesão na implementação das ações de promoção e preservação da saúde.

Nesse sentido utilizou-se um questionário para a colheita de informações diretamente às AAD para “recolher informação sobre situações conhecidas, atitudes, conhecimentos, crenças, opiniões e sentimentos” (Fortin, 2009, p. 380), o que corrobora a sua adequação e aplicação. O questionário é composto por 3 partes: A, B,C, e foi elaborado pela Sr.ª Enfermeira Sofia Brites Militar em 2012, posteriormente a Sr.ª Enfermeira Helena Correia, em 2018, introduziu alterações. Este foi aplicado pelas referidas autoras nos projetos de intervenção comunitária realizados no âmbito de cursos de mestrados e em diferentes contextos de trabalho e regiões do país e tem demonstrado que serve o objetivo de avaliar as necessidades de formação dos AAD.

Pormenorizando cada uma das três partes: **Parte A** - acedeu-se a dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, habilitações literárias, formação), de avaliação laboral, de atividade formativa, atitude relativamente à profissão e a existência de redes de suporte. Esta é composta por 16 perguntas (A1 a A16), 5 abertas e 11 fechadas das quais 4 dicotómicas e 6 de escolha única que permitem a seleção de uma opção entre uma lista, sendo que em duas dessas perguntas uma das possibilidades de escolha é de resposta aberta, e 1 pergunta é flexível de múltipla escolha, com a possibilidade de seleção de mais do que uma

opção. **Parte B -** avaliação das necessidades de formação, através de uma escala de 39 perguntas fechadas agrupadas em 6 áreas (pergunta B1 a B6), relativas a atividades que os AAD desenvolvem, pretendeu-se obter a perceção que os AAD têm sobre o grau de dificuldade com que desempenham as funções definidas. As respostas para cada questão foram fornecidas por uma escala de tipo Likert com 5 pontos para ser abrangente. Assim cada item da escala é descrito com menor ou maior dificuldade quer qualitativa quer quantitativamente: variando de nível 1 (sem dificuldade) a nível 5 (tenho sempre dificuldade). A pontuação total expressa a dificuldade sentida e pode variar entre 39 e 195 pontos. Uma pontuação mais alta indica maior dificuldade em exercer as funções, logo pressupõe maior necessidade de formação/capacitação. A escala cobre 6 áreas chave da prestação de apoio nas AVDs (higiene e conforto, alimentação, eliminação, segurança, autonomia, comunicação) da pessoa com dependência (Portaria n.º 38/2013). Saber o grau de dificuldade no desempenhar o apoio naquelas atividades permitirá adequar o planeamento e centrar a intervenção nas necessidades da amostra em estudo. **Parte C**, resultou a opinião sobre a importância da formação na melhoria do desempenho das suas funções e a sugestão de temas de formação na atividade profissional. É constituída por 4 perguntas fechadas (C1 a C4).

Processo de recolha de dados

Com o questionário foi realizado o pré-teste a 5 AAD convidados, de outra instituição da área de abrangência da UCC, com características semelhantes à população em estudo, pois FORTIN(1999) declara que “o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada” (p. 253). Pretendeu-se identificar dúvidas e deficiências, possibilitando correções de adequação das perguntas e de verificação de clareza da versão final do questionário. Surgiram dúvidas no preenchimento relativo à palavra “despiste” nas questões da parte B do questionário, pelo que houve necessidade de adequar a linguagem simplificando-a. Para uma melhor compreensão das questões na versão final do questionário alterou-se a palavra para “identificação”, o que permitiu reduzir o tempo de preenchimento que foi de aproximadamente 20 minutos. O questionário foi realizado presencialmente pela investigadora aos AAD que cumpriram os critérios definidos, guardando o tempo de duas semanas, durante o período por eles escolhido para maximizar a participação. Foi de autopreenchimento, e fez-se um acompanhamento direto e houve interação com a possibilidade de esclarecimento das

dúvidas pontuais que surgiram, o que permitiu completar as respostas fornecidas sempre que pertinente.

A entrevista semiestruturada, foi agendada com as diretoras técnicas do SAD e CD, decorreu durante 30 minutos nas instalações da entidade de apoio social parceira. Foi realizada conjuntamente com as duas entrevistadas após a reunião de proximidade com a enfermeira orientadora especialista em enfermagem comunitária.

2.2.4. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Relativamente à entrevista, os dados obtidos foram transcritos e realizou-se a análise de conteúdo segundo os princípios de Bardin (2002), que se encontra no apêndice 11. Os aspetos que emergiram do discurso das entrevistadas foram resumidos e constam do Quadro 1 abaixo. Constatou-se que não há plano de formação definido na instituição, mas a frequência de ações de formação pelos AAD é feita por parcerias como a da UCC e integrada no tempo de trabalho.

Quadro 1 - Resumo da análise de conteúdo das entrevistas

Identificação de Tema, categoria, subcategorias e Unidades de registo significativas			
Tema	**Categoria**	**Subcategoria**	**Unidades de registo significativas**
Perceção sobre as necessidades das AAD	Importância, Valorização e pertinência da formação no desenvolvimento profissional	Anterior para a admissão	"…valorizamos sobretudo a experiência profissional anterior, experiência na área," [E1]
		Inicial de funções	"… e a formação inicial que vão tendo é muito... é muito rápida, portanto é muito..., básica e informal…" [E2]
		Continua em serviço	"é fundamental... que elas possam ter este tipo de formação para que vão conseguindo... melhorar aquilo que é o dia a dia e a função de cada uma delas…" [E2]
	Relevância da função	Necessidades dos utentes SAD	"A maioria …uma dependência, …mais severa, … há alguma demência inicial, …têm o esposo …a cuidar e que já têm a mesma idade" [E1]
		Necessidades dos utentes CD	"…maioria são (...) fisicamente autónomos, ... precisam … apenas de supervisão …," [E2]
		Resposta à dependência	"…são a mão de obra direta com os idosos, (…) e seria fundamental que estejam preparadas, e motivadas e focadas na função." [E2]
	Identificação de Atividades realizadas na função	Higiene	"Asseguramos as higienes…" [E2] "…
		Alimentação	"…asseguramos a alimentação (…)" [E2] "… a distribuição das refeições até mesmo administrar as refeições…" [E1]
		Segurança	"… conseguimos ser nós a garantir a toma da medicação" [E1]; "… também têm essa responsabilidade da condução…" [E1]
		Comunicação	"…a maior dificuldade prende-se com a dinâmica de grupo e a, organização em equipa, …é o lidarem umas com as outras…" [E1]
		Organização trabalho	"…as colegas estão em dupla ou tripla neste momento, como temos uma equipa de dez elementos conseguimos que estejam quase sempre três por volta…" [E1]

	Dificuldades das AAD	Técnicas	"…esse tipo de questão técnica, … da função, mal ou bem..., umas com mais capacidade outras com menos…" [E1]
		Autonomia	"..., não é para nós não fazemos e não temos trabalho, é para também dar alguma competência às pessoas …" [E1]
		Segurança	"Também não deixar chegar ao ponto de a pessoa não ser capaz... e de ir insistindo e depois ser um risco que para a pessoa…" [E1]
		Comunicação	"Há pessoas que têm mais dificuldade em trabalhar em grupo…" [E1]
		Falta de formação	"…chegam-nos colaboradoras que não têm qualquer experiência, não tem qualquer formação nesta área." [E2]
		Cansaço	"é uma profissão de grande desgaste, é uma função de grande desgaste, e o cansaço físico e muitas vezes também psicológico na verdade…" [E1]
	Áreas de formação e intervenção prioritárias	Comunicação e Gestão de conflitos	"E é importante que elas tenham... aqui alguns conhecimentos um bocadinho mais aprofundados." [E1] "…acho que é sempre importante trabalhar não só a parte técnica como também a parte..., motivacional, … "A questão da interação humana, a umas com as outras …" [E1]
		Higiene oral e higiene das unhas	"…base da higiene básica, esses pequenos pormenores … acabam por ser importantes fazer aqui um, um *refresh* do que é fundamental… higiene oral…" [E1] higiene das unhas (E) "… sim, exatamente." [E1]
		Demências	"aquilo que gostaríamos mais de trabalhar seria … a comunicação … com o idoso com demência e estratégias de trabalho com.…" [E2]

Da análise emergiu o Tema: perceção das diretoras técnicas acerca das necessidades das AAD, ao qual assomam as seguintes categorias: Valorização, importância e pertinência da formação no desenvolvimento profissional - onde expressam que o tempo de trabalho e a experiência profissional anterior na área são fatores preferenciais usados na contratação destes profissionais pelas instituições; Relevância da função; Identificação de Atividades realizadas na função; Dificuldades dos AAD que podem ser respondidas pelo EEEC; Áreas de formação e intervenção prioritárias, refletindo a importância dada a esta parceria de formação. Esta valorização própria de quem tem uma proximidade significativa do apoio social possibilitará diferentes tipos de intervenção para responder a necessidades diversificadas. Percebe-se que se valoriza o conhecimento obtido pela prática em contextos de trabalho.

A subdivisão revelou que as necessidades dos AAD na prestação de apoio no autocuidado, estão muito relacionadas com as condições e caraterísticas do contexto laboral e com as características das pessoas de quem cuidam, se têm maior ou menor grau de dependência, com mais ou menos comorbilidades, associadas com necessidade de mais apoio nas AVDs de autocuidado de saúde. Os informantes-chave enumeraram necessidades de formação às quais o EEEC pode dar resposta a partir de um plano de formação.

Quadro 2 - Avaliação do sistema cliente segundo o Modelo de sistemas de Betty Neuman

Sistema cliente (AAD)	Quadro com a distribuição de indicadores do questionário/ apreciação do grupo segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman				
	Variáveis contexto Intrasistémico				
	Fisiológicas	**Psicológicas**	**Desenvolvimento**	**Socioculturais**	**Espirituais**
core	**Sexo:** 100% Feminino **Idade:** 6% entre 30-39 anos 8% entre 40-49 anos 5% entre 50-59 anos 3% entre 60-69 anos	**A função foi escolha pessoal:** 86% Sim 14% não	**Tempo de experiência na área:** 32% entre 0-3 anos 36% entre 4-10 anos 32% com mais de 10 anos	**Escolaridade:** 9% ensino primário 27% ciclo preparatório 50% ensino secundário 9% curso técnico-profissional 14% curso superior	**Redes de apoio**: 91% Recebe apoio • 73% da família • 4% de amigos • 4% grupos ajuda • 32% de colegas 9% Não recebe apoio
Linhas de Resistência	**Estado civil:** 23% solteiros 59% casados/ União Fato 14% divorciado/separado 4% viúvo	**Promove a autonomia do utente:** **39%** com dificuldade 61% sem dificuldade	**Sem formação específica:** 27% na área do apoio a PeSD 54% inicial para funções	**Nacionalidade:** 86% portuguesa 14% Outra	
	Tipo de contrato de trabalho: 41% contrato Efetivo 4% contrato de substituição 55% contrato a termo certo	**Comunica:** **45%** com dificuldade 55% sem dificuldade	**Tempo de trabalho na instituição:** 68% entre 0 - 3 anos 23% entre 4 - 10 anos 9% há mais de 10 anos	**Com formação específica:** 73% na área do apoio a PeSD 46% inicial para funções	
Linha normal de defesa	**Executa atividades de higiene e conforto:** **38%** com dificuldade 62% sem dificuldade		**Auto caraterização do nível de formação:** 14% como insuficiente 32% como suficiente 18% como bom 32% como muito bom 4% como excelente	**Rendimento:** 96% ≤ 700€ 4% ≤1000€	
	Executa atividades de alimentação: **42%** com dificuldade 58% sem dificuldade	4% sente **dificuldade em aplicar conhecimentos** da formação inicial	**Opinião sobre a periodicidade da formação:** 36% mensal 23% trimensal 27% semestral 9% anual	**Horas de trabalho semanal:** 100% com 37 horas	
	Executa atividades de eliminação: **46%** com dificuldade 54% sem dificuldade		5% não sabe/desconhece periodicidade		
Linha flexível de defesa	**Executa atividades promotoras de segurança:** **36%** com dificuldade 64% sem dificuldade		**100%** Considera **formação na instituição importante** para melhoria do seu desempenho		
	Tipo de horário: 100% com horário desfasado		**Ordem de preferência dos temas para formação:** 59% preferiu o tema segurança em 1º lugar 32% preferiu o tema comunicação 2º lugar 36% preferiu o tema autonomia em 3ª lugar		

Relativamente ao questionário aplicado a 22 AAD obteve-se uma taxa de participação de 95,65%. O que demostra existir no grupo um comportamento de disponibilidade para participar no projeto de intervenção.

A classificação dos dados colhidos realizou-se de acordo com a caracterização que os mesmos fazem, ou seja, se medem e descrevem uma característica da amostra que pode variar e que é qualitativa ou quantitativa. Segundo Bonita (2010) as variáveis quantitativas incluem contagens e são chamadas numéricas (discretas ou continuas), e as qualitativas resultam de classificações por isso chamam-se categóricas (nominais ou ordinais). A classificação das variáveis está no apêndice 12.

A estatística descritiva, das variáveis contempladas no questionário, originou resultados principais que foram sintetizados em tabelas de frequência, com cálculos das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas, que se encontram no apêndice 13. A discussão dos resultados do sistema cliente às questões do questionário está no apêndice 14. As mesmas variáveis, foram organizadas em variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento, espiritual) do sistema cliente do modelo de sistemas de Neuman, no Core e nas Linhas que o envolvem e obteve-se o quadro 2 que se apresentou na página anterior. Também no apêndice 14, está representado graficamente o modelo de sistemas de Betty Neuman sobre o sistema cliente.

2.2.5. Identificação dos problemas de saúde a intervir

Tendo em conta a longa listagem de problemas encontrados e os recursos disponíveis, decidiu-se numa ~~r~~eunião com o orientador clínico e as diretoras técnicas da entidade de apoio social, fazer uma primeira triagem para redução da lista dos problemas e permitir “aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 67).

Nesta triagem categorizaram-se os problemas pela pontuação obtida na escala de likert da avaliação de necessidades de formação em: 0-39 pontos (sem problema); 40-49 pontos (problemas relativamente importantes); 50-59 (problemas mais importantes), obtendo-se 18 problemas conforme quadro 3.

Quadro 3 - Lista dos problemas

	Lista dos problemas ordenada do maior para o de menor pontuação	Pontos
	18 Problemas ordenados por ordem de grandeza	
P-1	63,60 mostrou dificuldade em observar caraterísticas da urina e fezes	51
P-2	68,20% mostrou dificuldade em realizar atividades de mobilização	50
P-3	63,20% mostrou dificuldade na identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação (ex: intolerâncias, alergias, dificuldade a engolir, engasgamentos)	50
P-4	54,50% mostrou dificuldade em realizar alimentação por SNG	50
P-5	54,50% mostrou dificuldade em cuidados ao utente com dispositivo urinário	50
P-6	50,00% mostrou dificuldade em alimentação por PEG	50
P-7	59,10% mostrou dificuldade em identificação de possíveis problemas de eliminação	49
P-8	68,20% mostrou dificuldade em Lidar com o luto/morte/consolo	48
P-9	59,10% mostrou dificuldade em comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	47
P-10	54,50% mostrou dificuldade na identificação de outros riscos (maus-tratos, confusão, fuga…)	46
P-11	50% mostrou dificuldade na identificação de toma de medicamentos desadequada	45
P-12	45,50% mostrou dificuldade na avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas	45
P-13	63,60% mostrou dificuldade em Identificação e prevenção de condicionantes de queda	44
P-14	45,50% mostrou dificuldade em como proceder em situações de urgência/ emergência	44
P-15	59,10% mostrou dificuldade em identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer	43
P-16	45,50% mostrou dificuldade em comunicar com o utente com limitações da fala	42
P-17	50% mostrou dificuldade em Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue	40
P-18	40,90% mostrou dificuldade nos cuidados ao utente algaliado	40
Legenda	Mais importantes / Relativamente importantes	

Considerando que os problemas acima identificados envolvem as 6 áreas de atividade de apoio prestado no autocuidado das pessoas com dependência, reconheceram-se então os problemas que se seguem - apresentados no quadro 4

Quadro 4 - Problemas identificados para priorização

Lista de problemas agregados por área de atividades de apoio
A. 38% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades na área dos cuidados de higiene e conforto;
B. 42% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades na área dos cuidados com alimentação;
C. 46% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades na área dos cuidados de apoio à eliminação;
D. 39% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades na área dos cuidados de promoção da autonomia;
E. 36% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades na área dos cuidados de promoção da segurança;
F. 45% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades de comunicação;

2.3. Determinação de Prioridades

As necessidades de formação identificadas foram devolvidas aos responsáveis pela VAD da entidade de apoio social. Em conjunto os parceiros reconheceram quais as principais necessidades e definiram prioridades. Esta etapa impõe-se pela necessidade de gestão de recursos, que segundo Imperatori & Giraldes (1993), são sempre escassos para responder as necessidades existentes. É um processo que envolve uma importante componente afetiva, de julgamentos, de valores, o que pode transferir subjetividade. Para tentar minimizar essa subjetividade, descreve-se o que levou à tomada de decisão subjacente à priorização.

A partir do diagnóstico da situação selecionou-se a técnica de comparação por pares, adaptada com critérios ponderados, para fazer a priorização (Rodrigues, 2021). Considerando o contexto de determinação de prioridades, onde se pretende o envolvimento do grupo dos participantes, e por se considerar que o consenso e a aceitação comum são determinantes para adesão e participação no projeto e para o seu consequente sucesso, decidiu-se, para além do critério dimensão, integrar como critério ponderado a aceitação da comunidade no processo de tomada de decisão.

Para a aceitação da comunidade foram consideradas as respostas: à pergunta C4 do questionário (pedia-se para ordenar por ordem de preferência os temas que os AAD gostassem de ver abordados); e à pergunta 4.4 da entrevista a informante-chave (da qual emergiu a categoria “áreas de formação e intervenção prioritárias” (quadro 1). Concordou-se integrar os contributos no critério aceitação da comunidade seguinte forma: com ponderação 3 para presença e 0 para ausência. Sempre que o tema tiver a aceitação comum, ao resultado da comparação do critério Dimensão é somado 3 pontos, se não for comum será somado com 0.

Iniciou-se a estimação e comparação dos problemas, que se fez comparando cada problema sucessivamente com os restantes, escolhendo o mais importante em cada comparação conforme quadro 5 . O problema. **A.** foi comparado sucessivamente com o **B**., com o **C.**, com o **D**., com o **E.** e com o **F.** Seguiu-se procedendo de igual modo com os outros problemas da lista. A lista de problemas ordenados por ordem de prioridade foi produzida no final pela seleção do problema com maior frequência em cada comparação. O problema **F** ficou como o mais preponderante com 7 pontos, seguido pelos problemas **C e D** como segundos mais importantes, seguidos pelos problemas, **A, B, E,** respetivamente na terceira, quarta e quinta posição.

Quadro 5 - Operacionalização da técnica da comparação por pares

Lista de problemas	Análise pela técnica de comparação por pares, adaptada								
	A	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**Selecionado**	**(+3)**	**Ordem**
A higiene		B_1	C_1	D_1	A_1	F_1	A (1 vez)	1+3=4	3ª
B alimentação	B		C_2	B_2	B_3	F_2	B (3 vezes)	3+0=3	4ª
C eliminação	C	C		C_3	C_4	C_5	C (5 vezes)	5+0=5	2ª
D autonomia	D	B	C		D_2	F_3	D (2 vezes)	2+3=5	2ª
E segurança	A	B	C	D		F_4	E (0 vezes)	0+3=3	5ª
F comunicação	F	F	C	F	F		F (4 vezes)	4+3=7	1ª
Critérios ponderados:				Dimensão			Aceitação da comunidade		

(Imperatori & Geraldes, 1993; Rodrigues, 2021)

Tendo os problemas classificados pelo grau de prioridade, seguindo a mesma lógica de racionalização de recursos humanos, técnicos, materiais e temporais, para intervir nos problemas considerou-se que o tema autonomia é transversal, e que o tema da segurança nos cuidados foi recentemente trabalhado pelo projeto formar para cuidar em curso na UCC. Em reunião com os parceiros a 16/11/2022, tomou-se a decisão de intervir sobre os seguintes problemas: **C**, **F**, **A**. Seguiu-se a realização dos diagnósticos de enfermagem que serviram de base para as intervenções da preparação operacional.

2.3.1. Diagnósticos de Enfermagem

Para a formulação dos diagnósticos de enfermagem apresentados, foi utilizado o processo de enfermagem do modelo de sistemas de Betty Neuman, tendo em conta a apreciação, avaliação e reconhecimento dos stressores intrapessoais do grupo que pudessem constituir uma ameaça à estabilidade do sistema de cliente, integrada com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) – com contributos das versões do Bowser CIPE® do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2022b), e consulta do Catálogo CIPE - Enfermagem Comunitária (OE, 2015b). A CIPE permite o uso de linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial, com base em uma terminologia padronizada, organizada por eixos, que descreve, nomeia, classifica, e vincula elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, objetivos, resultados e intervenções). “A utilização desta classificação conduz o raciocínio lógico, a tomada de decisão clínica, facilita a documentação sistemática da prática e a comunicação entre os profissionais de enfermagem e de outras áreas.” (Pestana-Santos, M. *et al.*, 2021). Assim, formularam-se os seguintes diagnósticos de enfermagem: - Ameaça à linha normal de defesa dos AAD, relacionada com os stressores intrapessoais:

1. **Capacidade para prestar cuidados de apoio em relação à eliminação comprometida** por dificuldade na identificação das características dos fluídos orgânicos resultantes da excreção da eliminação urinária e intestinal;

2. **Comunicação comprometida** por dificuldade na comunicação com os parceiros de cuidados;

3. **Capacidade para prestar apoio nos cuidados de higiene e conforto comprometida** por dificuldade na avaliação da pele e cuidados à higiene das unhas e higiene oral;

2.4. Fixação dos Objetivos

Considerando orientações de Imperatori e Geraldes (1993), e do processo de enfermagem do modelo de Neuman (Freese, 2004), manteve-se a abordagem colaborativa com os parceiros e fixaram-se os objetivos que permitiram perspetivar as mudanças desejáveis relativas a melhoria do conhecimento dos AAD, para melhorar os serviços de apoio às PeSD durante a UC Estágio com Relatório.

Do **Objetivo Geral:** Capacitar os AAD da VAD do CCPF na aquisição de conhecimento que melhore a comunicação com os parceiros de cuidados e o apoio nos cuidados às PeSD, nomeadamente nas AVDs de eliminação urinária/intestinal e higiene corporal até fevereiro de 2023. Elaboraram-se 3 objetivos operacionais/metas:

O1. Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de apoio à eliminação, até dezembro de 2022.

O2. Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a comunicação com os parceiros de cuidados, até janeiro de 2023.

O3. Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de apoio nos cuidados de higiene e conforto, até fevereiro de 2023.

2.5. Seleção de Estratégias

Desde Alma-ata em 1978 que para melhorar de maneira apreciável a saúde de toda a população se coordena o planeamento de intervenções multidisciplinarmente com atividades multissetoriais. Ottawa em 1986 orienta que essa promoção da saúde é uma responsabilidade de todos, que se deve ter um papel mais ativo no encorajamento de cuidados mútuos para precaver riscos e preservar os recursos globais do planeta. Astana em 2018 corrobora a prestação esses cuidados mútuos

por meio de serviços de saúde integrados, abordando os determinantes da saúde, para capacitar indivíduos, famílias e comunidades a otimizar a sua saúde. Em 2021, na pandemia da COVID-19 que exacerbou a crise dos recursos humanos da saúde e assistência social, a 74ª resolução da Assembleia Mundial da Saúde: Proteger, salvaguardar e investir na força de trabalho em saúde e assistência, exige um conjunto de ações para acelerar os investimentos na educação, capacitação e emprego desses profissionais (WHO, 2021b). Assim nesta etapa concebeu-se "o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários" (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 65). A escolha das estratégias utilizadas considerou os recursos disponíveis e a melhor forma de os otimizar, foi guiada pela evidência científica que também se mapeou através da scoping review, que revelou as estratégias mais eficazes e adequadas para o Enfermeiro responder às necessidades de formação, aos constrangimentos e desafios enfrentados pelos AAD.

Assim, considerando que:

1 – A educação e formação são um determinante de saúde importante para este grupo populacional (OCDE, 2020), e que existe um plano europeu de abordagem para melhorar significativamente a formação dos adultos (EC *et al.,* 2021);

2 - A WHO (2022a) refere que as intervenções de autocuidado, se situadas em um ambiente seguro e de apoio, são uma oportunidade para ajudar a aumentar a participação ativa e o envolvimento das pessoas na sua própria saúde;

3 - A mesma fonte refere a formação em serviço para profissionais de apoio no autocuidado a PeSD, como uma intervenção de cuidado de si para a promoção da saúde dos profissionais, que os capacita no desenvolvimento pessoal para a autonomia para fazerem escolhas mais saudáveis aumentando o controlo que têm sobre a sua saúde (WHO, 2022a, p. 16-20);

4 - As necessidades dos cuidadores das PeSD devem ser valorizadas (Viegas *et al.* ,2022);

5 - A existência de uma estratégia de *coping* protetora e recursos internos, de que há indicação de disposição do grupo para aprender sobre prestar apoio nos cuidados e participar em ações de formação com vista a melhoria do seu desempenho (apêndice 14);

6 - A promoção da saúde permite abordar e prevenir as causas dos problemas de saúde, através de intervenções sociais e ambientais aplicadas a beneficiar e proteger a saúde e a qualidade de vida das pessoas;

Decidiu-se por 3 estratégias:

1 - Formação em serviço como principal estratégia. A Formação em serviço é um tipo de formação continua que por sua vez é uma tipologia de formação profissional. É a formação que se realiza após o ingresso no mercado de trabalho, visando aprofundar competências profissionais e relacionais e, tendo em vista o exercício da atividade profissional, uma melhor adaptação às mudanças tecnológicas e organizacionais e o reforço da empregabilidade (Decreto-Lei n.º 396/2007). Visa também promover a atualização e a valorização pessoal e profissional dos trabalhadores e integra a aprendizagem formal, a não formal e a informal. (Decreto-Lei n.º 86-A/2016);

2 - Utilizou-se a comunicação em saúde diversificando os canais de informação para divulgação aos AAD do acesso a um plano de formação, definido em resposta às suas necessidades especificas, e do serviço. Os AAD e as diretoras técnicas do SAD e CD colaboraram na divulgação através do email institucional e dos seus grupos internos de WhatsApp; Ofereceram-se aos AAD um conjunto de formação (capa com bloco de notas e caneta) doados por parceira, e dois quadros motivacionais que se afixaram em 2 áreas de serviço comuns aos AAD, acautelando a não assiduidade e desistência dos formandos, e onde se publicou informação sobre os planos das sessões de formação.

Também se fez a divulgação de uma sessão informativa à equipa multidisciplinar para devolver resultados do projeto;

3 - Outra estratégia foi o reforço/incentivo ou motivação com frases de encorajamentos, incentivos, reforços e lisonja, e materiais de leitura produzidos para estimular o sentido de compromisso das AAD. Os quadros motivacionais que ficaram afixados na área de serviço e de passagem obrigatória e na área dos vestiários dos AAD permitiu manter a proximidade com o grupo.

Estimulou-se à participação, envolvimento e iniciativa dos AAD para uma melhor tomada de decisão sobre os temas a abordar nas sessões de formação, no compromisso no processo de ensino aprendizagem, no comportamento de adesão à formação e na colaboração para a intervenção. Visando sensibilizar, envolver e

mobilizar os parceiros, solicitou-se à diretoria da instituição, a colaboração e a autorização para incluir os AAD da VAD neste projeto. Incentivou-se o envolvimento das direções técnicas através contributos para a garantia da sustentabilidade e o sucesso da intervenção.

2.6. Preparação Operacional

Conforme Tavares (1990) orienta, nesta fase especificaram-se as atividades que se programaram para executar as estratégias selecionadas para se atingirem os objetivos no período delimitado, garantindo uma gestão eficaz de recursos. Face ao exposto por Rodrigues (2021) e mirando agregar sinergias na operacionalização do planeamento, para potenciar mudanças de comportamento e melhorias na saúde dos AAD, a escolha das temáticas a abordar nas SFeS e as decisões sobre a aplicação das estratégias foram tomadas em reunião multidisciplinar com as diretoras técnicas da entidade de apoio social. As intervenções foram planeadas pela mestranda gestora do projeto sob supervisão das orientadoras clínica e académica e foram apresentadas à instituição parceira, que aferiu, e autorizou a operacionalização.

Associou-se o formato do processo de enfermagem do modelo de Betty Neumam com a atividade diagnóstica da CIPE® para pensar a preparação operacional, tendo resultado na construção de um plano de cuidados (em apêndice 15) como contributo aos registos sobre a intervenção em Sclinico.

Para a realização da Formação em Serviço foram realizadas 3 Ações de formação. Cada Ação de formação abordou a temática para dar resposta a cada Meta/objetivo operacional resultante do diagnóstico de enfermagem. Cada temática foi abordada em 2 módulos, um em cada SFeS, totalizando seis sessões (sessão A, B, C, D, E e F), os respetivos planos das sessões estão no apêndice 16. O quadro 6 apresenta o resumo das ações de formação. O apêndice 17 apresenta quadros com os procedimentos desenvolvidos para a preparação e execução das atividades e respetivos indicadores de avaliação por cada SFeS.

A concretização das estratégias com a intervenção conjunta da ação pedagógica, promoveu o envolvimento ativo dos participantes na revisão das suas perspetivas e práticas, através da reflexão critica sobre questões de desenvolvimento, o que potenciou o sucesso do projeto. Para tal a entidade social disponibilizou as instalações e o retroprojetor e a UCC os recursos humanos e restante material didático.

Quadro 6 - Resumo das 3 Ações de formação

Diagnóstico	Meta	Atividade			Objetivo da sessão	Data	Local	Recursos
Capacidade para prestar cuidados de apoio à eliminação comprometida	**O1 -** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de apoio à eliminação, até dezembro de 2022.	**Ação de Formação em Serviço**	1ª	Sessão **A**	O1.1- Que os AAD da VAD possam identificar características dos produtos de eliminação urinária e intestinal; O1.2- Que os AAD da VAD possam conhecer o processo de vigilância da eliminação urinária e intestina;	07/12/ 2022	Instalações do CCPF no PSM	**Mestranda,** Enfermeira especialista, Aluna de CMEEEC, Diretoria técnica, AAD; Impressora, Computador, Retroprojetor, Quadro branco, Papel, Caneta, Parcerias da comunidade, materiais didáticos.
				Sessão **B**	O1.3- Que os AAD do VAD possam conhecer cuidados de estímulo e conforto para o apoio à eliminação urinária e intestinal; O1.4- Capacitar os AAD da VAD para agirem como elo da cadeia de intervenção e comunicarem aquando da identificação de anormalidade dessas características;	14/12/ 2022		
Comunicação comprometida	**O2 -** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a comunicação com os parceiros de cuidados, até janeiro de 2023.		2ª	Sessão **C**	O2.1- Que os AAD da VAD, possam identificar fatores que influenciam a comunicação; O2.2- Que os AAD da VAD possam conhecer caraterísticas do comunicador assertivo;	11/01/ 2023		
				Sessão **D**	O2.3- Que os AAD da VAD possam conhecer técnicas facilitadoras para uma comunicação assertiva; O2.4- Capacitar os AAD da VAD para uma comunicação assertiva com os parceiros de cuidados;	18/01/ 2023		
Capacidade para prestar apoio nos cuidados de higiene e conforto comprometida	**O3 -** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de apoio nos cuidados de higiene e conforto, até fevereiro de 2023.		3ª	Sessão **E**	O3.1- Que os AAD da VAD, possam conhecer a importância da integridade da pele na manutenção do bem-estar geral; O3.2- Que os AAD da VAD possam conhecer problemas relacionados com a falta de higiene oral e das unhas;	01/02/ 2023		
				Sessão **F**	O3.3- Que os AAD da VAD possam conhecer procedimentos para realizar a higiene oral e das unhas; O3.4- Capacitar os AAD da VAD para agirem como elo da cadeia de intervenção e comunicar aquando da identificação de alterações na pele mucosa oral e unhas;	08/02/ 2023		

Os procedimentos desenvolvidos para a concretização das atividades e os indicadores de execução ou atividade estão sintetizados no quadro 7.

Quadro 7 – Procedimentos desenvolvidos e indicadores de avaliação

Meta	Atividade	Procedimentos	Indicadores de avaliação
O1 **O2** **O3**	**Ação de Formação em serviço** **1ª Ação** – Sessão **A** **1ª Ação** – Sessão **B** **2ª Ação** – Sessão **C** **2ª Ação** – Sessão **D** **3ª Ação** – Sessão **E** **3ª Ação** – Sessão **F**	-Reuniões com os parceiros (divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde e planeamento da ação formativa; -Elaboração de cartaz informativo da programação das SFeS; -Divulgação das SFeS; -Construção e dinamização de quadro motivacional; -Planificação das SFeS - elaboração de planos de formação e preparação de instrumentos de avaliação; -Pesquisa, escolha e elaboração de orientações escritas sobre execução de dinâmicas de grupo (DdG) sobre comunicação; -Preparação dos materiais necessários à elaboração das DdG (papel, canetas, vendas para os olhos, objetos com formas diversificadas, fita crepe adesiva); -Pesquisa da informação, descodificação do conhecimento adequando a elaboração de material de apoio às SFeS: Construção de apresentações em PowerPoint, e Infografias; -Construção de Questionário de Avaliação (QA) das sessões pelos formandos, e pelo formador com grelha de observação direta da participação e construção de fichas de avaliação de conhecimentos (FAC) com grelha de cotações; -Dinamização das SFeS (métodos/técnicas pedagógicas); -Preenchimento do questionário de avaliação das SFeS -Realização da Ficha de Avaliação de Conhecimentos; -Tratamento estatístico de dados do QA e da FAC; -Registos em Sclinico; -Construção do Dossier pedagógico e entrega a entidade social parceira;	**Indicadores de atividade** -% de AAD que teve acesso ao cartaz informativo da programação das SFeS; -% de realização dos materiais de apoio às SFeS e de suporte à prática; -% de realização das SFeS; **Indicadores de Adesão** -% de adesão às SFeS (A, B, C, D, E, F); -% de AAD que visualizou o material de leitura de suporte à prática; -% de AAD que participou em DdG para treino da comunicação; -% de AAD que respondeu ao questionário de avaliação (QA) das SFeS; -% de AAD que respondeu à Ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos; **Indicadores de Utilidade** -% de AAD que considerou que as suas expectativas foram “muito ou totalmente” satisfeitas; -% de AAD que considerou a SFeS “muito ou totalmente” útil para a sua prática profissional; -% de AAD que considerou que os assuntos abordados são “muito ou totalmente” interessantes; -% de AAD que considerou a duração da sessão “muito ou totalmente” suficiente; -% de AAD que considerou que teve “muita ou total oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências; -% de AAD que considerou que a formadora abordou de forma “muito ou totalmente” clara e simples as temáticas; -% de AAD que considerou que os métodos pedagógicos utilizados nas SFeS facilitaram “muito ou totalmente” a compreensão dos temas; -% de AAD que considerou os meios audiovisuais e a documentação entregue “muito ou totalmente” adequados; -% dos AAD que considerou que este projeto “Formar para cuidar” contribuiu muito para melhorar o seu desempenho na prática profissional;

Os procedimentos realizados para a concretização das atividades foram essencialmente de produção de documentos escritos, pesquisa e revisão da literatura para construção de recursos didáticos com conteúdos pedagógicos devidamente fundamentadas em conhecimento científico, para apoio à realização/ dinamização das SFeS, para suporte à prática do apoio no autocuidado e para construção de instrumentos de avaliação para os indicadores formulados. Alguns dos procedimentos desenvolvidos, foram para minorar a baixa participação em ações de formação por parte de adultos com baixa escolaridade, que sensibilizaram, consciencializaram e mobilizaram os AAD para "o facto de a aprendizagem constituir uma atividade contínua a que se devem dedicar regularmente ao longo da vida" (EC, 2021, p.130), para que possam continuar a desenvolver as suas capacidades e adequar-se a uma sociedade em rápida e constante mudança.

A duração das SFeS das ações de formação considerou os constrangimentos de tempo dos AAD. Mitigando os constrangimentos de tempo, para a avaliação inicial das sessões, planearam-se e integraram-se nos conteúdos, exercícios de reflexão inicial (apêndice 18) para incentivar à partilha de experiências, promover a reflexão sobre a tomada de decisão e a descrição de como se pensa e executa o conjunto de atividades de apoio e processos práticos do dia a dia profissional. A observação direta e a análise do discurso que permitiram avaliar se os AAD conseguiram comunicar organizadamente o processo do saber fazer que acumularam da experiência de trabalho foi registada numa grelha de registo escrito da observação (apêndice 18). Esta grelha foi considerada na avaliação da formação pelo enfermeiro formador que se realizou no final das SFeS, e se o grupo não conseguisse comunicar os processos de forma organizada, estes eram aprofundados na 2ª SFeS de cada ação de formação. Conforme descrito nos respetivos planos das SFeS, usaram-se métodos pedagógicos que facilitaram a compreensão dos temas, houve espaço para esclarecimento de dúvidas e a avaliação continua foi realizada pela análise do feedback dos AAD, para verificar a compreensão da informação que se ia transmitindo. Para consolidar a avaliação sumativa fez-se a verificação da aquisição e domínio dos conteúdos através do preenchimento de uma ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos.

Na elaboração da ficha de avaliação de conhecimentos foi considerado o potencial de aprendizagem do momento de avaliação sumativa, pelo que se optou por construir um enunciado com perguntas com sentenças contendo informação relevante

dos conteúdos abordados nas SFeS, para respostas de escolha múltipla de verdadeiro e falso, ou respostas de escolha da opção correta, contribuindo para a classificação final da ficha os itens das respostas que obtiveram melhor pontuação.

Planificaram-se, realizaram-se e apresentaram-se aos AAD, materiais de leitura e suporte à prática sobre os temas abordados nas sessões; Apelou-se à participação nas SFeS, nas Dinâmicas de Grupo (DdG), pelo estímulo à partilha de experiências, de dúvidas, pela discussão de casos reais, pela autoanálise, reflexão e pela valorização da experiência de cada um para promover o conhecimento;

Na planificação, realização e apresentação das SFeS de resposta aos diagnósticos priorizados, manteve-se a estratégia de intervenção da equipa do "Formar para Cuidar" da UCC, de incentivar a aprendizagem de habilidades e competências nas sessões formativas para cada tema.

Para cada temática das Ações de formação integrou-se o descrito pela European Commission *et al.* (2019, 2021) relativa à transmissão formal de conteúdos, e a partilha e discussão de situações vividas em contexto de trabalho, incentivando a aprendizagem colaborativa entre pares. Assim, no primeiro momento abordaram-se as questões teóricas com a transmissão da informação relevante de saúde, abriu-se a discussão com o exercício de pensamento, reflexão e descodificação do conhecimento, relacionando-o com vivências práticas para estimular a apreciação e a compreensão dos conceitos. No segundo momento, já com a teoria presente, fez-se a reflexão supervisionada sobre os casos reais e abordaram-se questões mais práticas e executivas relativas à aplicação da informação na tomada de decisão, para a otimização da prestação de apoio no autocuidado e resolução de problemas, e dinamizou-se o treino com exercícios práticos.

Planificou-se, realizou-se e entregou-se um dossier pedagógico à diretora do SAD onde consta todo o material de apoio e de leitura sobre as SFeS, contribuindo para a flexibilidade da aprendizagem nos adultos e para facilitar a posterior consulta da informação se necessário (EC *et al.,* 2021). Entregaram-se certificados de participação aos AAD presentes nas sessões (apêndice 16). Registaram-se as atividades em Sclinico (sistema de informação que utiliza a linguagem CIPE®) comunicando por escrito com outros profissionais de saúde sobre a realização dos cuidados prestados, no sentido de garantir a continuidade de cuidados de saúde seguros e eficazes. Para os registos contribuiu o já referido apêndice 15 da síntese

do plano de cuidados de enfermagem com foco - na Capacidade do cuidador (AAD) para comunicar, na Capacidade do cuidador para prestar cuidados e na disposição do cuidador para aprender sobre prestar cuidados, para refletir o trabalho realizado.

Realizou-se uma Sessão informativa para a equipa multidisciplinar da UCC, cujo plano de sessão está no apêndice 19, para apresentação da metodologia e dos resultados do projeto, como estratégia de continuidade. Todos os contributos e recursos ficaram documentados em formato digital na pasta do projeto formar para cuidar da UCC para consulta se necessário.

Todo o material produzido para as ações de formação pode ser consultado no dossier pedagógico que se elaborou como arquivo, e se ofereceu à entidade social parceira e se apresenta no apêndice 16.

2.7. Avaliação

Nesta etapa da Metodologia do planeamento em saúde seguiram-se as orientações de Imperatori & Geraldes (1993). Os indicadores estabeleceram bases mensuráveis e quantificáveis que ajudaram na tomada de decisões de quando e como realizar ações de formação, e auxiliaram a perceber o real valor que a formação gera para as pessoas, para as instituições e para a comunidade (Tavares,1990).

A estratégia de avaliação consistiu na aplicação de vários métodos, durante a fase de execução foram usados instrumentos de colheita de informações, uma grelha para registar e analisar a observação participante, uma ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos (FAC), assim como um questionário de avaliação (QA) geral da SFeS. A taxa de resposta ao QA das SFeS foi de 100% e às FAC foi de 98%.

Tendo em conta os objetivos delineados e os indicadores referidos no ponto 2.6 fez-se o apêndice 20. Este apêndice plasma o processo de avaliação da formação em serviço realizado. Está dividido pela apresentação da avaliação dos indicadores de execução ou atividade que refletem a eficiência da realização das atividades, e pela apresentação da avaliação dos indicadores de impacte ou resultado que refletem a eficácia na obtenção dos objetivos propostos. Assim, o quadro 1 deste apêndice apresenta as atividades alinhadas com os procedimentos desenvolvidos e os indicadores de execução, e de seguida o quadro nº 2 apresenta os parâmetros da avaliação e os resultados desses indicadores que estão organizados por indicadores de atividade, adesão e utilidade. Os quadros 3, 4 e 5 apresentam para cada atividade

de ação de formação, os procedimentos, os objetivos e os indicadores de resultado de cada SFeS, de seguida o quadro 6 apresenta os parâmetros de avaliação e os resultados desses indicadores. Em todos constam as fórmulas dos indicadores avaliados.

O envolvimento ativo dos intervenientes potenciou o sucesso da promoção da Formação em Serviço com o enfermeiro como formador, e permitiu capacitar os AAD na aquisição de conhecimento para o desenvolvimento de competências que lhes permitam melhorar a prestação de apoio no autocuidado às PeSD nas AVDs, e uma interação transformadora nos ambientes onde estão inseridos. Assim, os indicadores de execução mostram que de novembro de 2022 a fevereiro de 2023, realizaram-se 100% dos materiais de divulgação, de apoio às SFeS e de suporte à prática programados, 100% dos AAD da VAD tiveram acesso ao cartaz informativo da programação das SFeS, e concretizaram-se 100% das SFeS planeadas, com uma média de presenças de 61% dos AAD. Todos (100%) os AAD da VAD visualizaram os materiais de leitura de suporte à prática, e em média, 93% dos AAD participantes nas sessões consideraram a documentação entregue muito ou totalmente adequada, 95% consideraram que os métodos pedagógicos utilizados nas SFeS facilitaram muito ou totalmente a compreensão dos temas, 95% consideraram que as suas expectativas foram muito ou totalmente satisfeitas, e 97% consideraram que as SFeS foram muito ou totalmente úteis para a sua prática profissional.

O objetivo operacional **O1** de capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de apoio à eliminação foi atingido, porque até dezembro de 2022, do total dos AAD: 41% demonstraram domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na Ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da 1ª Ação de formação, 46% enunciaram corretamente pelo menos 3 caraterísticas dos produtos de eliminação urinária e intestinal, 41% enunciaram pelo menos 4 cuidados de estímulo à eliminação, 46% enunciaram que vigiar a eliminação é importante porque fornece dados para intervir e/ou pedir ajuda aos profissionais de saúde para minimizar desconfortos e complicações, e 100 % dos AAD que responderam ao QA consideraram que o seu conhecimento foi muito ou totalmente melhorado por ter participado nas SFeS A e B da 1ª Ação de formação.

O objetivo operacional **O2** de capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a comunicação com os parceiros de cuidados foi atingido, porque até janeiro de 2023, 41% do total dos AAD: demonstraram domínio de

conteúdos com pontuação ≥ a 70% na Ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da 2ª Ação de formação, enunciaram corretamente pelo menos 2 fatores que influenciam a comunicação, enunciaram corretamente estratégias para melhorar a escuta ativa, enunciaram que praticar a comunicação assertiva ajuda a gerir conflitos, a melhorar o clima de trabalho e a coesão entre membros da equipa, e 95% dos AAD que responderam ao QA consideraram que o seu conhecimento foi muito ou totalmente melhorado por ter participado nas SFeS C e D da 2ª Ação de formação.

O objetivo operacional **O3** de capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de apoio nos cuidados de higiene e conforto foi atingido, porque até fevereiro de 2023, do total dos AAD: 59% demonstraram domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na Ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da 3ª Ação de formação, 64% enunciaram que a observação da pele deve ser diária, durante a higiene, nas mudanças de posição, e sempre que há queixas para notar alterações e agir sobre os fatores de risco preveníeis, 68% consideraram que adquiriram mais conhecimento sobre avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas por terem participado nas SFeS E e F, e 88% dos AAD que responderam ao QA consideraram que o seu conhecimento foi muito ou totalmente melhorado por ter participado nas SFeS E e F da 3ª Ação de formação.

A estratégia de comunicação em saúde de diversificar os canais de entrega de informação e conhecimento permitiu que através do material de leitura e suporte à prática e da partilha entre pares, mais AAD pudessem ter acesso ao conhecimento fazendo com que mais AAD melhorassem o seu conhecimento mesmo que não tivessem assistido às SFeS.

Este projeto interveio em prevenção primária para fortalecer a linha de defesa do grupo de AAD. Os participantes consideraram que melhoraram o conhecimento sobre as temáticas trabalhadas. O conhecimento sobre a comunicação com os parceiros de cuidados foi melhorado, o conhecimento para prestar cuidados de apoio à eliminação e apoio nos cuidados de higiene oral e higiene das unhas foi melhorado, alcançando o objetivo geral fixado. Em suma, considera-se que os Objetivos Operacionais foram todos atingidos e ultrapassados, além de que 100% (n16) dos AAD que responderam ao QA na SFeS **F** da 3ª AFeS, consideraram que este projeto “Formar para cuidar” contribuiu “muito ou totalmente” para melhorar o seu desempenho na prática profissional (n16 corresponde a 73% do total de AAD da VAD).

Este projeto visou a melhoria continua da qualidade dos CCI. Contribuiu para alinhar respostas com o ODS 3c de “Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento” (MS, 2020, p. 112), e com o ODS 4 promovendo oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para AAD (ONU, 2015). Acrescentou valor e visibilidade ao trabalho desenvolvido pelas enfermeiras da equipa de ECCI da UCC, com os AAD da VAD das instituições parceiras na área de abrangência da UCC. Demonstrou que a FS é um meio de formação eficaz.

Considera-se que a abordagem colaborativa na tomada de decisão potenciou o sucesso do projeto, promoveu ganhos em saúde, disponibilizou oportunidades de aprendizagem ao longo da vida, contribuiu para aumentar a percentagem de adultos que participam anualmente em ações de educação e formação - meta do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, relativo ao direito a uma educação inclusiva e de qualidade, à formação e à aprendizagem ao longo da vida (CE, 2021).

Este projeto de intervenção comunitária agregou valor para a sociedade e para a disciplina de enfermagem, pois a formação que o Enfermeiro realizou com os AAD criou sinergias capacitando-os para lidarem com os desafios diários da profissão, desenvolvendo o seu valor para o mercado de trabalho, melhorando os ambientes da prática e as suas condições de vida. Articulou com a ENED 2018 -2022, reforçando a capacidade de intervenção da UCC em matéria de ED em contextos de educação não formal dos AAD. Para tal usou uma boa pratica, a ação pedagógica em SFeS, produziu recursos pedagógicos e conteúdos fundamentados em conhecimento científico, que validaram a aprendizagem informal realizada em contextos de trabalho. Articulou com o objetivo 3 da Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030 de adequar a formação às dinâmicas do mercado de trabalho, promovendo a empregabilidade. Contribuiu para concretizar os objetivos da RNCCI de melhorar o acesso aos serviços de saúde às PeSD, e da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social (Decreto-Lei n.º 101/2006).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1. Competências Desenvolvidas e Adquiridas

O desenvolvimento de aprendizagens faz-se de forma dinâmica e constrói-se ativamente e cumulativamente ao longo da vida através de vivencias de situações de menor ou maior informalidade. Foi com o objetivo de desenvolver competências de especialista que decidi inscrever-me no CMEEEC, especificamente as de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária descritas no Regulamento nº 428/2018. Mobilizei-me, agi para mudar a minha realidade e inscrevi-me no concurso de seleção e fui admitida. Durante a ação de matrícula, que simboliza também a minha disposição para estabelecer relações interpessoais e aprender, recebi a informação que poderia agregar competências avançadas do 2.º ciclo do nível de estudos do ensino superior, e obter o grau de mestre, aceitei o desafio e investi neste percurso que foi sendo traçado no meu ambiente favorável de inserção, moldado por todos os intervenientes, e especificamente pelos professores e orientadores, peritos que potenciaram o meu processo formativo de diferenciação individual.

A diferenciação e a especialização contribuem para habilitar o enfermeiro para gerir a biodiversidade e imprevisibilidade das situações e são uma realidade para responder ao aumento da exigência técnica e científica resultante das necessidades de cuidados de saúde cada vez mais complexos. O desenvolvimento de competências de especialista é um fenómeno de duplo sentido porque a medida que avançamos em maturidade acrescentamos qualidade e segurança aos cuidados. As competências envolvem também as áreas de “educação das pessoas e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (Regulamento n.º 140/2019).

Todo o processo de aquisição de competências foi muito rico. O desafio foi adquirir competências de mestre, e desenvolver competências de enfermeiro de cuidados gerais para especialista, mais especificamente na área da enfermagem de Saúde Comunitária. Para alcançar esse nível de desenvolvimento pessoal e profissional de maior autonomia na tomada de decisão para gestão da prática de cuidados de enfermagem, optei por desenvolver o estágio (2º e 3º semestre) numa UCC, e desenvolver um projeto de intervenção comunitária para dar resposta a uma necessidade de cuidados de enfermagem de uma comunidade. Iniciou-se assim o

processo de colocar em prática e mobilizar a informação recebida dos conteúdos das unidades curriculares teóricas, e transformá-la em conhecimento que mobilizei para produzir mudanças em mim e na comunidade onde estou inserida. Para produzir mudanças é necessário primeiro conhecer a situação atual para se saber o que se quer diferente, e depois perspetivar onde se quer chegar. A avaliação de como melhorar a realidade atual começou assim que entrei no contexto de estágio e conheci a comunidade, as suas características, os seus recursos, as suas necessidades, em interação com as minhas características, as minhas necessidades, os meus recursos. No título escolhido a nuance **com AAD** indica uma relação recíproca na atividade formativa em que ambos os intervenientes se influenciam e se conhecem mutuamente. Esta ação de conhecimento incluí processos de observação da realidade: estruturação de pensamento critico; mobilização de saberes adquiridos para compreensão da realidade; envolvimento no questionamento da realidade com interesse pelos fatores responsáveis por influenciar ou determinar os problemas ou condições sociais; reflexão crítica organizada com ajuda de referenciais teóricos; emissão de juízo critico (em articulação multidisciplinar, e juízo clinico autónomo e específico da enfermagem); articulação de conhecimentos e saberes de outras áreas profissionais na procura de soluções para os problemas; geração de ideias e estratégias criativas; organização e sugestão de estratégias de resolução de problemas; realização das estratégias propostas e aceites pela comunidade; avaliação do trabalho realizado (para conhecer a nova realidade criada e saber como melhora-la); e a divulgação e partilha dos resultados para que as boas práticas possam ser reproduzidas e replicadas a outras comunidades com necessidades similares. Este ciclo pode ser um continuum de melhoria em melhoria se a comunidade se envolver colaborativamente nestes processos pela obtenção de ambientes favoráveis à saúde de todos (Ottawa 1986) sem deixar ninguém para trás (New York 2015), otimizando e preservando os recursos globais do planeta.

Considero que o meu percurso de aprendizagem no contexto deste trabalho foi significativo, e a força da prática e a interação nos ambientes de inserção permitiu desenvolver conhecimentos, valores e capacidades para uma gestão de projetos de intervenção de forma autónoma e responsável na comunidade. Assim, neste projeto estão desenvolvidos os 4 domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, a especificidade das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e mostra também que adquiri e desenvolvi competências de

mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016), sem as quais não poderia ter realizado a gestão deste projeto de intervenção comunitária nem a sua divulgação que se realizou pela participação em 3 eventos científicos (apêndice 21 e anexo V).

A metodologia do planeamento em saúde permite especificar as etapas em que as competências foram sendo desenvolvidas, assim como permite avaliar o processo de autonomização das aprendizagens. As aprendizagens mais significativas foram o desenvolvimento de competências de planeamento, mais especificamente a capacidade e conhecimento de planeador e melhoria da qualidade de estratega, integrando, compreendendo e manipulando o contexto sociopolítico de inserção (Tavares 1990, p.35).

Estabeleci metas para as mudanças que pretendia. Assim para os indicadores definidos que mediam a minha mudança de comportamento, de pôr-me a jeito, em trabalhar, na atitude de buscar soluções para os problemas e expandir a minha capacidade de intervir para fazer algo acontecer, estabeleci atingir metas mais ambiciosas, de 70% a 100% de execução das atividades. Para os indicadores que mostravam a influencia das minhas ações na comunidade (os ganhos em saúde produzidos em colaboração com a comunidade, partilhando e gerindo cuidados de enfermagem), estabeleci atingir metas ajustadas aos seus recursos e constrangimentos, de capacitar 40% dos elementos da equipa de AAD da VAD para a prestação de apoio no autocuidado. Esta aprendizagem de conhecer a comunidade, conhecer os recursos de que dispomos para perceber a dimensão da resposta que conseguimos dar, foi muito importante na racionalização da tomada de decisão, para que a gestão dos cuidados de enfermagem na capacitação dos AAD para a prestação de apoio no autocuidado fosse mais eficiente. Essa consciencialização permitiu estabelecer objetivos realistas e alcançáveis que contribuíram na resolução do problema sem defraudar as expetativas das pessoas.

3.2. Reflexão sobre o Projeto

A redação deste relatório descreveu os benefícios que se obtiveram com o projeto, quer para o desenvolvimento de competências da mestranda, quer para a melhoria da capacitação dos AAD, e permite perspetivar as vantagens para a melhoria da qualidade de vida das PeSD. Lebre *et al.* (2022) refere que promover uma cultura de segurança,

> alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma comunicação, formação e sensibilização, não deverá ser apenas uma escolha, mas um imperativo para todos os profissionais, órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsabilidade de todos (p.22).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 revisão e extensão a 2020 descreve que a investigação, a promoção da Saúde, a formação, a prevenção, a prestação de cuidados, valorizam o país e impulsionam o desenvolvimento económico e a coesão social (MS, 2015, p.4). Assim neste projeto, ao intervir em formação para melhorar o conhecimento, contribuiu-se para o desenvolvimento pessoal dos AAD capacitando-os para a prestação de apoio no autocuidado às PeSD nas AVDs e obteve-se mais valor em saúde.

A Formação em serviço como componente da ALV mostrou ser uma estratégia eficiente na mudança desejável do estado de saúde em termos de melhoria de conhecimentos dos AAD. O comportamento de procura de saúde, demonstrado pelo envolvimento do grupo no processo de ensino aprendizagem, na tomada de decisão, no comportamento de adesão à formação, e na sua colaboração no trabalho de intervenção, demonstrou que o grupo se auto responsabiliza pela sua saúde e importa-se com o nível geral de saúde da sua comunidade, e estes aspetos são importantes para alcançar melhores resultados, ganhos e mais valor em saúde.

Acredita-se que as implicações do projeto serão positivas porque, segundo Dixe *et al.* (2020), o desenvolvimento de programas e modelos de capacitação, mesmo de curta duração, contribuem para o aumento das competências do cuidar. Acresce que o Despacho n.º 9390/2021 refere que mais competência melhora a segurança e a qualidade dos cuidados, que sinergicamente abona benefícios já que "adequar a formação às dinâmicas do mercado de trabalho promovendo a empregabilidade, reduz a pobreza" (RCM n.º 184/2021, 2021, p.27), um dos mais importantes determinantes sociais de saúde.

Como limitações e fraquezas da intervenção destacam-se o baixo número da amostra; múltiplas variáveis e constrangimentos ambientais internos e externos. Constrangimentos de tempo dos participantes; média de adesão de apenas 61% dos AAD às sessões formativas da ação de formação; necessidades que mudam muito rapidamente em virtude da evolução tecnológica e da grande rotatividade quer dos AAD, quer das pessoas cuidadas. Foi necessário direcionar a abordagem sempre pela perspetiva das vantagens da formação continua em serviço como estratégias de

desenvolvimento das aprendizagens profissionais e pessoais para o bom desempenho. Estas limitações dificultam a comparabilidade impossibilitam a generalização de resultados. O uso do conhecimento da área da gestão e administração (como é exemplo máximo a metodologia do planeamento em saúde) e da área da Educação, permitiu que estrategicamente a operacionalização do projeto se tornasse mais eficiente, e que a capacitação dos AAD para uma interação transformadora fosse mais eficaz.

Ao longo da intervenção observaram-se parâmetros a melhorar, sendo o mais evidente o questionário de colheita de informações, que por exemplo não contemplou o cuidado ao estoma nas questões da dimensão eliminação, e o pré-teste não revelou essa falha, mas por ter sido referido pelas AAD no preenchimento do questionário assistido foi integrado na sessão de formação sobre cuidados de apoio à eliminação. Também não integrou o enfermeiro como possibilidade a ser referido como rede de suporte em momentos de dificuldade, o que acrescentaria pertinência à estratégia de intervenção do enfermeiro como recurso formativo. Como recomendação futura de intervenção eficaz, poder-se-á considerar uma estratégia de intervenção *in loco* ou a simulação supervisionada da prática conforme os recursos disponíveis. As recomendações e sugestões de melhoria foram integradas nos documentos do questionário e FAC que ficaram na pasta do projeto formar para cuidar deixados na UCC como contributo para próximas colheitas de dados que visem avaliação de necessidades formativas. A estreita ligação de parceria e colaboração já de longa data instalada entre a UCC e a entidade social, por intermédio das diretoras técnicas da VAD, sustentou e sensibilizou para a adesão e participação no projeto dos AAD, o que facilitou a adaptação e a correção das falhas.

A operacionalização demonstrou que os enfermeiros especialistas são relevantes e estão posicionados para serem o suporte e uma fonte próxima e acessível de informações fidedignas e conhecimento para os AAD enquanto intervenientes no processo do cuidar e também como utilizadores dos serviços de saúde. Fazendo uso de conhecimento proveniente da área de conhecimento da Educação (Regulamento nº 428/2018, p.19356), o enfermeiro pode compreender as necessidades de formação dos AAD, tendo em conta as múltiplas implicações dos seus determinantes de saúde nos contextos onde estão inseridos, responder a preocupações e explicar os benefícios para a saúde do investimento em formação. O EEEC Constitui um recurso determinante no suporte à mudança de comportamento

de não participativo para participativo em formação, no hábito de reflexão sobre a prática, e suporte de estratégias de aprendizagem. Essa mudança de comportamento realizada através de um processo de ensino-aprendizagem está descrita em Tavares (1990, p.37) e traduz-se, por exemplo através da prestação de melhores cuidados, que têm múltiplas implicações - como a satisfação das pessoas cuidadas e a consequente melhoria da autoconfiança que por sua vez leva a valorização da participação e do investimento em formação.

Por isso é necessário munir os enfermeiros com ferramentas apropriadas para incentivar a utilização dos serviços disponíveis e motivar transformações comportamentais nas pessoas que as aproximem dos serviços de saúde que prestam. Dinamizar formação em serviço para AAD foi o serviço prestado pelos enfermeiros, e como é retratado na avaliação do projeto com resultados positivos de um estado de saúde da população melhorado. Toda a documentação e ferramentas construídas e utilizadas na dinamização do projeto ficaram arquivadas em formato digital editável na UCC para que os enfermeiros possam continuar a usar no planeamento de novas ações de formação.

Pelo já exposto no cap. 2.7 considera-se que os objetivos do projeto foram atingidos. A estes resultados junta-se o fato de a mestranda considerar que o projeto contribuiu totalmente para adquirir as competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alheit, P., & Dausien, B. (2006). Processo de formação e aprendizagens ao longo da vida. Educação E Pesquisa, 32(1), 177–197. https://doi.org/10.1590/s1517-97022006000100011

Lebre A., Resendes A., Paiva A., Barbosa C., Pereira C., Gaspar F., Silva G., Oliveira I., Eiras M., Valente M., Gaspar M., Nunes M., Arriaga M., Sousa P., Pacheco P., Costa S., Ramos S., Fonseca V. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx

Anker-Hansen, C., Skovdahl, K., McCormack, B., & Tønnessen, S. (2018). The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services-A systematic review from a person-centred perspective. Journal of clinical nursing, 27(7-8), e1309–e1326. https://doi.org/10.1111/jocn.14205

Aylward, P.& Lowry L. (2015) Betty Neuman`s Systems Model. In M.C. Smith & M.E. Parker (Eds.). Nursing theories and nursing practice, 4th ed. (pp. 165-184). Philadelphia: F. A. Davis Company. https://docshare.tips/nursing-theories-and-practice-smith-marlaine-c-srg_58b52cb6b6d87f81288b4c60.html

Bardin, L. (2002). Análise de conteúdo. Edições 70.

Bartfay, E., Bartfay, WJ., Gorey, KM. (2016). Dementia care in Ontario, Canada: evidence of more timely diagnosis among persons with dementia receiving care at home compared with residential facilities. *Public Health*, 130. 6–12. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.10.002

Bayly, M., Blake, C., Peacock, S., Morgan, D., & Forbes, D. (2018). Development and implementation of dementia-related integrated knowledge translation strategies in rural home care. Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 18(2), 29–64. https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v18i2.509

Blackburn, J., Locher, JL., Kilgore, ML. (2016). Comparison of long-term care in nursing homes versus home health: costs and outcomes in alabama. *Gerontologist* 56. 215–221. https://doi.org/10.1093/geront/gnu021

Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. (2010). Epidemiologia Básica. 2ª ed. Livraria Santos. Grupo Editorial Nacional.

Comissão Europeia (2021). (Bruxelas, 4.3.2021). Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao Conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões, Plano de Ação sobre o Pilar Europeu dos Direitos Sociais, {SWD (2021) 46 final}. COM (2021) 102 final. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=COM:2021:102:FIN

Commission of the European Communities (CEC). (2000). A memorandum on lifelong learning. https://uil.unesco.org/i/doc/lifelong-learning/policies/european-communities-a-memorandum-on-lifelong-learning.pdf

Conselho Nacional Saúde. (2020). Participação Pública em Saúde - Todas as Vozes Contam. Conselho Nacional de Saúde, Lisboa. https://www.cns.min-saude.pt/2023/02/16/2020-3/

Correia, H. (2019). Capacitação de Cuidadoras Formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário. Dissertação de Mestrado não publicada. ESEL, Lisboa.

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República* I-A Série (n.º 109/2006, de 06-06-2006). 3856-3865. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º 396/2007 (2007). Estabelece o regime jurídico do Sistema Nacional de Qualificações e define as estruturas que regulam o seu funcionamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República* I Série (n.º 251/2007, de 31-12-2007) 9165 – 9173. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/396-2007-628017

Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República.* I Série (n.º 38/2008, de 22-02-2008). 1182-1189. https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/p/cons/20190130/pt/html

Decreto-Lei n.º 63/2016 (2016). Aprovação do quadro de qualificações a adotar no espaço europeu do ensino superior, organizado em três ciclos, bem como os objetivos genéricos a atingir em cada um deles. Descritores Dublin. Ciência,

Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (n.º 176, de 13-09-2016) 3159-3191. https://dre.pt/application/file/a/75319373

Decreto-Lei n.º 86-A/2016 (2016). Define o regime da formação profissional na Administração Pública. Finanças. *Diário da República,* I Série (n.º 249/2016, 3º Suplemento, de 29-12-2016) 33 – 40. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/86-a-2016-105658704

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), *Diário da República*, II Série (n.º 187 de 24-09-2021), 96-103. https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, (2019). Key competences for lifelong learning, Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2766/569540

European Commission, European Education and Culture Executive Agency, (2021). Adult education and training in Europe: building inclusive pathways to skills and qualifications. https://data.europa.eu/doi/10.2797/788535

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A., Alligood, M. (Ed.) Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (modelos e teorias de enfermagem), (5ª ed., cap. 18., p.335). Loures: Lusociência.

GEP (2021). CARTA SOCIAL - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2020. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e

Hesbeen W. (2000). Cuidar neste mundo. Loures. Lusodidacta

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento em saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

ICN (2022a, novembro 7). ICNP Browser. https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser

ICN (2022b). Enfermagem: Enfermeiros: Uma voz para liderar Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global. Ordem dos enfermeiros.

Genebra, Suíça. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26191/icn_kit_portugu%C3%AAs_vf.pdf

Lange, J., Mager, D., Andrews, N. (2013). The ELDER expansion project: building cultural competence among long term home care workers. Applied Nursing Research, 26 (2). 58-62. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.10.003.

Lei n. º 95/2019 (2019). Lei de Bases da Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (n.º 169/2019 de 04-09-2019). 55 – 66. https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html

Lopes, H., Mateus, C., Hernández-Quevedo, C. (2018). Ten years since the 2006 creation of the Portuguese National network for long-term care: achievements and challenges. *Health Policy (New York)* 122. 210–216. https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2018.01.001

Luker, JA., Worley, A. Stanley, M., Uy, J., Watt, AM., Hillier, SL. (2019). The evidence for services to avoid or delay residential aged care admission: A systematic review. *BMC Geriatr.* 19(217).1–20. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1210-3

Maxwell, H., Bramble, M., Prior, S. J., Heath, A., Reeves, N. S., Marlow, A., Campbell, S., & Doherty, D. J. (2021). Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian community: A qualitative study. Health & Social Care in the Community, 29(3), 685–693. https://doi.org/10.1111/hsc.13331

Mccormack, B. (2019). My vision for Person-centred Nursing. Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem, 2. 6.12

Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral de Saúde. http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Ministério da saúde (2020). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Nações Unidas. (1945). Carta das nações Unidas. Nova Iorque. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2009/10/Carta-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas.pdf

Neuman, Betty (2002). The Neuman Systems Model, 4th ed.; London: Prentice Hall

Neuman, B. (2005). The Neuman Systems Model of Nursing [overview of the Neuman Systems Model]. Copyright permission granted for educational purposes by Dr. Betty Neuman (2005). https://www.neumansystemsmodel.org/nsm-powerpoint

OCDE (2017), Caring for Quality in Health: Lessons Learned from 15 Reviews of Health Care Quality, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264267787- pt

OCDE (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en.

OCDE (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

OECD, Eurostat, WHO (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en

OECD (2020), "Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic", OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/43fc5d50-en.

OECD (2021). OECD Health Statistics 2021. Definitions, Sources and Methods. https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2021.pdf

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/766c3111-pt.

Oliveira, A., Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2019). Avaliando a Capacidade Funcional e Fatores Determinantes do Declínio Funcional em Idosos: Um Estudo Transversal. *Acta Médica Portuguesa,* 32(10), 654-660. http://dx.doi.org/10.20344/amp.11974

Olson, R., Thompson, S. V., Elliot, D. L., Hess, J. A., Rhoten, K. L., Parker, K. N., Wright, R. R., Wipfli, B., Bettencourt, K. M., Buckmaster, A., & Marino, M. (2016). Safety and Health Support for Home Care Workers: The COMPASS Randomized Controlled Trial. American journal of public health, 106(10), 1823–1832. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303327

ONU (2015). Objetivos de desenvolvimento sustentável. New York. https://unric.org/pt/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Cadernos OE. Série 2, número3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8890/catalogocipe_web_julho2015.pdf

Parker, M.E. & Smith, M.C. (2015). Choosing, evaluating, and implementing nursing theories for practice, in M.C. Smith & M.E. Parker (Eds.). Nursing theories and nursing practice, 4th ed. (pp. 23-33). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Pestana-Santos, M. *et al.* (2021). Modelo de Neuman no cuidado de enfermagem perioperatório de adolescente com escoliose idiopática juvenil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55, e03711. Epub 23 de junho de 2021. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020001703711

Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology., 1(2), 225–236. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124

Portaria n.º 38/2013. (2013). Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. *Diário da República*. I Série (n.º 21/2013, de 30-01-2013). 605 - 608. https://data.dre.pt/eli/port/38/2013/01/30/p/dre/pt/html

Portugal, (2016). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e

Reckrey, J. *et al.* (2020). Paid Caregiver Communication With Homebound Older Adults, Their Families, and the Health Care Team, *The Gerontologist*, 60(4). 745–753. https://doi.org/10.1093/geront/gnz067

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (n.º 26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento n.º 428/2018 (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. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (n.º 135 de 2018-07-16), 19354 - 19359. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616

Resolução do Conselho de Ministros n.º 94/2018 (2018). Aprova a Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento 2018-2022. Presidência do conselho de ministros. *Diário da República.* I Série (n.º 135/2018, de 16-07-2018), 3190 – 3202. https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/94/2018/07/16/p/dre/pt/html

Resolução do Conselho de Ministros n.º 184/2021 (2021). Aprova a Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030. Presidência do conselho de ministros. *Diário da República.* I Série (n.º 251/2021, de 29-12-2021), 19 – 30. https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/184/2021/12/29/p/dre/pt/html

Rodrigues, F. (2021). A SAÚDE PLANEADA: Metodologia colaborativa com a comunidade. Lisbon international Press. Lisboa

Russell, D., Fong, M.-C., Gao, O., Lowenstein, D., Haas, M., Wiggins, F., Brickner, C., & Franzosa, E. (2022). Formative Evaluation of a Workforce Investment Organization to Provide Scaled Training for Home Health Aides Serving Managed Long-Term Care Plan Clients in New York State. *Journal of Applied Gerontology*, 41(7), 1710–1721. https://doi.org/10.1177/07334648221084182

Savundranayagam, M., Basque, S., Johnson, K. (2020) Feasibility of a Dementia-Focused Person-Centered Communication Intervention for Home Care Workers, Clinical Gerontologist, 43(2). 181-192. DOI: 10.1080/07317115.2019.1694116

Segurança social (2021). Ajudante Familiar - Apoio Domiciliário. https://www.seg-social.pt/ajudante-familiar-apoio-domiciliario

Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K. G., Lindholm, L., & Norström, F. (2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home

care workers in Northern Sweden. International archives of occupational and environmental health, 93(6), 747–764. https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9

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

Serra, M., Nascimento, C., Ferrão, S., Félix, I., Mestrinho, G., Mègre, P., Lopes, V. & Antunes, L. (2016) Formação e Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didático, Lda;

Sousa, C. A. (2021). Ser cuidador.a formal de idosos em tempo de Pandemia: riscos agravados, invisibilidades Reproduzidas?. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/134887/3/483766.1.pdf

Sprangers S, Dijkstra K, Romijn-Luijten A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clin Interv Aging*, 2015(10). 311-319. https://doi.org/10.2147/CIA.S73053

Stewart, T., Brunkert, T., Campbell-Enns, H., Gruneir, A., Halas, G., Hoben, M., Scott, E., Wagg, A., & Doupe, M. (2021). Prioritizing supports and services to help older adults age in place: A Delphi study comparing the perspectives of family/friend care partners and healthcare stakeholders*. PloS one*, 16(11), e0259387. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259387

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa. Ministério da Saúde.

Tomey, A. (2004). Virginia Henderson: Definição de enfermagem. In Tomey, A., Alligood, M. (Ed.) Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de enfermagem), (5ª ed., cap. 8., p.111). Loures: Lusociência.

UCC NP. (2013). Plano de ação 2013-2015. Centro de saúde da Pontinha. ACES Loures-Odivelas.

Viegas, L; Fernandes, A.& Veiga, M.A. (2022). Intervenção de Enfermagem no Estresse do Cuidador Familiar do Idoso com Dependência: estudo piloto in Ana Maria Aguiar Frias (org).The nursing profession in the XXI century (Cap.15: 153-167). Ponta Grossa - PR: Atena. https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280115

World Health Organization. (1978). ALMA-ATA. Cuidados primários de saúde. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf

World Health Organization. Regional Office for Europe. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

World Health Organization. (2019). Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123

World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing 2021–2030. https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action

World Health Organization. (2021a). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349

World Health Organization. (2021b). WHA74.14. Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce. https://apps.who.int/gb/e/e_WHA74.html

World Health Organization. (2022a). WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/357828.

World Health Organization. (2022b). Working for Health 2022-2030 Action Plan: education and employment. Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/9789240063365

Zainab Toteh Osakwe, Ednah N. Madu, Amarilis Céspedes, Minne Atairu, Jennel C. Osborne, Ana Stefancic (2022). Home health aide perceived information needs for dementia-specific care plans. Geriatric Nursing, (43), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.10.017.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Scoping Review

Formação em serviço com Ajudantes de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário - Revisão Scoping

DOMINIQUE FERNANDES Enfermeira na Unidade de Saúde Santa Casa do Bairro Padre Cruz/Telheiras, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Discente do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. [dominiquefernandes@campus.esel.pt

ANA SANTOS Enfermeira na Unidade de Saúde Santa Casa do Bairro Padre Cruz/Telheiras, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Discente do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. [anas@campus.esel.pt]

RESUMO

Introdução: A comunicação é indispensável no trabalho multidisciplinar para todos os intervenientes do processo do cuidar na abordagem às necessidades de saúde. Uma comunicação positiva promove um ambiente favorável, melhora a segurança, a qualidade dos serviços prestados. Desenvolver habilidades de comunicação é importante pois ela é a base de parcerias, essenciais no cuidado á pessoa com dependência. Os enfermeiros para promoverem a capacitação dos Ajudantes de Ação Direta, precisam munir-se com a melhor evidência científica, conhecer as dimensões, os elementos facilitadores e as possíveis barreiras da comunicação entre os parceiros de cuidados para intervir eficazmente na questão. **Objetivo** mapear a evidência científica disponível sobre Formação em serviço com Ajudantes de ação direta do Serviço de apoio domiciliário para melhorar na comunicação com os parceiros de cuidados à pessoa com dependência.

Metodologia do The Joanna Briggs Institute para revisão scoping. A Mnemónica "**PCC**" definiu os descritores Medical Subject Headings associados a cada dimensão da **Questão de investigação:** Como é que o enfermeiro pode promover a capacitação (conceito) dos Ajudantes de Ação Direta (participantes) do serviço de apoio domiciliário (contexto) na comunicação com os parceiros de cuidados à pessoa com dependência? A pesquisa foi realizada entre maio e julho de 2022 nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete em linguagem natural e indexada. Revelou 131 artigos. A extração, avaliação e síntese dos dados de 6 artigos foi realizada por dois revisores.

Resultados: Desenvolvimento colaborativo de estratégias (potencia a aceitação, a motivação e a participação), pesquisa de informação e descodificação de conhecimento, dinâmicas específicas de acordo com necessidades de contexto, partilha de experiências, prática simulada, reflexão da prática supervisionada, são as principais estratégias de intervenção na formação em serviço nos estudos que impactam a autoconfiança, a disponibilidade para relações interpessoais, e a capacidade para lidar com desafios da função, o que melhora a coesão e a satisfação de todos os parceiros do cuidado.

Conclusões: Investir em formação é investir em saúde, porque o aumento da capacitação melhora a segurança e a qualidade do serviço prestado, potenciando resultados positivos em saúde. Os resultados suportarão o enfermeiro na preparação do projeto intervenção comunitária com formação em serviço, baseada em evidências e mais particularizada na capacitação para a comunicação dos Ajudantes de Ação Direta do serviço de apoio domiciliário com os parceiros de cuidados.

Palavras-chave: Ajudante de Ação Direta; Serviço de apoio domiciliário; Formação; Comunicação.

1. INTRODUÇÃO

A Formação em serviço dos Ajudantes de Ação Direta (AAD) do Serviço de apoio domiciliário (SAD) é relevante num cenário que perspetiva a necessidade crescente destes profissionais para aumentar a resposta social integrada com cuidados de saúde dirigida a promover a qualidade de vida de pessoas em situação de dependência que desejem permanecer em casa. (Portaria n.º 38/2013;). A direção demográfica que se faz sentir pelo aumento da esperança média de vida conjugada com a baixa natalidade impõem aumento na complexidade da prestação de cuidados integrados em saúde e social, justapondo escassez de recursos humanos (OCDE, 2020; 2021). Os indicadores relativos as alterações demográficas, não só nos devolvem essa realidade, de necessidade crítica de melhorar a qualidade, oferta e retenção de AAD em meio à crescente procura por serviços de apoio, como estimam um aumento dos desafios, como se verifica pela tendência crescente do índice de dependência de idosos em Portugal que passou de 28,8% em 2011 para 36,8% em 2021 (PORDATA, 2021).

A perda de autonomia, coloca a pessoa na situação de depender de outros para a realização do autocuidado de saúde. O apoio varia no grau de complexidade dependendo da etapa do processo, da severidade e da causa da perda de funcionalidade (World Health Organization, 2015; 2022). Os AAD surgem como substituto do autocuidado da pessoa em situação de dependência quando por algum impedimento não existe apoio familiar de primeira linha para o efeito, e respondem às suas necessidades básicas (higiene e conforto, alimentação) e ou instrumentais da vida diária (cozinhar, conversar, ler, fazer recados como compras no supermercado ou farmácia) permitindo a sua permanência em casa junto da sua rede sociofamiliar onde a pessoa tem estabelecidas as suas redes de suporte psicoemocional (World Health Organization, 2015; OCDE, 2021). São cuidadores remunerados sem habilitação, integrados no grupo dos cuidadores formais, onde se incluem os médicos, enfermeiros e psicólogos e assistentes sociais (que são profissionais habilitados), mas em muitos países não são claramente identificados como parte da força de trabalho em saúde (OCDE, 2020).

São um grupo de trabalhadores com baixas qualificações na área e para ingressarem na função que desempenham não há exigência de requisito de formação na maior parte dos países da OCDE, sendo que a sua preparação e feita pela formação inicial e continua em contextos de trabalho maioritariamente por pares com mais anos de experiência (OCDE, 2020; 2021). A estas características juntam-se trabalho pesado que exige esforço físico, contratos precários, baixos salários, contacto diário com a doença, a fragilidade e o fim de vida, presença de fatores de risco físico, e a fraca valorização social, e o sentimento de isolamento da equipa de cuidados, e que

são os fatores de vulnerabilidade que se repercute em alta rotatividade de serviço e elevado abandono da profissão (OCDE, 2020).

Lopes, H., Mateus, C. & Rosati, N. (2020), referem que a rede nacional de cuidados continuados integrados são a resposta social estruturada que pretende mitigar essa vulnerabilidade, e que tem sido alvo de uma ação concertada de melhoria, inovação e adaptação para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados. Melhorar a formação destes trabalhadores é também melhorar o ambiente da prestação de cuidados o que aumenta a satisfação dos trabalhadores, dos utentes e suas famílias assim como a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. (OCDE, 2020).

Russell, D et al. (2022), refere que o investimento em cuidados continuados de qualidade acessíveis e sustentáveis, que ajudem as pessoas em situação de dependência para o autocuidado a permanecerem em suas casas, foi realizado investindo em programas de formação dos trabalhadores com as funções dos AAD dos SAD. Capacitando para melhorar o desempenho e a prestação de cuidados e valorizando a carreira destes profissionais ao mesmo tempo que revitalizava o recrutamento e retenção na função e favorece o reconhecimento do contributo que o AAD traz para a equipa dos cuidados domiciliários. (Bayly, M., Blake, C., Peacock, S., Morgan, D., & Forbes, D., 2018)

Savundranayagam, M.; Basque, S.; Johnson, K. (2020) refere que a formação em comunicação centrada na pessoa para AAD, especialmente o valor da aprendizagem experiencial, da prática reflexiva e do apoio de pares, melhora as competências e tornando-os mais confiantes no cuidar faz com que os trabalhadores dos cuidados domiciliários se sintam valorizados e afirmados no seu papel na vida dos seus clientes.

A comunicação é indispensável e uma componente sempre presente de trabalho multidisciplinar de todos os intervenientes do processo do cuidar na abordagem às necessidades de saúde. Uma comunicação positiva promove um ambiente favorável e consequentemente a melhoria da segurança e da qualidade dos serviços prestados, e da satisfação do cuidador e das pessoas cuidadas. Desenvolver habilidades de comunicação é particularmente importante uma vez que ela é a base das parcerias eficazes, essenciais no cuidado á pessoa com dependência. (Despacho n.º 9390/2021).

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária estão habilitados a promover a capacitação do grupo dos Ajudantes de Ação Direta na comunicação com os parceiros de cuidados, para tal precisam de estar munidos com a melhor evidência científica, e articular conhecimento de outras áreas disciplinares (Regulamento n.º 428/2018). É importante

conhecer as dimensões de comunicação, os elementos facilitadores e as possíveis barreiras entre os parceiros de cuidados para que se possa conseguir uma intervenção mais particularizada, agir diretamente na questão melhorando-a (Lange, J., Mager, D., Andrews, N., 2013).

Na procura desta evidência, partimos para a realização da revisão scoping.

Objetivo e Questão de revisão *scoping*:

Mapear a evidência científica disponível sobre Formação em serviço com Ajudantes de ação direta do Serviço de apoio domiciliário para melhorar na comunicação com os parceiros de cuidados à pessoa com dependência.

Questão de investigação: Como é que o enfermeiro pode promover a capacitação dos Ajudantes de Ação Direta do serviço de apoio domiciliário na comunicação com os parceiros de cuidados à pessoa com dependência?

2. METODOLOGIA

Seguimos as orientações do The Joanna Briggs Institute para revisão scoping (Aromataris e Munn, 2020). Usamos a Mnemónica "PCC" para definir os descritores Medical Subject Headings associados a descrição de cada dimensão da questão de investigação e consideramos os estudos que cumprem os critérios de inclusão.

2.1 Critérios de inclusão

Tipos de participantes/População - Ajudantes de ação direta do Serviço de apoio domiciliário que prestem cuidados a pessoas com dependência em casa.

Conceito - formação em serviço para capacitar na comunicação.

Contexto - Serviços de Apoio Domiciliário que prestam cuidados continuados integrados de saúde e social a pessoas com dependência.

Tipos de fontes de informação - Considerados todos os artigos no intervalo temporal de 2012-2022 que relatem estudos que apresentem intervenções formativas/ educativas dirigidas a melhorar conhecimentos sobre comunicação e que estejam disponíveis em texto completo na língua portuguesa ou inglesa.

Critérios de exclusão: Literatura fora da temática em análise, estudos direcionados para cuidadores informais e outros cuidadores formais como os profissionais de saúde

academicamente habilitados, estudos fora do âmbito da prestação de cuidados em domicílio e estudos que não contemplem a dimensão da comunicação na formação.

2.2 Estratégia de pesquisa

Da questão de partida estabeleceram-se as palavras-chave: Ajudantes de Ação Direta; Serviços de apoio domiciliário; Formação; Comunicação. Recorrendo às definições da OMS, da OCDE e a ISCO - International Standard Classification of Occupations procurou-se outras nomenclaturas para a mesma função das AAD. Com recurso a plataforma Mesh Browser e a plataforma DeCS/MeSH, identificou-se os descritores. termos de pesquisa em linguagem natural, e traduziram-se para inglês. Todas as palavras que surgiram e que de adaptaram foram incluídas para facilitar a pesquisa.

A pesquisa foi realizada, nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete em linguagem natural e indexada, no período de maio a julho de 2022. Em cada uma das bases de dados pesquisamos os termos que compõem a população, o conceito e o contexto, primeiro em linguagem natural e depois em linguagem indexada. Foi usada truncatura para expandir o espetro de pesquisa a termos semelhantes.

Os termos pertencentes a cada uma das dimensões foram combinados num passo intermédio de pesquisa com o operador booleano “OR”, e os conjuntos dessa foram posteriormente combinados no passo intermédio seguinte com o operador booleano “AND”. Por fim, foram combinados os conjuntos de termos resultantes das pesquisas intermédias com o booleano “AND”. O quadro 1 identifica os passos da estratégia de pesquisa (Quadro 1).

Uma vez que existiam termos indexados numa base que não correspondem a outra, esses termos indexados foram usados como linguagem natural nas duas bases de dados alargando-se assim a possibilidade de mapeamento das fontes de evidência.

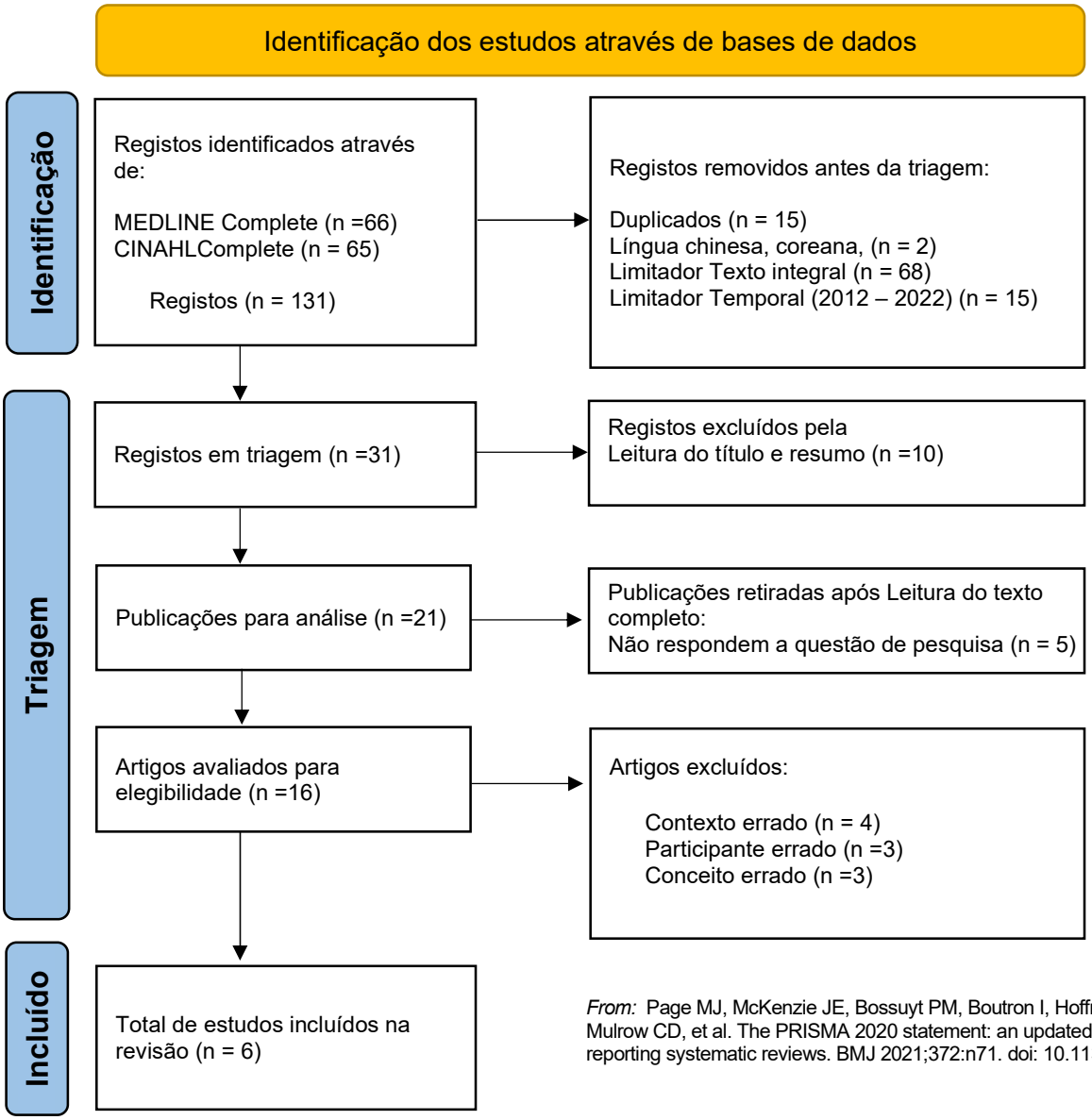
Quadro 1 - Termos *de pesquisa utilizados na estratégia de pesquisa*

PCC	Primeiro em Linguagem Natural	Segundo em Linguagem indexada	
		CINAHL Subject Headings	*MEDLINE - MeSH (Medical Subject Headings)*
População = Ajudantes de ação direta			
Ajudante de ação direta	*Direct care worker OR*	*238*	*254*
	Personal care workers OR	*73*	*40*
	Personal care Provider OR	*77*	*102*
	Home care workers OR	*1274*	*964*
	Home care personnel OR	*1016*	*682*
	Home Care Assistants OR	*1013*	*64*
	Home Care Aides OR	*1024*	*733*
	Home Health Aides Or -1619/1042	*(MH "Home Health Aides")1454 OR*	*(MH "Home Health Aides") OR*
	Nursing aide OR	*312*	*384*
	formal care OR*	*2133*	*2837*
	P= Combinação de todos os termos da população com o operador booleano "OR"		
Conceito = Formação em serviço e comunicação			
Formação em serviço	*Adult education 2184 OR*	*(MH "Adult Education")1031 OR*	2156
	Professional Education 11120 OR	*6716*	*(MH "Education, Professional") OR - 3042*
	Ongoing education OR	*1113*	*1,585*
	Educat - 835270/1700536 OR*	*(MH "Education") 11459 OR*	*(MH "Education") OR - 21488*
	Training Programs OR -	*28072*	*55148*
	Continuing Education 23803/33926 OR	*(MH "Education, Continuing") 13411 OR*	*(MH "Education, Continuing") OR - 9176*
	Lifelong Learning OR - 2943	*(MH "Lifelong Learning")1399 OR*	*2091*
	learning, – 177793/526822 OR	*(MH "Learning") 27613 OR*	(MH "Learning") OR - 75099
	Inservice Training - 20913 OR	*136*	*(MH "Inservice Training") OR - 20704*
	On-the-Job Training OR	*1084*	*10984*
	Training in the workplace OR	*595*	*875*
	Employee Training OR	*297*	*9840*
	Staff development– 39849/12502 OR	*(MH "Staff Development") 29255 OR*	*(MH "Staff Development") OR - 9798*
	Human Resource Development OR	*270*	*1439*
	Combinação de todos os termos referentes a formação com o operador booleano "OR"		
	AND		
Comunicação	*Communication OR - 749032*	*(MH "Communication") 216318 OR*	*(MH "Communication") OR*
	C= Combinação de formação e comunicação com o operador booleano "AND"		
Contexto = Serviço de apoio domiciliário			
Serviço de apoio domiciliário	home care services OR – 39545		(MH "Home Care Services") OR
	Homemaker Services OR – 500	*(MH "Homemaker Services") OR*	*(MH "Homemaker Services") OR*
	Domiciliary Care OR -		*26287*
	Long-Term Care OR – 48170	*(MH "Long Term Care") 28103OR*	*(MH "Long-Term Care") OR- 27699*
	Home based care OR		2,715
	At home care OR		64,963
	C= Combinação de todos os termos do contexto *com o operador booleano "OR"*		
P And **C** And **C**	Total =131 artigos	resultados = 65 artigos	resultados = 66 artigos

2.3 Extração dos dados

A pesquisa devolveu 131 artigos, as etapas de extração, seleção e exclusão dos artigos estão ilustradas na Figura 1

Figura 1 - PRISMA 2020 Fluxograma de revisão scoping sobre Formação em serviço com Ajudantes de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

2.4 Apresentação dos resultados

Foi elaborado o quadro para organizar dos resultados que contém os seguintes elementos: Autores; ano da publicação; país de origem da publicação; objetivo/finalidade do estudo; amostra; tipo de estudo; Intervenção; resultados; Limitações do Estudo; implicações para a prática. O quadro foi testado em dois artigos, e com a forma final garantiu que os resultados relevantes fossem extraídos. A extração e síntese dos dados foi realizada por dois revisores e os principais resultados apresentados em formato de quadro. As divergências, foram resolvidas através de discussão entre os mesmos sendo a primeira autora responsável pelo julgamento que prevaleceu.

Quadro 2 - Instrumento de extração de dados para uma revisão scoping sobre Formação em serviço com Ajudantes de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário

Título do Artigo / Itens	***Development and implementation of dementia-related integrated knowledge translation strategies in rural home care***	***Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian community: A qualitative study.***	***Safety and Health Support for Home Care Workers: The COMPASS Randomized Controlled Trial.***
Autores	Melanie Bayly; Dorothy Forbes; Catherine Blake; Shelley Peacock; Debra Morgan	Maxwell, Hazel; Bramble, Marguerite; Prior, Sarah J; Heath, Anne; Reeves, Nicole S; Marlow, Annette; Campbell, Steve; Doherty, Douglass J	Olson, R; Thompson, S; Elliot, D; Hess, J; Rhoten, K; Parker, K; Wright, R; Wipfli, B; Bettencourt, K; Buckmaster, A; Marino, M
Ano da publicação	2018	2021	2016
País	Canadá	Austrália	EUA
Objetivo/finalidade do estudo	Abordar necessidades educacionais não atendidas relacionadas à demência, usando um Intermediário/ descodificador de conhecimento (knowledge broker - KB) para facilitar o desenvolvimento e a implementação de estratégias de tradução integrada de conhecimento (iKT) em dois centros rurais de atendimento domiciliar.	Explorar as experiências da equipa de cuidados diretos e do coordenador de cuidados em traduzir um programa focado na reabilitação em prática para idosos em uma comunidade regional na Austrália	Determinar a eficácia da intervenção COMmunity of Practice And Safety Support (COMPASS) com trabalhadores de cuidados domiciliários. Melhorar a saúde global do trabalhador de cuidados diretos domiciliários fornecendo educação e suporte social.
Amostra	Prestadores de cuidados domiciliários (PCD) N=19 - Enfermeiros (6), AAD (5), Gestores (4), Outros (4)	Prestadores de cuidados diretos domiciliários (AAD) 166 funcionários, 13 coordenadores	Trabalhadores de cuidados domiciliários N= 149
Tipo de estudo	Estudo de caso múltiplo longitudinal	Estudo qualitativo Formação em Serviço	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado
Método/ Instrumento de colheita de informação	-Sessões/ reuniões de grupo de trabalho facilitadas KB para discutir lacunas e soluções potenciais no tratamento da demência, cada local planeou e implementou as suas próprias estratégias de iKT. O PCD completou três entrevistas sobre o desenvolvimento, implementação e impactos das estratégias iKT (no início, aos 6 meses no processo e alguns meses após o término da função KB). Os guiões de entrevista foram desenvolvidos de acordo com PARIHS framework; -38 entrevistas semiestruturadas com análise temática do conteúdo	Programa formação em serviço Métodos mistos -4 Focus groups com (aproximadamente /1h de duração) realizados 2 meses após o programa de formação para assimilar as experiências da equipa de cuidado direto com o desenvolvimento de planos de cuidado, sistemas, processos e práticas. Realizados quinzenalmente durante um período de 8 semanas, -Entrevistas individuais a amostra por conveniência - 4 entrevistas a 4 funcionários 2 meses depois da formação para explorar atitudes e conhecimentos para entrega de momentos de reabilitativos durante os cuidados de apoio direto. Explora impacto do programa. Análise pelo software Nvivo	O programa de formação em serviço -Medidas primárias: Questionário com avaliação sociodemográfica, caraterização do trabalho e estado de saúde, escala de bem-estar autopreenchimento (12-item Short Form Health Survey version 2.0.), medição de comportamentos de segurança, medição de comportamentos de saúde (escalas validadas de atividade física, frequência de ingestão de frutas e vegetais e consumo de alimentos açucarados) -Medidas secundárias: Escala de satisfação do cliente, comportamento de qualidade de vida, e riscos profissionais, compromisso funcional, dias de trabalho perdido por doença profissional, medidas antropométricas e analíticas. -Avaliação de clientes, desempenho e comportamentos dos seus cuidadores e stresse percebido dos profissionais de saúde, sintomas musculoesqueléticos, lesões, doenças e saúde física.
Intervenção (qual é duração)	Estratégia educacional Implementada por enfermeiro (KB) Formado em intermediar conhecimento. integrated knowledge translation (iKT) Desenvolvimento e implementação de estratégias integradas de adução de conhecimento relacionado à demência em prestação e cuidados de apoio domiciliário em zona rural -Identificação de necessidades educacionais -Descodificação de conhecimento -Desenvolvimento colaborativo de estratégias próprias especificas de contexto para responder as necessidades específicas em demência -Elaboração de folheto informativo para os próprios doentes e suas famílias;	Programa de formação em serviço -Oficina preliminar com 8 membros do staff que se voluntariaram para se envolverem no trabalho com a equipa de pesquisa com partilha de experiências e desenvolvimento de materiais através da filmagem de vídeo ou da realização de PowerPoint a ser usado para as sessões de formação como recurso no programa educativo. As temáticas abordadas tinham por base a reflexão sobre as suas próprias experiências de reabilitação em ação e foco de cuidado as AVDs (comer, beber, andar, vestir) e como é que podem participar continuamente na reativação da respetiva função. Assim cada participante gravou um exemplo de reabilitação na prática -Participação em atividades de formação relacionadas à incorporação da reabilitação no seu âmbito de prática (apoio nas AVDs) e reflecção posterior.	Intervenção de 12 meses Estratégia educacional com partilha de experiências e reflexão sobre a prática e supervisão por pares -Foi elaborada e liderada por pares Formação financiada, curso estruturado -Realizado 1 workshop e 12 reuniões de trabalho com pares com uso de manuais didáticos elaborados por pares -Envolveu educação sobre segurança, saúde e bem-estar; estabelecimento de metas e auto-monitorização; e apoio social estruturado. Colhidas medidas no início, aos 6 meses e aos 12 meses -Incluíam a comunidade de prática experiente dos trabalhadores (ou seja, pessoas envolvidas em uma atividade

	-Integração dos AAD em programas de formação continua e treino de habilidades lecionadas por parceiros de entidades peritas na formação em demência; -Implementação na prática com o cliente durante a realização do apoio diário	-Duas ações de Formação de recapacitação de 2 horas (com aproximadamente 2 meses de intervalo) nas instalações da organização A equipa de liderança aprovou -Cada ação de formação tinha 2 vídeos de colegas internos que provocaram uma discussão aprofundada sobre reabilitação pelos participantes -Cada sessão foi conduzida por 2 membros da equipa de pesquisa -Os materiais usados na formação foram baseados nas AVDs identificadas, com exemplos desenvolvidos e usados em consulta com a equipe da organização para garantir que os estudos de caso usados fossem apropriados, relevantes e relacionáveis.	comum que interagem regularmente para partilha de conhecimento e melhoria continua). A implementação ocorreu durante 2013 e 2014 em Oregon. Testar a hipótese que a intervenção teria melhores resultados no grupo controlo em 1.melhorar a prática segura dos profissionais de saúde, 2.bem-estar, 3.consumo diário de frutas e vegetais, 4.redução do consumo diário de alimentos com alto teor de gordura e açúcar, 5.dias por semana com 30 minutos de exercício, 6.comportamentos e condições seguras quando presta cuidados no domicílio
Resultados	Sugerem a utilidade das estratégias para responder às necessidades de educação contínua dos PCD. Os PCD identificaram: -A Importância da liderança no sucesso da IKT. -Perceberam que o descodificador de conhecimento (KB) é um valioso recurso humano essencial para facilitar a comunicação, manter as estratégias no caminho certo, e útil para a descodificação contínua do conhecimento	Temas identificados -Compreender pela educação -Adquirir crenças e valores fundamentais -Valorização do cuidado centrado no cliente Perceber a especificidade do cliente e respeitá-lo no seu tempo -Reabilitar é recompensador - A conversa permite a ação - Parcerias no cuidado -Após as ações de formação, a equipa de cuidados diretos poderia explicar sua compreensão de reabilitação/ativação da função -Compreensão por meio de educação e formação	O programa de formação em serviço produz: Intensão de tratamento -Análise relativa ao controle, a intervenção produziu melhorias significativas e sustentadas na comunidade de prática experiente dos trabalhadores. Outras melhorias significativas incluíram o uso de ferramentas ou técnicas ergonómicas para trabalho físico, comunicação de segurança com consumidores-empregadores, correção de riscos em residências, consumo de frutas e vegetais, dias de trabalho perdidos por causa de lesões, colesterol de lipoproteína de alta densidade e força de preensão. Os relatórios dos consumidores-empregadores sobre os comportamentos de segurança do cuidador também melhoraram significativamente.
Limitações do estudo	Restrições de tempo significativas, recursos limitados e a natureza variável da demência. Baixa capacidade de generalização e comparação	barreiras de apoio de pares que incluíam acesso e tempo. Baixa capacidade de generalizar. Perspetiva da equipa de educação e cuidadores diretos, não do cliente.	Análise limitada ao período medido, carece de análise posterior para examinar a manutenção dos efeitos. Generalizável apenas a trabalhadores com as mesmas condições de trabalho. Setor financiamento publico
Implicações para a prática	Benefícios profissionais da participação nas estratégias iKT -Desenvolvimento colaborativo por utilizadores do conhecimento, alinhamento com os valores e cultura organizacional e comunicação regular, -Fornece soluções dirigidas às necessidades específicas, interesses e objetivos da comunidade -Melhoria de conhecimento e capacitação para melhores práticas de prestação de cuidados na demência Benefícios percebidos para pessoas que vivem com demência seus cuidadores familiares: - Melhoraram o bem-estar da família e do cliente.	Benefícios profissionais da formação -Melhora as relações na equipa que se sentiu apoiada pela organização para desenvolver uma visão de reabilitação de clientes para manter a independência nos clientes e criar uma sensação de "permanecer útil" -Participantes sentiram que garantir canais de comunicação permanente abertos em toda a organização era importante na construção de relacionamentos (entre funcionários e clientes e dentro da organização), um fator-chave para o sucesso da reabilitação para clientes individuais e suas famílias. -Melhora a motivação, a satisfação e diminui a intensão de sair do trabalho •Benefícios percebidos para o cliente -Melhora a qualidade de vida os clientes ficam mais valorizados, mais autónomos e mais capacitados a realizar atividades para as quais antes precisavam de ajuda	Melhorias significativas e duradouras na adoção de comportamentos de segurança e estilos de vida saudável o que favorece o bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores de cuidado direto, o que pode potenciar a diminuição da abstenção por doenças profissionais Perceção pelos clientes no aumento de práticas seguras Melhoria da qualidade dos cuidados e na satisfação dos clientes e suas famílias

Título do Artigo / Itens	Formative Evaluation of a Workforce Investment Organization to Provide Scaled Training for Home Health Aides Serving Managed Long-Term Care Plan Clients in New York State.	Feasibility of a Dementia-Focused Person-Centered Communication Intervention for Home Care Workers.	The ELDER expansion project: building cultural competence among long term home care workers
Autores	Russell, David; Fong, Mei-Chia; Gao, Oude; Lowenstein, Dan; Haas, Marian; Wiggins, Faith; Brickner, Carlin; Franzosa, Emily	Savundranayagam, Marie Y; Basque, Shalane R; Johnson, Karen	Jean W. Lange, Diana R. Mager, Nancy Andrews
Ano da publicação	2022	2019	2013
País	EUA	Canadá	EUA
Objetivo/finalidade do estudo	Examinar programas de formação de melhoria da qualidade da força de trabalho de cuidados diretos,	Este estudo avaliou a viabilidade do Be EPIC, uma intervenção de comunicação centrada na pessoa e focada na demência para trabalhadores de apoio pessoal domiciliário (TAP). Os focos da Be EPIC incluem o ambiente, comunicação centrada na pessoa, relacionamento com o cliente e habilidades dos clientes, história social e preferências.	Melhorar a capacidade de comunicação e de prestação de cuidados a idosos em cinco ambientes de prestação de cuidados domiciliários e de cuidados de longa duração (3 SAD e 2 residências), aumentando a conscientização da equipa sobre crenças e padrões de saúde entre culturas variadas através do "Expanded Learning and Dedication to Elders in the Region (ELDER) Project"
Amostra	9 coordenadores de Serviços de apoio domiciliário (SAD). 6 Gestores de unidades de cuidados de longa duração (UCLD). 4 formadores do programa de formação contratados (4 pelos SAD e 1 pelas Unidades de longa duração). 6 trabalhadores de cuidados diretos domiciliários que completaram os programas de formação administrados pelas agências	Entrevistas semiestruturadas com TAP (Grupo A N = 11) realizados pós formação, Focus Group TAP (Grupo A - N = 13 e Grupo B - N= 8) realizados pós Formação e 3 meses depois.	Prestadores de cuidados diretos (74) Enfermeiros (30), auxiliares (19), outros (25).
Tipo de estudo	Estudo descritivo. Pesquisa qualitativa	Abordagem fenomenológica interpretativa	Pesquisa qualitativa, programa educacional
Método/ Instrumento de colheita de informação	Conduzidas entrevistas qualitativas com as partes interessadas de uma organização de formação profissional para examinar fatores contextuais em torno da implementação, barreiras e facilitadores, e resultados percebidos de programas de formação e capacitação para Auxiliares de Saúde Domiciliares empregados por Agências de Serviços de Cuidados Domiciliários Licenciadas que atendem clientes de Cuidados de Longo Prazo Gerenciados pelo plano de seguro da Medicaid. 18 entrevistas individuais e em grupo	Usou uma abordagem fenomenológica para avaliar: aceitabilidade, implementação, praticidade, procura e eficácia limitada. A viabilidade da BE EPIC foi avaliada com base nos seguintes critérios: aceitabilidade, implementação, praticidade, procura e eficácia limitada. Aceitabilidade é a medida em que a BE EPIC está a satisfazer os TAP. A implementação é a medida em que foi realizada com sucesso. A prática refere-se ao grau em que pode ser oferecida com os recursos existentes. A procura refere-se à probabilidade de ser utilizada pelos TAP. A eficácia limitada avalia os efeitos pretendidos da formação nos cuidadores. A BE EPIC foi implementada com dois grupos: Grupo A e Grupo B. A viabilidade foi avaliada em ambos os grupos utilizando focus groups pós-treino e 3 meses depois. Os TAP do Grupo A foram convidadas a participar em entrevistas semi-estruturadas pós-formação, que também foram usadas para avaliar a viabilidade.	Métodos Mistos Focus groups: -Determinar as necessidades percebidas da equipe em relação a formação de competência cultural -Determinar os grupos étnicos predominantes entre os cuidadores e destinatários de cuidados em cada local. -Programa educacional - O modelo de competência cultural Camphina-Bacote (2008) orientou o desenho da intervenção. -Escala de Autoeficácia Cultural aplicada antes da primeira ação e após a ação final -Entrevistas de saída para avaliação do impacto do programa educativo
Intervenção (qual é duração)	Não tem intervenção, mas o estudo avalia o impacto da intervenção de programas de formação para trabalhadores de cuidados diretos e contempla entrevistas a 6 desses trabalhadores que completaram o programa de formação. Os programas de Formação destinam-se a (1) melhorar o conhecimento, as habilidades e o envolvimento em equipa entre os auxiliares (resultado de curto prazo); (2) fortalecer a comunicação e colaboração entre os planos UCLD e agências contratadas (resultado intermediário); e (3) melhorar a retenção, recrutamento e reconhecimento social e valor de auxiliares (resultado a longo prazo) -Realizadas entrevistas de grupo e individuais a 9 coordenadores de SAD, 6 Gestores de UCLD, 4 formadores,	Intervenção de comunicação inovadora, informada e teoricamente centrada na pessoa, denominada Be EPIC, para os TAP que cuidam de clientes com demência, usarem durante as rotinas diárias de apoio direto. Tem quatro focos interrelacionados: avaliar o ambiente, usar a comunicação centrada na pessoa, eu também sou importante no foco das relações com os clientes, e incorporar as capacidades, a história social e as preferências do durante os cuidados de rotina. O conteúdo do BE EPIC integra três perspetivas teóricas da psicologia social e da enfermagem. A BE ÉPIC tem como objetivo aumentar a autoeficácia por competências de mestria, modelação, reinterpretação de comportamentos responsivos, e persuasão	Implementado por enfermeiro treinado Sessões mensais por período de 1 ano O modelo ASKED processo composto por cinco etapas essenciais: -Desenvolver a consciência das diferenças, -Adquirir habilidades para avaliar essas diferenças, -Buscar o conhecimento de outras culturas, envolver-se com indivíduos diferentes de si mesmo, -Ter o desejo de mudar as atitudes. e crenças sobre os outros. 12 ações de formação presenciais de resposta aos focus roups, elaboradas com base nos recursos do "Geriatric

	-Realizadas entrevistas individuais a 6 trabalhadores de cuidados diretos	(especificamente, encorajando pequenas, incrementando e gerando mudanças de comportamento). Cada uma das seis sessões do BE EPICs durou 2,5 horas e foi entregue presencialmente,	Education Centers, the Office of Minority Health and the National Center for Cultural Competence" Ferramentas de ensino conteúdo detalhado - Exercícios de autodescoberta, estudos de caso e filmagens de vídeo, exercícios de autoavaliação, guias interativos baseados na Web e cursos online, slides, folhetos e apresentações em DVD, interação, reflexão e discussão grupo -5 ações de formação iguais interativas -7 ações de formação com temas de cultura adaptados às características e necessidades, e interesses culturais dos participantes Elaborado material para suportar a continuidade do programa educativo que foi deixado com supervisores
Resultados	Seis temas foram identificados 1)força de trabalho organizacional reorientada pelo pagamento baseado em valor e prioridades de prestação de serviços para UCLD e SAD, (2) o recrutamento e a retenção de assistentes são prejudicados por seu papel precário e desvalorizado nos cuidados de longo prazo, (3) a flexibilidade e a partilha de recursos foram valorizados, mas geraram desconforto, (4) a instrução do programa de formação foi vista favoravelmente, mas existiam desafios de entrega e implementação, (5) o programa de formação facilitou a comunicação interorganizacional e forneceu uma estrutura para colaboração e (6) as partes interessadas consideraram os programas de formação como benéficos, mas questionaram os impactos mensuráveis	O tema que sustenta o critério de aceitabilidade foi a formação útil/relevante. Os temas de apoio à implementação incluíram simulações realistas, formação interativa e experiência positiva de aprendizagem no centro de dia para adultos. O tema de apoio à praticidade foi o apoio para participar de formação. Procura por Be EPIC revelou dois temas: a motivação pessoal dos participantes e as barreiras para aplicar os conhecimentos e habilidades recém-adquiridas. O tema que refletia a eficácia limitada foi a aplicação de conhecimentos e habilidades recém-adquiridos com clientes de cuidados domiciliários. Surgiram quatro temas que mapearam os focos do Be EPIC.	56 responderam ao questionário sociodemográfico 33 fizeram entrevista de saída 45 participantes completaram tanto o pré quanto o pós-teste da Escala de Autoeficácia Cultural -A confiança no conhecimento de conceitos culturais, habilidades melhorou aumentou entre os participantes - Perceção da importância da comunicação efetiva e de aceitar diferentes culturas sem julgamentos. - Melhoria dos conhecimentos culturais e a necessidade de diferentes abordagens de acordo com crenças de saúde
Limitações do estudo	Não generalizável. Medição de qualidade pouco sensível. A Avaliação positiva de programas de formação não avalia formalmente o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades entre os trabalhadores, nem os resultados no cliente.	Uma limitação de estudo é que alguns participantes podem ter sido intrinsecamente motivados para aprender. No entanto, estes participantes podem atuar como campeões para a comunicação centrada na pessoa nas respetivas agências de cuidados domiciliários com apoio do empregador. Os estudos futuros incidirão na eficácia da BE EPIC utilizando dados quantitativos e dados de conversação decorrentes de simulações.	Restrições de tempo, adesão decrescente ao longo do tempo o que dificulta a comparabilidade de resultados. Baixa capacidade de generalização de resultados
Implicações para a prática	Informa que programas de formação devem ser formulados em parceria com a colaboração de todas as partes interessadas para que os próprios participantes potenciem o envolvimento e a qualidade do cuidado ao cliente. A formação favorece o reconhecimento do valor e a contribuição que os auxiliares trazem para a equipa do apoio domiciliário. Investir na formação dos AAD é investir em saúde	A viabilidade do Be EPIC e destaca a necessidade de abordar as barreiras estruturais dos empregadores e do governo para garantir a prestação de cuidados de demência centrados na pessoa. Impacto positivo da formação em comunicação centrada na pessoa em trabalhadores de cuidados domiciliares, especialmente o valor de aprender fazendo, prática reflexiva e apoio de pares. A formação BE EPIC tem o potencial de transformar a qualidade dos cuidados, potenciando as competências de comunicação centradas na pessoa dos trabalhadores domiciliários. Melhora as competências e tornando-os mais confiantes em cuidar de clientes com demência. Faz com que os trabalhadores dos cuidados domiciliários se sintam valorizados e afirmados no seu papel na vida dos seus clientes com demência. A comunicação centrada na pessoa é menos suscetível de precipitar comportamentos responsivos e pode responder positivamente às necessidades psicológicas das pessoas com demência, o que reduz o stress para os trabalhadores de cuidados domiciliares porque a comunicação faz parte do ambiente social	Benefícios profissionais do programa -Melhorou as relações no trabalho com colegas e a interação entre as categorias e coesão da equipa -Foi benéfico na abordagem para a prática com os clientes, -Melhorou a confiança na prestação de cuidados -Melhora a empatia e compreensão para pacientes de diferentes origens culturais. Eles expressaram uma nova consciência de como transmitir respeito em outras culturas Potencial para melhorar os resultados de saúde, interações aprimoradas por meio da formação de competências culturais podem se traduzir em melhor trabalho em equipa e qualidade do atendimento.

Os resultados espelham que a formação em serviço é uma estratégia de intervenção que permite aumentar aos conhecimentos e dotar as AAD com capacidade para o seu próprio cuidado, com a adoção de comportamentos de segurança e estilos de vida saudável o que favorece o seu bem-estar, e para a prestação de cuidados a pessoa em situação de dependências permitindo aumentar a capacidade de resposta dos SAD e promovendo a autonomia do idoso permitir que permaneça em casa. Foi consensual que integrar o grupo na preparação da formação potencia a aceitação, a motivação, a adesão e a participação. A formação em serviço com AAD permite a expansão das suas capacidades para lidar com os desafios inerentes a sua função. Impacta positivamente a autoconfiança e a disponibilidade para relações interpessoais o que promove a coesão entre os parceiros de cuidados. Abona a segurança e a qualidade dos cuidados, potenciando resultados positivos em saúde, o que melhora a satisfação de todos os intervenientes. (Maxwell, H. et al., 2021; Olson et al., 2016)

Entre os estudos há muita diversidade de abordagem, dinâmicas que enriquecem as possibilidades, e que colocam o enfermeiro como parceiro, educador, formador e facilitador e descodificador de conhecimento e cuidador.

4. DISCUSSÃO

A prestação de cuidados em contexto domiciliário contempla o fator de variabilidade multidimensional que exige uma adaptação constante de conhecimentos e estratégias de abordagem aos problemas ou necessidades. A comunicação está presente em todas as fases dos processos desde antes de percebermos a necessidade até depois da necessidade satisfeita, por isso é que é tão importante desenvolver habilidades de comunicação que facilitem o trabalho em equipa com todos os parceiros de cuidados. Encontrar as melhores estratégias para capacitar ou otimizar conhecimentos em comunicação do AAD é essencial para que esse conhecimento seja usado nas tarefas diárias e o apoio fornecido seja centrado nas necessidades das pessoas, no respeito pelos seus direitos autodeterminação, em consciência com as suas limitações pessoais, o que levará a reflexão para a melhoria dos cuidados através do aumento do conhecimento e da expansão da capacidade na prestação de cuidados.

A comunicação é transversal a todas as categorias profissionais, mas existe uma lacuna em intervenções de capacitação dirigidas a AAD do SAD, assim como lacunas em estudos que meçam o impacto dessas intervenções junto dos mesmos, e dos outros parceiros de cuidados onde se inclui a pessoa com dependência e os cuidadores informais e suas famílias. A integração de AAD de SAD intervenções conjuntas com outros profissionais de saúde

potenciou as relações e a coesão da equipa assim como o sentimento de inclusão e reconhecimento. A pesquisa em apenas duas bases de dados e o pequeno número de artigos incluídos para análise na revisão limita os resultados, porque a maioria das fontes de informação encontradas levantavam a necessidade urgente de formação dos AAD de SAD, identificavam as áreas a intervir (e a comunicação está sempre presente), e justificavam a relevância, mas não havia intervenção em formação em serviço. Quando havia intervenção era maioritariamente dirigida a capacidades executivas instrumentais e não comtemplavam a comunicação como dimensão especifica de intervenção. A estratégia de pesquisa revelou estudos com formação em serviço dirigidos a outros AAD que trabalham sobre supervisão direta de outros profissionais de saúde habilitados e realizados em outros ambientes de prestação de cuidados. Existe uma grande necessidade e oportunidade de estudos que meçam o impacto das intervenções formativas em AAD do SAD sendo esta a recomendação para a realização de estudos futuros assim como o alargamento a outras bases de dados.

5. CONCLUSÃO

Os acontecimentos que afetam os processos de saúde e doença ao longo do ciclo de vida das pessoas são influenciados por determinantes de saúde sobre os quais se pode planeadamente agir para modificá-los de forma a reduzir possíveis efeitos negativos. Perante a situação de envelhecimento e dependência é possível pela intervenção comunitária promover ambientes saudáveis para assegurar a dignidade, respeitar a autodeterminação e a qualidade dos cuidados no ciclo final da vida.

Cabe também ao Enfermeiro Especialista em enfermagem comunitária, como parceiro de cuidados de indivíduos grupos e comunidades, conhecer a comunidade onde está profissionalmente inserido, dar atenção aos determinantes de saúde presentes e perceber que condições podem ser melhoradas. Para posteriormente agregar os recursos existentes por meio de parcerias, esforçar-se por inovar novos recursos por exemplo através de pesquisa e baseado na melhor evidência disponível preparar uma intervenção que colabore na responda aos desafios dos problemas encontrados. A consistência dos resultados desta revisão scoping suportará o enfermeiro na preparação do projeto intervenção comunitária com formação em serviço, baseada em evidências e mais particularizada na capacitação para a comunicação dos Ajudantes de Ação Direta do serviço de apoio domiciliário com os parceiros de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aromataris E., Munn Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Disponível em: https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Bayly, M., Blake, C., Peacock, S., Morgan, D., & Forbes, D. (2018). Development and implementation of dementia-related integrated knowledge translation strategies in rural home care. Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 18(2), 29–64. https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v18i2.509

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), Diário da República, II Série (n.o 187 de 24-09-2021), 96-103. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Lange, J., Mager, D., Andrews, N. (2013). The ELDER expansion project: building cultural competence among long term home care workers. *Applied Nursing Research*, 26 (2). 58-62. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.10.003.

Lopes, H., Mateus, C. & Rosati, N. (2019). Identifying the long-term care beneficiaries: differences between risk factors of nursing homes and community-based services admissions. *Aging Clinical and Experimental Research* 32, 2099–2110. https://doi.org/10.1007/s40520-019-01418-w

Maxwell, H., Bramble, M., Prior, S. J., Heath, A., Reeves, N. S., Marlow, A., Campbell, S., & Doherty, D. J. (2021). Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian community: A qualitative study. Health & Social Care in the Community, 29(3), 685–693. https://doi.org/10.1111/hsc.13331

OCDE (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en .

OECD (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, *OECD Publishing*, Paris, https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en.

Olson, R., Thompson, S. V., Elliot, D. L., Hess, J. A., Rhoten, K. L., Parker, K. N., Wright, R. R., Wipfli, B., Bettencourt, K. M., Buckmaster, A., & Marino, M. (2016). Safety and Health Support for Home Care Workers: The COMPASS Randomized Controlled Trial. *American journal of public health*, 106(10), 1823–1832. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303327

PORDATA (2021) (16-12-2021) Índice de dependência de idosos segundo os Censos. Disponível em: https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+depend%c3%aancia+de+idosos+segundo+os+Censos-351

Portaria n.º 38/2013. (2013). Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. *Diário da República*. Série I (n.º 21/2013, de 30-01-2013). 605 - 608. ELI: https://data.dre.pt/eli/port/38/2013/01/30/p/dre/pt/html

Regulamento n.º 428/2018 (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. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República,* II Série (n.º 135 de 2018-07-16), 19354 - 19359. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616

Russell, D., Fong, M.-C., Gao, O., Lowenstein, D., Haas, M., Wiggins, F., Brickner, C., & Franzosa, E. (2022). Formative Evaluation of a Workforce Investment Organization to Provide Scaled Training for Home Health Aides Serving Managed Long-Term Care Plan Clients in New York State. *Journal of Applied Gerontology*, 41(7), 1710–1721. https://doi.org/10.1177/07334648221084182

Savundranayagam, M., Basque, S., Johnson, K. (2020) Feasibility of a Dementia-Focused Person-Centered Communication Intervention for Home Care Workers, *Clinical Gerontologist*, 43(2). 181-192. DOI: 10.1080/07317115.2019.1694116

World Health Organization. (2015). World report on Ageing And Health. Disponível em: file:///C:/Users/domve/Downloads/world-report-ageing-exs-embargo-en.pdf

World Health Organization. (2022). WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. *World Health Organization*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/357828.

APÊNDICE 2: Cronograma

Cronograma das atividades

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	**Ano letivo:** 2021/2023
Curso: 13.º curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização: Enfermagem Comunitária	**Nome:** Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes
Projeto: Formar para Cuidar - Intervenção de Enfermagem Comunitária com Ajudantes de Ação Direta	

Cronograma das atividades

Ano	2022										2023								
Meses / Atividades	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set
Orientação Tutorial	■	■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Estágio UCC NP	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■							
Pesquisa bibliográfica	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■							
Justificar o projeto	■	■																	
Definir os objetivos do projeto	■	■																	
Definir a amostra e população-alvo	■	■																	
Definir o modelo teórico de Enfermagem	■	■	■	■	■														
Escolher o instrumento de colheita de informações	■	■																	
Procedimentos éticos		■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Pedido de parecer/ autorização para o projeto		■		■	■														
Revisão da Literatura	■	■	■	■	■														
Apresentar o projeto em sala de aula			■	■	■														
Diagnóstico de situação	■	■	■	■	■		■	■											
Definição de prioridades								■	■										
Fixação de objetivos								■	■										
Seleção de estratégias								■	■										
Preparação operacional								■	■	■	■	■							
Implementação das atividades no CCPF										■	■	■							
Avaliação do projeto	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Redação do relatório							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Entrega final do relatório													■	■	■	■	■	■	■
Legenda:	Cronograma inicial					Férias	Cronograma retificado												

APÊNDICE 3: Declaração do Diretor Executivo do ACES

DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES
<dominiquefernandes@campus.esel.pt>

Pedido de parecer face a realização de projeto de intervenção comunitária

3 mensagens

DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES 14 de abril de 2022 às 18:18
<dominiquefernandes@campus.esel.pt>
Para: antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt
Cc: Laura Maria Monteiro Viegas <lviegas@esel.pt>, louresodivelas.ccs@arslvt.min-saude.pt

Bom dia Excelentíssimo Sr. Doutor António João Alexandre,
Espero que se encontre bem,
Sou Dominique Fernandes, Enfermeira e aluna de Mestrado da Escola superior de enfermagem de Lisboa a realizar estágio na UCC Nostra Pontinha,
Venho por este meio solicitar parecer face a realização de projeto académico de intervenção comunitária na UCC Nostra Pontinha, unidade funcional que faz parte do ACES do qual é Diretor Executivo,
O parecer que peço serve para integrar o processo de submissão à Comissão de ética para a saúde da ARSLVT para que me seja autorizada a realização do projeto de intervenção
Envio em anexo o documento com o Pedido Formal
Grata pela atenção e disponibilidade
Cordialmente,
Dominique Fernandes

Pedido de parecer ao Diretor ACeS Loures-Odivelas.docx
14K

Antonio João Alexandre | ACES Loures Odivelas - Diretor Executivo 18 de abril de 2022 às 10:11
<antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt>
Para: DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES <dominiquefernandes@campus.esel.pt>
Cc: Laura Maria Monteiro Viegas <lviegas@esel.pt>, Conselho Clínico e de Saúde - Loures-Odivelas <louresodivelas.ccs@arslvt.min-saude.pt>

Bom dia Sr.ª Enf.ª

Considero que este projeto é de grande interesse para o ACES Loures-Odivelas.

Deve prosseguir.

Melhores cumprimentos,

António João Alexandre

Diretor Executivo

ACES Loures Odivelas

Morada: Rua Manuel de Arriaga n.º 5 - Urbanização Terraços da Ponte

2685-160 Sacavém

Telefone: +351219492400

Email: antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt

www.arslvt.min-saude.pt

APÊNDICE 4: Declaração do responsável da Unidade de Saúde

Exma Senhora

Enfermeira Especialista, Coordenadora

da UCC Nostra Pontinha, do ACeS Loures Odivelas

Aurea Gomes

Assunto: pedido de parecer face à implementação do Projeto de Intervenção Comunitária

Boa tarde,

Eu, Dominique Suzana Monteiro Da Veiga Fernandes, enfermeira na USSC do BPC/ Telheiras da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a frequentar o 13ºCurso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar o seu parecer face à realização de um projeto académico, de intervenção comunitária, a desenvolver alinhado com o projeto existente na UCC Nostra Pontinha, com o tema "Formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta" que pretende a capacitação para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, pessoais e sociais inerentes à função de AAD, estimulando a participação e aumentar a satisfação, a segurança e a qualidade do serviço prestado. Assim, o projeto de intervenção comunitária que pretendo desenvolver tem o objetivo de Capacitar as Ajudantes de Ação Direta para a prestação de cuidados às pessoas com dependência nas atividades de vida diária, numa instituição social na área de influência da UCC Nostra Pontinha. Este decorrerá no âmbito da Unidade Curricular Opção II (até julho) e a sua implementação na UC Estágio com relatório (até fevereiro de 2023).

Neste projeto conto com a orientação da Senhora Enfermeira Sílvia Matias e da Senhora Professora Laura Viegas.

Peço deferimento,

Dominique da Veiga Fernandes

Dominique Suzana Monteiro Da Veiga Fernandes

Alfornelos,

13/04/2022

15/4/2022
Tomei conhecimento
p/ela Snª Enfmª Áurea
Sílvia Matias
Enfermeira
nº ordem E. 37498

ACES - LOURES / ODIVELAS
UCC – NOSTRA PONTINHA
Av. São Pedro Lt R5 cv esq
1675-171 - Pontinha

APÊNDICE 5: Declaração do Diretor da instituição parceira

Exmo Senhor Dr.

Diretor do Centro Comunitário Paroquial de Famões

Assunto: Pedido de parecer face à implementação do Projeto de Intervenção Comunitária

Boa tarde,

Eu, Dominique Suzana Monteiro Da Veiga Fernandes, enfermeira na USSC do BPC/ Telheiras da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a frequentar o 13º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um projeto académico, de intervenção comunitária, com o tema "Formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta com o objetivo" Capacitar as Ajudantes de Acão Direta para a prestação de cuidados às pessoas com dependência nas atividades de vida diária. Assim, venho por este meio solicitar a V. Excelência autorização para realização do projeto na instituição que dirige e a vossa colaboração no desenvolvimento do mesmo.

Informo que o projeto académico, de intervenção comunitária, a desenvolver se realizará no contexto de estágio que estou a realizar na UCC Nostra Pontinha, no âmbito da Unidade Curricular Opção II a decorrer de março a julho no corrente ano. Pretende-se fazer a identificação e avaliação das necessidades e dificuldades dos cuidadores formais da instituição (Ajudantes de ação direta). A sua implementação, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, decorrerá no 1º semestre do ano letivo de 2022/2023.

Neste projeto conto com a orientação da Senhora Enfermeira Sílvia Matias e da Senhora Professora Laura Viegas.

Peço deferimento,

Dominique Suzana Monteiro Da Veiga Fernandes

Alfornelos

12/04/2022

22/4/22

Centro Comunitário Paroquial de Famões
Rua do Centro Comunitário Paroquial, 1
Quinta das Conchadeiras
1685-[illegible] Famões
NIPC 500 70[illegible]825

APÊNDICE 6: Autorização de Utilização de Instrumento de recolha de dados

DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES
<dominiquefernandes@campus.esel.pt>

Solicitação de autorização

Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt> 14 de abril de 2022 às 17:52
Para: DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES <dominiquefernandes@campus.esel.pt>

Boa tarde, cara Dominique.

Autorizo a utilização do referido questionário.
Votos de bom trabalho e muito sucesso.

Cumprimentos,

Sofia Militar

De: DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES <dominiquefernandes@campus.esel.pt>
Enviado: 13 de abril de 2022 00:03:24
Para: Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt>
Assunto: Solicitação de autorização

Bom dia Srª Enfermeira Sofia Alexandra Brites Militar,
Sou Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes, enfermeira e estudante do 13º Curso de mestrado em enfermagem comunitária na ESEL, sob a orientação da Sr.ª Professora Doutora Laura Viegas,
Venho por este meio solicitar autorização para aplicação do questionário por si elaborado no âmbito do seu Mestrado em Enfermagem Comunitária no ano de 2012,
É um questionário que me será útil, para fazer um diagnóstico de situação em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário e que se adequa parcialmente aos meus participantes,
Necessito ainda de solicitar autorização para fazer pequenas adaptações ao questionário adequadas às características dos participantes,

Grata pela atenção e disponibilidade
Cordialmente,
Fico a aguardar resposta,
Dominique Fernandes

APÊNDICE 7: Autorização de utilização de Instrumento de colheita de dados adaptado

DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES
<dominiquefernandes@campus.esel.pt>

Pedido para utilização de questionário

Helena Correia | USP Almada-Seixal <helena.correia@arslvt.min-saude.pt> 14 de abril de 2022 às 02:39
Para: DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES <dominiquefernandes@campus.esel.pt>

Bom dia

Eu, Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia, venho por este meio autorizar a aplicação do questionário por mim adaptado, no âmbito 9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, cujo instrumento inicial foi elaborado pela Srª Enfermeira Sofia Militar. Mais informo que autorizo a adaptação do mesmo às características dos participantes.

Ao dispor.
Muito sucesso.

Helena Correia
Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública
Unidade de Saúde Pública
ACES Almada Seixal



De: DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES <dominiquefernandes@campus.esel.pt>
Enviado: 14 de abril de 2022 02:20
Para: Helena Correia | USP Almada-Seixal <helena.correia@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido para utilização de questionário

Bom dia Srª Enfermeira Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia
Sou Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes, enfermeira e estudante do 13º Curso de mestrado em enfermagem comunitária na ESEL, sob a orientação da Sr.ª Professora Doutora Laura Viegas,
Venho por este meio solicitar autorização para aplicação do questionário por si adaptado no âmbito do seu mestrado em Enfermagem Comunitária em 2019.
Trata-se de um questionário que foi elaborado pela Srª Enfermeira Sofia Militar no âmbito do seu Mestrado em Enfermagem Comunitária no ano de 2012,
É um questionário que me será útil, para fazer o diagnóstico de situação em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário e que se adequa parcialmente aos meus participantes,
Necessito ainda de solicitar autorização para fazer pequenas adaptações ao questionário adequadas às características dos participantes,
Mais informo que já solicitei autorização para aplicação do questionário á Srª Enfermeira Sofia Militar,

Grata pela atenção e disponibilidade
Cordialmente,
Fico a aguardar resposta,
Dominique Fernandes

APÊNDICE 8: Modelo de consentimento informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Para a participação no projeto de intervenção comunitária "Formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta".

O meu nome é Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes, sou enfermeira e estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, no contexto de intervenção da UCC Nostra Pontinha, orientada pela Sra. Enfermeira Sílvia Matias e pela Sra. Professora Doutora Laura Viegas.

Ajudantes de Ação Direta (AAD) fazem parte de uma equipa de trabalho, sendo colaboradores de primeira linha na prestação diária de serviços de apoio domiciliário indispensável para a manutenção do conforto e da qualidade de vida das pessoas dependentes. Os serviços disponibilizados pelas valências de apoio social na dependência, estão integrados como resposta comunitária das instituições parceiras do estado na sua missão de garantia do direito á saúde da população.

O tema do projeto é "Formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta" e tem como objetivo geral Capacitar as Ajudantes de Acão Direta para a prestação de cuidados às pessoas com dependência nas atividades de vida diária.

O projeto obteve parecer positivo da Comissão de Ética na Saúde da ARSLVT e foi autorizado pelo Diretor da Centro Comunitário Paroquial de Famões

Este documento pretende obter a sua autorização para participar neste projeto que será responder a um questionário para fazer o diagnóstico das necessidades de formação para a prestação de cuidados a pessoas com dependência nas atividades de vida diária e posterior participação em ações de formação.

A sua participação é voluntária e gratuita e pode ser interrompida em qualquer momento se assim o entender, sem qualquer prejuízo. A confidencialidade e anonimato serão assegurados. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao uso neste projeto. Mais se declara que após a conclusão do projeto, todos os dados que possam conduzir a identificação dos participantes serão destruídos.

Qualquer dúvida que possa surgir nos participantes pode ser esclarecida pela investigadora.

Se concordar em participar, por favor preencha o questionário na totalidade e assine.

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade!

Investigadora: Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes,

Email: dominiquefernandes@campus.esel.pt; 967077337

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Para a participação no projeto de intervenção comunitária "Formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta"

Declaro que li e fiquei esclarecido em relação à participação neste projeto.

Foi-me garantida a possibilidade de terminar a minha participação em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, assim como a confidencialidade dos dados.

Como tal, aceito participar, no projeto de intervenção comunitária **"Formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta"** e assino o meu consentimento informado, livre e esclarecido. Sabendo que posso contatar a investigadora se surgirem dívidas.

Aceito ☐

Não aceito ☐

Assinatura da pessoa que consente

_____

Assinatura da investigadora

_____

Data: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Investigadora: Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes,
Email: dominiquefernandes@campus.esel.pt; 967077337

APÊNDICE 9: Instrumento de colheita de dados - Questionário

QUESTIONÁRIO

DATA ____/____/2022

Sou Dominique Fernandes, mestranda no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema "Formar para cuidar - intervenção de enfermagem comunitária com Ajudantes de Ação Direta (AAD), do qual concordou em participar. A sua concretização será possível graças à sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anonimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadricula (☐), deve assinalar com uma cruz a alínea que corresponde a sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve responder de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor que não deixe nenhuma questão por responder. **Agradeço a sua colaboração!**

Parte A – Caracterização Sociodemográfica dos cuidadores formais (AAD)

A1. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

A2. Idade: _____ anos

A3. Estado civil: ☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ou união de fato ☐ Divorciado/separado ☐ Viúvo

A4. Nacionalidade: ☐ Portuguesa ☐ Outra - Qual_____

A5. Habilitações Literárias:

☐ Analfabeto ☐ Escola Primária ☐ Ciclo Preparatório

☐ Ensino Secundário ☐ Curso técnico-profissional ☐ Curso Superior

A6. Tem formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente nas Atividades de Vida Diária?

☐ Sim ☐ Não

A7. Há quanto tempo trabalha nesta área? _____anos

A8. Recebeu formação inicial para desempenhar a sua atual função?

☐ Sim ☐ Não

A9. Se respondeu **sim** e para o caso em que tenha sentido dificuldade em aplicar o que aprendeu na formação na prática de cuidados, pode enumerar qual/quais foi/foram a(s) dificuldade(s)?

_____

_____

A10. Há quanto tempo trabalha nesta instituição? _____anos

A11. Horas de trabalho semanal? _____ horas

A12. Tipo de Horário: ☐Rotativo ☐Desfasado ☐Fixo ☐outro

A13. Tipo de contrato de trabalho:

☐Prestação de serviços ☐Contrato a termo certo

☐Efetivo ☐Outro - Qual_____

A14. Remuneração mensal: ☐≤ 444 € ☐≤ 710€ ☐≤ 1000€ ☐≥ 1000€

A15. A atividade profissional nesta área foi uma escolha pessoal?

☐ Sim ☐ Não

A16. Tem redes de apoio que ajudam a lidar com situações de sofrimento e em que se apoia em momentos de dificuldade?

☐Não ☐Sim – Qual? ☐Família ☐Amigos ☐Colegas de trabalho ☐Grupos de ajuda ☐Outras fontes de esperança ☐Religião ☐ Crenças espirituais

Parte B - Avaliação das necessidades de formação dos cuidadores formais (AAD)

1 - Indique de 1 a 5 (sendo 1 sem dificuldade e 5 muita dificuldade) o grau de dificuldade com que desempenha as seguintes funções:

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

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

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

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

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

B6. Comunicação	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Comunicar com o utente com limitações da fala	1	2	3	4	5
2. Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição	1	2	3	4	5
3. Interagir com cordialidade com a família da pessoa	1	2	3	4	5
4. Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade	1	2	3	4	5
5. Lidar com o luto/morte/consolo	1	2	3	4	5
6. Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer	1	2	3	4	5
7. Resolução de conflitos interpessoais	1	2	3	4	5
8. Comunicar com a equipa multidisciplinar tendo em vista a continuidade dos cuidados	1	2	3	4	5

Parte C – Opinião dos cuidadores formais (AAD) sobre a importância da formação na sua atividade profissional

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

a) ☐ Sim b) ☐ Não

C2. Como carateriza o seu nível de formação na sua atividade profissional?

☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐ Excelente

C3. Na sua opinião, com que regularidade deveria ser dada formação na instituição?

☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Desconhece/Não sabe

C4. Selecione três dos temas apresentados que gostasse de ver abordadas em futuras ações de formação e coloque no quadrado por ordem da sua preferência (1º, 2º, 3º)

Lista de temas – tenha por referência as categorias referidas na parte B do questionário

a) ☐ Comunicação
b) ☐ Segurança
c) ☐ Autonomia
d) ☐ Alimentação
e) ☐ Higiene
f) ☐ Eliminação

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE 10: Guião de Entrevista semi-estruturada

Guião orientador da entrevista a informante chave (Diretor/a Técnica ou Assistente Social

Projeto formar para cuidar: intervenção comunitária com AAD

Apresentação: Esta entrevista é importante para auscultar a opinião de peritos sobre as necessidades formativas das AAD da valência de apoio á dependência do Centro Comunitário Paroquial de Famões e contribuirá como linha orientadora no desenvolvimento do desenho do projeto nomeadamente na primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde que diz respeito á realização de um diagnóstico de situação para posterior realização de intervenções de resposta a essas necessidades visando melhorar a satisfação, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com dependência nas atividades de vida diária.

1. Descrição do Processo de Recrutamento e seleção para a função:
   1.1. É considerado algum requisito de formação de competências necessárias para ser admitida a função? A instituição proporciona formação profissional inicial?
2. A Função Ajudante de Ação Direta:
   2.1. Qual a relevância da Função? Quais as Responsabilidades que assume? Quais as tarefas que desenvolve? Qual é o desempenho desejado?
3. Distribuição e organização do trabalho das AAD relativamente as valências de apoio á dependência?
   3.1. Rodam pelo Centro de dia e Serviço de Apoio Domiciliário?
      3.1.1. Os horários são fixos, desfasados ou rotativos? têm horas de qualidade?
4. Considera que faz sentido/ é oportuna esta intervenção formativa? Tem alguma parceria formativa certificada?
   4.1. Qual dos contextos considera que deveria ser priorizado para intervenção: Domicílio ou Centro de dia?
   4.2. Quais as maiores dificuldades referidas pelas AAD no seu dia a dia na função que desempenham?
   4.3. Quais considera serem as principais necessidades de saúde dos utentes dependentes da sua instituição?
   4.4. Em função das necessidades sentidas, quais as áreas em que julga fazer sentido desenvolver o projeto? – Que áreas considera prioritárias?

Comunicação com idosos…	Stress no trabalho,	Gestão conflitos e trabalho de equipa	Demências
Competências técnicas/ instrumentais? quais	Higiene, cabelo, boca, mudança da fralda,	Alimentação: oral SNG, PEG…	Prevenção quedas, Posicionamentos

APÊNDICE 11: Análise de Entrevista

Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Formar para Cuidar- intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta

Transcrição e Análise de conteúdo da Entrevista

Entrevistador:
Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes

Lisboa
Maio a Outubro 2022

Entrevista às diretorias técnicas da VAD - SAD e CD do CCPF

2022_05_18_15_11_02 (2).mp3

00:00:01**Entrevistador**
Então vou começar a fazer as perguntas da entrevista respondam como quiserem. Estejam à vontade se não quiserem responder, não precisam de responder está bem? Então a primeira pergunta diz respeito à discrição do processo de recrutamento e seleção para a função de ajudante de ação direta. E a pergunta é: É considerada algum requisito de formação de competências necessárias para serem admitidas a função? E se não, a instituição proporciona formação profissional inicial?

00:00:37**Entrevistado 1**
Na Verdade, nós valorizamos sobretudo a experiência profissional anterior, experiência na área, experiência profissional, de formação, as vezes não é um bocadinho causa efeito, também é importante, pessoas que não tenham a experiência profissional, efetivamente terem, pelo menos a experiência, terem pelo menos formação na área. Se é requisito obrigatório, na verdade não é. Temos alguns elementos que não tinham nem uma coisa nem outra. Nós tentamos sempre sim, dar aqui uma formação inicial e contínua de certa forma, embora as colegas iniciem a função quer já tenham tido contato ou não, mas iniciam aqui a função, portanto, integradas na equipa e acaba por ser uma formação um bocadinho dinâmica ou mais mais informal, dada pela equipa numa primeira fase, mas depois tentamos sempre proporcionar também formação especifica dentro da área.

00:01:31**Entrevistado 1**
Obrigada. A função de ajudante de ação direta: Qual a relevância da Função? Quais as Responsabilidades que assume? Quais as tarefas que desenvolve? Qual é o desempenho desejado?

00:01:46**Entrevistado 1**
isso em contexto de apoio domiciliário? é que pode ser diferente.

00:01:49**Entrevistador**
Pode responder no contexto do apoio domiciliário, a doutora M e quanto ao contexto de ambulatório do Centro de Dia a doutora S.

00:01:58**Entrevistado 1**
O que corresponde a ajudante de ação direta cabe todo um conjunto de funções inerentes, e a responsabilidades também elas inerentes, como a questão de assegurar o serviço dentro da tipologia de serviço que temos, nomeadamente da higiene pessoal da higiene habitacional da casa, o tratamento da roupa a distribuição das refeições até mesmo administrar as refeições. Também fizemos algum apoio, com a medicação, mas não mais no sentido de garantir que a pessoa toma a terapêutica. Pedimos sempre aos familiares para nos, vamos lá, facilitarem aqui um bocadinho e tentarem ter a caixinha organizada, porque acaba por ser uma grande responsabilidade sermos nós diariamente a verificar, a tirar das caixas, a verificar a dosagem porque se não acaba por fugir aqui muito das nossas competências. Mas conseguimos ser nós a garantir a toma da medicação, efetivamente desde que esteja devidamente organizada ou que consigamos aqui a equipa garantir uma organização interna. Para além desta função base, têm outras responsabilidades de certa forma inerentes, portanto, as que conduzem, que têm a carta de condução tem de conduzir as carrinhas para se conseguirem deslocar aqui entre os utentes, portanto também têm essa responsabilidade da condução e obviamente garantir que o veículo e toda a sua condução acaba por ser responsável, a limpeza também dos veículos e dos espaços em questão. No caso do serviço de tratamento de roupa, ele é feito, na equipa de F. é feito na nossa lavandaria, portanto para além do cuidado, à roupa em si também no cuidado do espaço onde cuidamos da roupa! Refeições nós não confecionamos, mas administramos, portanto, sejam levadas por nós ou que estejam em casa do utente, mas também damos a refeição a algumas das pessoas. Se formos nós a levar é só mais no sentido da entrega mesmo da refeição, portanto, deixarmos a refeição em casa do utente. Basicamente é isso, não sei, outras questões se calhar só depois me vou recordar, mas há aqui um conjunto de, depois de questões que são mais, enfim, que são mais pequenas mas que também são muito importantes, portanto de manter um livro de ocorrências atualizado, não só passar a informação é importante, mas manter o livro de ocorrências e ter o registo dessa informação também é uma salvaguarda para elas e nós enquanto serviço e também para a família, para terem tudo escrito. No caso de Odivelas elas têm também um registo diário em casa de cada utente, só ainda não está implementado aqui, isso..., mas agora passamos a ter aqui um sistema informático que vai facilitar e é transversal para as duas equipas. Mas neste momento em vigor está só em Odivelas com o registo em papel diariamente de

que foram a casa do utente e que serviços fizeram, isso é um, numa pasta com documentos que está em casa de cada utente para elas fazerem esse registo, e basicamente em traços largos acaba por ser isso. não salo,ara além das responsabilidades acho que havia outra questão?, era a relevância não era? Sim a relevância. É Fundamental, portanto, a dedicação e o empenho delas e sobretudo a responsabilidade no desempenho de qualquer uma dessas funções é fundamental, porque elas podem estar por exemplo em termos de coordenação e da organização o serviço pode estar muito bem ou muito mal organizado mas se não houver efetivamente aqui uma entrega e uma responsabilidade naquilo que se está a fazer a tarefa mais ..., chamada, passo a expressão, mais insignificante ou mais pequenina, à mais importante e de maior responsabilidade se não for feita com profissionalismo, temos a coisa a correr muito mal, portanto elas acabam por ter aqui um papel fundamental neste serviço e no nosso centro, obvio que sim.

00:05:28**Entrevistador**
Obrigada, Entrevistado 2 quer acrescentar alguma coisa?

00:05:31**Entrevistado 2**
A nível de centro de dia, portanto, as funções a ter do profissional é a mesma. A nível das funções é ligeiramente diferente, a relevância é tal como dizia a Entrevistado 1 é fundamental porque... elas são a mão de obra direta com os os idosos, o serviço bem organizado, se elas não estiverem focadas ou motivadas para trabalhar, portanto, a coisa por muito bem organizada, como dizia a colega pode resultar um mau serviço, portanto, são fundamentais e seria fundamental que estejam preparadas, e motivadas e focadas na função. As funções em centro de dia são semelhantes, mas diferentes ao apoio, em centro de dia, portanto, nós estamos então com os idosos connosco, portanto, todo o dia. Acabamos por..., o que é que nós asseguramos: Asseguramos o transporte dos idosos de casa para o centro do centro para casa. Asseguramos as higienes, portanto, temos higienes parciais e e banhos também... de alguns utentes, não todos, mas alguns..., asseguramos a alimentação, portanto, as refeições do almoço, lanches e o reforço da manhã também, ...a medicação, portanto, fazemos a quem toma a medicação durante o período que está connosco, portanto, temos o, a responsabilidade da administração da medicação, a higienização dos espaços de..., dos carros... e todas as tarefas que depois estão inerentes ao funcionamento, portanto, a organização da copa por as mesas, portanto, a vigilância dos utentes, deslocações, tudo o que tem a ver com a vigilância e supervisão de cada um deles. E depois tem também um trabalho de apoio ao animador, portanto, todas as atividades que são dinamizadas e organizadas e que estão a decorrer tem obviamente a colaboração das ajudantes, portanto, quer na supervisão a algum utente, pode acontecer, terem que estar ou terem que vigiar, quer, na prática, se tiverem que pintar também, se tiverem que recortar ou preparar um cartaz, portanto, toda esta..., ou toda esta logística, ou este trabalho também é uma responsabilidade delas.
00:07:53**Entrevistador**
Obrigada. Então vou a próxima pergunta.

2022_05_18_15_19_06 (1).mp3

00:00:00**Entrevistador**
Portanto, a próxima pergunta diz respeito à distribuição e organização do trabalho das ajudantes de ação direta relativamente às valências de apoio à dependência. Portanto, as ajudantes rodam pelo centro de Dia e pelo serviço de apoio domiciliário?... se rodam, os horários são fixos, desfasados ou rotativos? e quando fazem horários rotativos, tem horas de qualidade?

00:00:30**Entrevistado 1**
Não existe rotatividade ou assim obrigatoriedade de rotatividade, pontualmente quando é necessário, ou na equipa de apoio domiciliário, ou na equipa de centro de dia, existe de facto essa esse intercâmbio digamos assim, portanto, se é necessário dar suporte em contexto de centro de dia, uma ou as colaboradoras necessárias do apoio domiciliário ficam o tempo necessário na valência. Quando eu digo tempo, pode ser um dia, pode ser uma semana, pode ser o tempo que for efetivamente ou que houver aqui essa necessidade. O mesmo acontece em contexto de apoio domiciliário num dia, ou em todos os dias que seja necessário aqui algum reforço, ... alguma colega de centro de dia, alguma ajudante também acaba por integrar aqui uma das equipas que tiver essa necessidade. Na verdade não existe a rotação no sentido de estar isso definido em escala que no próximo mês eu ficarei afeta ao centro de dia..., depois acaba por não ser, é só mesmo quando há uma necessidade no momento, ou um constrangimento, uma falta, ou um episódio. O que tentamos sempre é que a pessoa pronto tenha um plano, quer seja próximo do dia ou o contrário, que saiba no dia e tente acompanhar não o horário que faz no padrão, digamos assim, se surge no centro dia não faço o mesmo horário que faria no centro de dia, dado que o meu horário é o da necessidade da equipa para onde vou, neste caso

para o serviço de apoio domiciliário ou vice versa. Pronto, acaba por ser aqui um bocadinho esta rotatividade que... que existe, mas é uma rotatividade pontual é quando é necessário fazer aqui este complemento não é..., não é todas as colegas rodarem por todos os serviços, isso não.

00:01:59**Entrevistador**
Obrigada. Podia falar um bocadinho sobre a dinâmica da equipa... e a e a... não sei se chamaria rotatividade, mas a alternância das equipas que existem só para ficar gravado. Nós já falamos disso na última reunião.

00:02:13**Entrevistado 1**
Sim. Aqui, apesar de ser a mesma casa, digamos assim as duas equipas distintas, são os dois grupos de SAD, então têm dinâmicas diferentes, mas também não é um programa para nós porque, na verdade os dois grupos já estão habituados qualquer um deles a funcionar desta forma e pra já faz-nos sentido que se mantenha assim pelo menos por agora, portanto, no contexto da equipa de Odivelas - no polo de S.G, as colegas estão em dupla ou tripla neste momento, como temos uma equipa de dez elementos conseguimos que estejam quase sempre três por volta, excetuando quando há folgas, e há alguma de férias, enfim, mas só ser pelo menos uma dupla em cada uma das voltas. Temos três voltas dentro da equipa de Odivelas e tentamos sempre que seja a mesma dupla durante um mês completo sendo que no mês seguinte... daquela volta, digamos assim, há um dos elementos que sai, mas continua a ficar um dos elementos dessa dupla no mês seguinte, portanto, há dois meses consecutivos em que eu estou na mesma volta, por exemplo, na zona da Arroja. No mês seguinte eu fico na mesma, portanto, há um mês que eu estou, no mês seguinte eu continuo, mas vem outra colega para ao pé de mim. Porque é importante que fique sempre foi uma delas para manter aqui a dinâmica que já estava criada em cada uma das casas e para garantir que o serviço se mantém estanque/estável. Porque se vier uma dupla nova, pode ter mudado alguma coisa de um mês para o outro, não é, que não partilhemos, partilhamos em reunião, e elas também vão partilhando umas com as outras as alterações de cada casa, mas parecendo que não é diferente o estar e o dizer que vamos fazer assim, ou que agora fazemos assim, pronto. Aqui (refere-se ao polo de F…) a dinâmica e a rotatividade é um bocadinho maior, portanto, acaba por ser a cada semana, aquela dupla que esta fixa, pelo menos fixada em cada uma das voltas. Também há três voltas tal como lá em baixo, mas a dupla que está fixada a cada uma das voltas roda semanalmente. Há uma dupla que está na mesma tipologia de horários, em termos do início do fim, horário é mesmo, mas de redistribuição em escala é diferente cá e em Odivelas, mas também por isso nós temos sempre uma dupla naquela semana, que faz tarde, que na próxima semana pode ser outra dupla qualquer, motivo pelo qual também acaba por ser aqui semanal as duplas associadas a cada volta. Mas ainda assim, também... aqui também funciona, mal ou bem, também vai funcionando, tal como funciona lá em baixo de outra forma, mas aqui também funciona desta maneira e corre relativamente bem.

00:04:32**Entrevistador**
Muito obrigada. A próxima pergunta é: se Considera que faz sentido e é oportuna esta intervenção formativa que nós vamos realizar com o projeto formar para cuidar? E se, para além do projeto formar para cuidar, tem previsto alguma parceria formativa, certificada aqui com o CCPF?

00:04:58**Entrevistado 1**
Pertinente é. É mais do que pertinente. Para além das questões técnicas, vamos lhe chamar assim, que tal como as relações, porque parece-me que foi uma mais-valia, a última formação que tiveram convosco foi uma mais valia porque de fato ainda vão falando de vez em quando de algumas questões que falaram e que reviram e que até usam como exemplo. houve não iremos não como exemplo que parece, pelo menos pelo feedback que tenho obtido que aplicaram em algumas casas algumas técnicas que foram falando. Parece que é exemplo bom nesta parte técnica, mas também se calhar um bocadinho como falávamos da última vez que estiveram connosco (fala da reunião de proximidade a 18-05-2022) há outras partes que também precisam, e até mais do que a questão técnica, é importante trabalhar com com as equipas, que... pronto, são grupos cada vez maiores porque no contexto de SAD, temos..., temos indo investindo um bocadinho mais nas equipas em que estão um bocadinho mais alargadas e em contexto de centro de dia também, embora sejam, sejam menos, a dinâmica também é fundamental que se mantenha. E acho que é sempre importante trabalhar não só a parte técnica como também a parte..., enfim a volta de uma melhor expressão, a parte motivacional, mas enfim, a motivação delas, que têm para desenvolver esta função, mas por também trabalharem em equipa e em grupo que infelizmente nem sempre corre muito bem, o que é normal em grupos, porque as pessoas cada uma tem a sua personalidade e isso nós não vamos conseguir mudar, mas há pessoas que mesmo tendo a sua responsabilidade e personalidade, respeitam o espaço e a personalidade do outro. Há pessoas que têm mais dificuldade em trabalhar em grupo e acho que essas questões, se também fizer parte do vosso plano formativo, também

fazem todo o sentido, pronto. E há partes técnicas que por muito que elas tenham, já possam ter ouvido o mesmo tema mais do que uma vez, eu acho que elas acabam... elas? Nós todos acabamos por aprender sempre mais qualquer coisa nem que seja pela troca, e pela partilha das experiências. Que na verdade vamos falando em reunião. Sim, vamos partilhando: como é que eu fiz ou como é que a minha colega fez. Mas não é tanto esse o âmbito das reuniões, acaba por ser questões um bocadinho mais específicas do serviço ou a organização do serviço ou acabamos por não dissecar tanto essa partilha, não é? e que se calhar em contexto de formação pode ser mais pertinente.

00:06:57**Entrevistador**
Obrigada, quer acrescentar alguma coisa Entrevistado 2?

00:07:00**Entrevistado 2**
Não, acho que não, de facto as formações são importantes, a parte técnica, como dizia..., como disse a M. importante, mas acho que há equipas e há momentos em que a parte emocional ou..., também é importante, ou seja, se calhar também temos de dar aqui um bocadinho de... de importância a um, ao aspeto, a... motivacional, emocional de todas elas, porque... começamos a perceber que é uma..., não sei se é uma falha, mas é uma... é um ponto que tem de ser muito bem trabalhado, e que é importante trabalhar. A parte técnica é fundamental, porque chegam-nos..., como dizia também no início, chegam-nos colaboradoras que não têm qualquer experiência, não tem qualquer formação nesta área, e, portanto, toda..., e a formação inicial que vão tendo é muito... é muito rápida, portanto é muito..., e muito básica e informal. Portanto, é fundamental que haja este tipo de... que tínhamos esta... que elas possam ter este tipo de formação para que vão conseguindo... melhorar aquilo que é o dia a dia e a função de cada uma delas.

00:08:15**Entrevistador**
e é transversal tanto ao centro de dia como ao SAD. Quais as maiores dificuldades referidas pelas ajudantes da ação direta no seu dia a dia, na função que desempenham, qual o feedback, que vocês têm?

00:08:35**Entrevistado 1**
As maiores dificuldades?

00:08:36**Entrevistador**
que eles sentem ou como que verbalizam, que percecionam que têm?

00:08:40**Entrevistado 1**
Isso... elas verbalizam muitas, rsrsrs..., eu estou a pensar no top três, rsrsrsrs, não... eu estou a brincar, de fato elas, mas isso é inerente do ser humano, não é das ajudantes, é do ser humano temos sempre que dizer qualquer coisa para nos queixarmos, ou para identificar, de menos positivo, mas... é uma, é uma..., independentemente de ser em contexto de centro de dia ou em apoio domiciliário, é um... é uma profissão de grande desgaste, é uma função de grande desgaste, e o cansaço físico e muitas vezes também psicológico na verdade, ...não verbalizam mas percebe-se, percebe-se pela pela agitação, percebe-se pela dificuldade as vezes da gestão em equipa, de coisas pequeninas, de coisas que... que são básicas, mas percebe-se pela dificuldade em gerir, mas sobretudo aqui a questão do cansaço físico, a... e em grande parte das vezes ao que tenho assistido recentemente, nem sempre tem a ver com..., o cansaço físico sim, isso tem a ver com os utentes claro, e com a função em si, mas grande parte de..., ou o que temos assistido agora recentemente esta, é..., a maior dificuldade prendesse com a dinâmica de grupo e a, e a... a organização em equipa, que não é a organização básica do serviço, como é que nos vamos organizar é o lidarem umas com as outras, o conseguirem de fato trabalharem em equipa e em grupo, mais isso do que propriamente desempenho da função ou o cuidado ao utente, ou... esse tipo de questão técnica, vamos chamar assim, da função, mal ou bem..., umas com mais capacidade outras com menos, claro está, têm conseguido... ou não têm de identificado grandes questões. A questão da interação humana, a... umas com as outras, ou até mesmo... mba..., comigo mal ou menos, mal ou bem, também temos conseguido, mas... mesmo e da identidade..., com a identificação, aliás, com a entidade onde trabalham... ou... que não tem haver com o cariz religioso, mas, enfim, outras questões também mais técnicas a... percebe-se que existe alguma agitação, e isso acaba por transtornar depois um conjunto de... outros elementos, pronto, mas acho que é..., é sobretudo isso que..., quer se queixem ou quer verbalizem, quer não verbalizem, se percebe que reside ai, grande parte na interação humana entre elas, e não propriamente no desempenho da Função.

00:10:48**Entrevistador**

Obrigada. Quer acrescentar alguma coisa Entrevistado 2?

00:10:51**Entrevistado 2**
Não.

00:10:52**Entrevistador**
não? Quais são as principais necessidades dos utentes dependentes da instituição que podem ter o apoio ou a ajuda das ajudantes? Portanto, quer saber, é o perfil dos utentes que têm. Assim o... em traços largos.

00:11:09**Entrevistado 1**
Em traços largos, é... no contexto de apoio domiciliário eles estão, franc..., grande parte deles, francamente mais dependentes que no contexto de centro de dia. Temos também utentes autônomos e que na verdade ..., mas são uma minoria, não é? E que aquilo que precisam de nós em termos de apoio, é a questão de levarmos as refeições porque já têm aqui, já há algum risco que façam eles, e que estejam ao fogão. Enfim, alguns... já há alguma demência inicial que, embora sejam autônomos para umas questões não são outras pronto, mas isso é... é minoria. A maioria é de facto aqui uma dependência, um bocadinho mais severa, quer estejam acamados quer não a... acabamos por ter aqui, as duas frações, temos um núcleo forte, digamos assim, de pessoas totalmente dependentes, a ... que de facto e a esses sim temos aqui um apoio mais reforçado, porque as famílias necessitam, mas... têm um apoio mais reforçado com a questão de higiene, porque regra geral, ou têm o esposo ou esposa a cuidar e que já têm a mesma idade, ou quase a mesma idade e que não conseguem dar suporte, e as famílias têm os filhos e outros familiares que têm que trabalhar então que não conseguem dar assistência. Ah... temos um outro grupo que está aqui no intermédio, portanto ainda tem algumas capacidades e que nós tentamos... ou pelo menos eu instruo a equipa nesse sentido, e acredito que elas também o façam. Também não tentamos tirar competências, portanto, o que elas ainda conseguem fazer, mesmo a questão do banho, por exemplo, uma pessoa que ainda consigamos levar ao banho, ainda que já com alguma dificuldade, temos é que incentivar que seja a própria pessoa o que ainda conseguir..., por exemplo, ir se lavando, o fato de se passar por água..., não é para nós não fazemos e não temos trabalho, é para também dar alguma competência às pessoas e elas sentirem que ainda são capazes, não é ? Também não deixar chegar ao ponto de a pessoa não ser capaz... e de ir insistindo e depois ser um risco que para a pessoa. Mas, em contexto de apoio domiciliário temos aqui, temos um bocadinho de tudo, o grosso, digamos assim, é esta dependência, ainda... embora ela já esteja em vigor, já é efetivamente uma dependência, mas é uma dependência vá mais parcial, pronto, que precisa efetivamente do nosso suporte, ah... mas que ainda não estão aqui 100% dependentes, mas também temos aqui muito composto de pessoas que estão cem por cento dependentes e que a nossa ajuda é fundamental. Das de Centro de dia, (passou a palavra a colega)

00:13:12**Entrevistado 2**
é diferente, portanto, eles estão..., na sua maioria são autónomos, ah... ou fisicamente autónomos, ah... precisam também na sua maioria apenas de supervisão, ah... mas depois temos um grupo que precisa para além da supervisão, portanto precisa já de alguma ajuda..., na casa de banho, ah... a ajudar a vestir e a despir, ah... e depois temos aqui três ou quatro que tem... a necessidade de uma vigilância permanente, portanto que estão num estado demência já muito avançado, e portanto e que a orientação no tempo e no espaço é... é zero, portanto precisam de estar constantemente vigiados e orientados por nós. Mas no... no grosso do grupo, portanto, são idosos ainda autônomos, que se bem que uma faixa etária já acima dos oitenta, na sua maioria, não tão... apesar de autónomos, mas não estão autônomos, e tão ativos quanto se pretenderia num centro dia. Portanto, as pessoas que nos chegam aqui são pessoas que, apesar de alguma autonomia já não podem estar sozinhos em casa, ...Já ou os filhos, até já têm algum receio, ou já não conseguem orientar-se bem com a medicação ou já não podem fazer as refeições... confecionar, e precisam de estar acompanhados para ter a medicação e a refeição a horas, portanto, são estas pessoas que essencialmente nós temos aqui, e não um grupo tão ativo, e tão mais autónomo. Portanto são pessoas que vêm na sua maioria connosco no transporte, portanto, já não tem capacidade de deslocação sozinhas. Portanto, mas que mesmo assim a maioria das atividades tem que ser já muito pensada e muito direcionada, portanto, obviamente aqui e nos outros, mas já muito pensada na capacidade ou não capacidade que eles têm, se tem muitas escalas, se têm... porque a maioria não vai conseguir subir escadas, mas a maioria não vai conseguir ir fazer uma deslocação muito grande, a maioria não vai conseguir andar muito tempo, ou estar muito tempo em pé. Portanto, é um grupo aqui um bocadinho... que apesar de alguma autonomia, mas já está... junto...a precisar aqui, já de alguma... de alguma, vigilância sim.

00:15:37**Entrevistador**

Têm algum utente que, que... alguma criança com dependência ou eh maioritariamente os vossos são maioritariamente idosos?

00:15:45**Entrevistado 2**
Eu tenho algum... tenho dois abaixo dos sessenta e cinco. Então são situações uma deficiência e uma de demência. De resto é tudo acima dos sessenta e cinco e outros mais idosos.

00:16:03**Entrevistador**
Em função das necessidades sentidas, gostaria... já..., já falaram sobre uma área, que gostariam que houvesse intervenção, mas gostaria que dissessem, que se tiverem, alguma área especifica onde gostariam que se desenvolvesse. Portanto, em que fosse prioritário fazer a formação. Na área da comunicação, a comunicação entre a equipa já percebi que é importante, ou comunicação com idoso com alterações sensoriais, ou a comunicação com o idoso com demência, ou outra área mais técnica.

00:16:44**Entrevistado 1**
Sim, a questão das demências acredito que seja fundamental para qualquer uma das... duas frações. Nomeadamente para contexto de centro de dia a colega depois falará melhor. Mas temos, vamos tendo agora cada vez mais contacto com essa realidade... e pronto. Em contexto do domicílio o que pode ou não ser mais simples, aqui que neste contexto para conseguir dinamizar algo concreto com pessoas com demência é um bocadinho mais complicado. Mas também para contexto de SAD é importante, porque comunicar com estas pessoas não é assim tão simples, não é? E é importante que elas tenham... aqui alguns conhecimentos um bocadinho mais aprofundados. Sim, comunicação entre elas rsrsrsr..., é fundamental, ah... mas, mas eu estava aqui a recordar-me, e entretanto, passou, mas eu tinha a ideia de um outro... Ah, já sei o que era, por incrível que pareça, aquilo que eu acho... que é importante, mais do que... se calhar alguma questão específica também que eu não me esteja a recordar..., mas pois também que posso partilhar consigo se entretanto me recordar, mas o..., a base da base, digamos assim, para mim... ainda continua a ser muito importante, porque mesmo as colegas que já cá estão há muitos anos, e há colegas aqui já há muitos muitos anos neste serviço. Às vezes, naquilo... quando digo básico, é... compreender a importância de uma higiene oral, eh... na casa do utente, a um utente neste caso, com independência, porque uma coisa é a pessoa ainda ter alguma autonomia, e nós ok, até ajudamos com o banho, mas a pessoa depois fica e até a própria pessoa faz a barba, ou faz a sua higiene oral, outra coisa é o idoso totalmente dependente, o mesmo que menos dependente, mas que não tenha já capacidade de perceber que é importante essas pequenas coisas que são fundamentais e que as colegas acabam por se focar muito no..., não a higiene é só a higiene do corpo, mas há tudo o resto não é, que não é só o corpo, pronto. E acho que esta, esta base da higiene básica, esses pequenos pormenores de base - acabam por ser importantes fazer aqui um, um refresh do que é fundamental no cuidado a... a pessoa e pronto.
00:18:34**Entrevistador**
higiene oral, higiene das unhas
00:18:37**Entrevistado 1**
sim, exatamente
00:18:37**Entrevistado 2**
Nós em unidade de centro de dia, é um bocadinho próximo, ou seja, a nível de... de, se bem que nós não temos tantas higienes, portanto não, não estamos aqui muito, não temos muitas situações em que precisemos de fazer higiene ou parcial, ou os banhos. Nós estamos aqui mais direcionados, aquilo que gostaríamos mais de trabalhar seria a parte ou a comunicação como disse há pouco com o idoso com demência e estratégias de trabalho com com estas pessoas. É, é uma... é uma tipologia de pessoas que nos tem chegado com alguma frequência, ou seja, as pessoas que nos chegam, já já tem algum diagnóstico, ou muito inicial ou algumas em estado já mais avançado. Portanto, e precisamos aqui de alguma... temos procurado a temos tentado aqui ver estratégias melhores de trabalho, mas precisamos de formação, mais... algo mais concreto, e algo mais formativo, mais... sobretudo para os ajudantes.
00:19:38**Entrevistador**
Obrigada e é tudo.
00:19:44**Entrevistado 1**
Ora essa, obrigada nós.

Análise de Conteúdo da entrevista

Quadro – Da Grelha de análise de conteúdo da entrevista a informantes-chave. Tema: necessidades formativas das AAD

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo significativas (UR)	Nº. de UR
Perceção sobre as necessidades das AAD	**Importância, Valorização e pertinência da formação no desenvolvimento profissional**	**Anterior para a admissão**	"Se é requisito obrigatório, na verdade não é"[E1] "…nós valorizamos sobretudo a experiência profissional anterior, experiência na área, experiência profissional…" [E1] "…também é importante, pessoas que não tenham a experiência profissional, efetivamente terem, pelo menos (…) formação na área."[E1] "…chegam-nos colaboradoras que não têm qualquer experiência, não tem qualquer formação nesta área." [E2]	2
		Inicial de funções	"Nós tentamos sempre sim, dar aqui uma formação inicial e contínua de certa forma" [E1] "iniciam aqui a função, portanto, integradas na equipa e acaba por ser uma formação um bocadinho dinâmica ou mais mais informal…"[E1] "… e a formação inicial que vão tendo é muito... é muito rápida, portanto é muito..., e muito básica e informal…" [E2]	2
		Continua em serviço	"nós tentamos…dar aqui…uma formação…continua" [E1] "depois tentamos sempre proporcionar também formação especifica dentro da área" [E1] "porque parece-me que foi uma mais-valia, a última formação que tiveram convosco…" [E1] "é fundamental... que elas possam ter este tipo de formação para que vão conseguindo... melhorar aquilo que é o dia a dia e a função de cada uma delas…" [E2] "Pertinente é. É mais do que pertinente" [E1] "…de facto as formações são importantes…" [E2]	2
	Relevância da Função	**Necessidades dos utentes do SAD**	"…grande parte deles, francamente mais dependentes…A maioria é de facto aqui uma dependência, um bocadinho mais severa, quer estejam acamados…" [E1] "…alguns... já há alguma demência inicial" [E1] "…de pessoas totalmente dependentes, a ... têm um apoio mais reforçado com a questão de higiene …" [E1] "…têm o esposo ou esposa a cuidar e que já têm a mesma idade, ou quase a mesma idade e que não conseguem dar suporte…" [E1] "…pessoas que estão cem por cento dependentes e que a nossa ajuda é fundamental." [E1]	1
		Necessidades dos utentes do Centro de Dia	"…na sua maioria são autónomos, ah... ou fisicamente autónomos, ... precisam …na sua maioria apenas de supervisão," [E2] "…um grupo que …para além da supervisão, …precisa já de..., na casa de banho, ... a ajudar a vestir e a despir…" [E2] "…a necessidade de uma vigilância permanente, …estão num estado demência já muito avançado, … a orientação no tempo e no espaço é... é zero, … precisam de estar constantemente vigiados e orientados por nós."[E2]	1

			"…não estão autônomos, e tão ativos quanto se pretenderia num centro dia. …vêm na sua maioria connosco no transporte, portanto, já não tem capacidade de deslocação sozinhas." [E2]	
		Resposta à dependência	"…sim a relevância. É Fundamental, portanto, a dedicação e o empenho delas e sobretudo a responsabilidade no desempenho de qualquer uma dessas funções é fundamental, …" [E1] "…se não houver efetivamente aqui uma entrega e uma responsabilidade naquilo que se está a fazer a tarefa… … se não for feita com profissionalismo, temos a coisa a correr muito mal, portanto elas acabam por ter aqui um papel fundamental neste serviço e no nosso centro, obvio que sim."[E1] "…são a mão de obra direta com os os idosos, …se elas não estiverem focadas ou motivadas para trabalhar, … a coisa por muito bem organizada, como dizia a colega pode resultar um mau serviço," [E2] "…são fundamentais e seria fundamental que estejam preparadas, e motivadas e focadas na função." [E2] "…toda esta logística, ou este trabalho também é uma responsabilidade delas" [E2] "…acaba por ser uma grande responsabilidade(…)verificar a dosagem (…) acaba por fugir aqui muito das nossas competências. " [E1]	2
Perceção sobre as necessidades das AAD	**Identificação de Atividades realizadas na função**	**Higiene**	"nomeadamente da **higiene** pessoal da higiene habitacional da casa, o tratamento da roupa…" [E1] "Asseguramos as higienes, portanto, temos higienes parciais e e banhos também..."[E2]	2
		Alimentação	"… a distribuição das refeições até mesmo administrar as refeições…" [E1] "asseguramos a alimentação, portanto, as refeições do almoço, lanches e o reforço da manhã também,…"[E2]	2
		Segurança	"…algum apoio, com a medicação… no sentido de garantir que a pessoa toma a terapêutica…" "… conseguimos ser nós a garantir a toma da medicação, efetivamente desde que esteja devidamente organizada…"[E1] "…a medicação, portanto, fazemos a quem toma a medicação durante o período que está connosco, portanto, temos o, a responsabilidade da administração da medicação,…"[E2] "… também têm essa responsabilidade da condução e obviamente garantir que o veiculo e toda a sua condução acaba por ser responsável,…"[E1] "Asseguramos o transporte dos idosos de casa para o centro do centro para casa." [E2] "…a vigilância dos utentes, deslocações, tudo o que tem a ver com a vigilância e supervisão de cada um deles…."[E2] "…é uma profissão de grande desgaste, é uma função de grande desgaste, e o cansaço físico e muitas vezes também psicológico na verdade…"[E1]	2
		Comunicação	"…manter um livro de ocorrências atualizado, não só passar a informação é importante, mas manter o livro de ocorrências e ter o registo dessa informação também é uma salvaguarda para elas e nós enquanto serviço e também para a família, para terem tudo escrito." [E1] "…agora passamos a ter aqui um sistema informático que vai facilitar e é transversal para as duas equipas." " … em centro de dia, portanto, nós estamos então com os idosos connosco, portanto, todo o dia…"[E1] "…tem também um trabalho de apoio ao animador, portanto, todas as atividades que são dinamizadas e organizadas e que estão a decorrer tem obviamente a colaboração das ajudantes, …" [E2]	2

		Promoção de autonomia	"Também não tentamos tirar competências, portanto, o que elas ainda conseguem fazer, mesmo a questão do banho, por exemplo, uma pessoa que ainda consigamos levar ao banho, ainda que já com alguma dificuldade, temos é que incentivar que seja a própria pessoa o que ainda conseguir(…)"[E1]	2
		Organização trabalho	"O que corresponde a ajudante de ação direta cabe todo um conjunto de funções inerentes, e a responsabilidades também elas inerentes, como a questão de assegurar o serviço dentro da tipologia de serviço que temos"[E1] "Não existe …obrigatoriedade de rotatividade, pontualmente quando é necessário, (…) existe de facto essa esse intercâmbio" E1] "…tentamos sempre é que a pessoa … tenha um plano, …e tente acompanhar …o mesmo horário que faria…", [E1] "…não é todas as colegas rodarem por todos os serviços, isso não." "…as colegas estão em dupla ou tripla neste momento, como temos uma equipa de dez elementos conseguimos que estejam quase sempre três por volta…"[E1] "Temos três voltas dentro da equipa de Odivelas e tentamos sempre que seja a mesma dupla durante um mês completo sendo que no mês seguinte... daquela volta, digamos assim, há um dos elementos que sai, mas continua a ficar um dos elementos dessa dupla no mês seguinte, portanto, há dois meses consecutivos em que eu estou na mesma volta…"[E1] "Porque é importante que fique sempre foi uma delas para manter aqui a dinâmica que já estava criada em cada uma das casas e para garantir que o serviço se mantém estanque/estável."[E1]	2
Perceção sobre as necessidades das AAD	**Dificuldades das AAD**	**Técnicas**	"…esse tipo de questão técnica, vamos chamar assim, da função, mal ou bem..., umas com mais capacidade outras com menos, claro está, têm conseguido... ou não têm de identificado grandes questões."[E1]	2
		Autonomia	"…também dar alguma competência às pessoas e elas sentirem que ainda são capazes,…"[E1]	1
		Segurança	"…aquilo que precisam de nós em termos de apoio, é a questão de levarmos as refeições porque já têm aqui, já há algum risco que façam eles, e que estejam ao fogão …"[E1] "Também não deixar chegar ao ponto de a pessoa não ser capaz... e de ir insistindo e depois ser um risco que para a pessoa…"[E1] "Já ou os filhos, até já têm algum receio, ou já não conseguem orientar-se bem com a medicação(…)[E2]	2
		Comunicação	"Há pessoas que têm mais dificuldade em trabalhar em grupo e acho que essas questões, se também fizer parte do vosso plano formativo"[E1] "…trabalharem em equipa e em grupo que infelizmente nem sempre corre muito bem, o que é normal em grupos, porque as pessoas cada uma tem a sua personalidade…"[E1] "…dar aqui um bocadinho de... de importância a um, ao aspeto, a... motivacional, emocional de todas elas, porque... começamos a perceber que é uma..., não sei se é uma falha, mas é uma... é um ponto que tem de ser muito bem trabalhado, e que é importante trabalhar."[E2] "…a maior dificuldade prende-se com a dinâmica de grupo e a, e a... a organização em equipa, …é o lidarem umas com as outras, o conseguirem de fato trabalharem em equipa e em grupo, mais isso do que propriamente desempenho da função ou o cuidado ao utente…"[E1]	2

		Falta de formação	"…chegam-nos colaboradoras que não têm qualquer experiência, não tem qualquer formação nesta área." [E2] "Temos alguns elementos que não tinham nem uma coisa nem outra." [E1] "E é importante que elas tenham... aqui alguns conhecimentos um bocadinho mais aprofundados…" [E1] "… mas precisamos de formação, mais... algo mais concreto, e algo mais formativo…" [E2]	2
		Cansaço	"é uma profissão de grande desgaste, é uma função de grande desgaste, e o cansaço físico e muitas vezes também psicológico na verdade, ...não verbalizam mas percebe-se, percebe-se pela pela agitação, percebe-se pela dificuldade as vezes da gestão em equipa" [E1]	1
	Áreas de formação e intervenção prioritárias	**Comunicação e gestão de conflitos**	"E é importante que elas tenham... aqui alguns conhecimentos um bocadinho mais aprofundados." [E1] "…acho que é sempre importante trabalhar não só a parte técnica como também a parte..., enfim a volta de uma melhor expressão, a parte motivacional, mas enfim, a motivação delas, que têm para desenvolver esta função…"[E1] "Há pessoas que têm mais dificuldade em trabalhar em grupo e acho que essas questões, se também fizer parte do vosso plano formativo…"[E1] "Dar aqui um bocadinho de... de importância a um, ao aspeto, a... motivacional, emocional de todas elas, porque... começamos a perceber que é uma..., não sei se é uma falha, mas é uma... é um ponto que tem de ser muito bem trabalhado, e que é importante trabalhar."[E2] "A questão da interação humana, a... umas com as outras, …e da identidade..., … com a entidade onde trabalham..." [E1] "…conseguir dinamizar algo concreto com pessoas com demência é um bocadinho mais complicado."[E1] "…é importante, porque comunicar com estas pessoas não é assim tão simples, não é?" … Sim, comunicação entre elas ... é fundamental"[E1] "…aquilo que gostaríamos mais de trabalhar seria a parte ou a comunicação como disse há pouco com o idoso com demência e estratégias de trabalho com... com estas pessoas"[E2]	2
		Higiene oral e higiene das unhas	"…digo básico, é... compreender a importância de uma higiene oral…"[E1] "…a higiene é só a higiene do corpo, mas há tudo o resto não é, que não é só o corpo…" "…base da higiene básica, esses pequenos pormenores de base - acabam por ser importantes fazer aqui um, um refresh do que é fundamental no cuidado…"[E1] … higiene oral, higiene das unhas (E)"… sim, exatamente"[E1]	1
		Demências	"…a questão das demências acredito que seja fundamental…" [E1] "aquilo que gostaríamos mais de trabalhar seria a parte ou a comunicação como disse há pouco com o idoso com demência e estratégias de trabalho com... com estas pessoas." [E2]	2

Discussão dos resultados das entrevistas

A grelha de análise articula o tema com as respetivas categorias sustentadas por excertos dos discursos dos sujeitos – as unidades de registo significativas. A Interpretação do que se considerou serem os principais aspetos que emergem do discurso dos entrevistados, cruzados com as referencias da literatura, foi realizada mencionando algumas unidades de registo de forma exemplificativa, não coube menção exaustiva de todas as unidades de registo contidas na grelha de análise.

Considerou-se descrever o principal tema com interesse para o estudo, que emergiu da análise detalhada das informações da entrevista: Perceção sobre as necessidades das AAD. Deste, emergem as seguintes categorias: Valorização, importância e pertinência da formação no desenvolvimento profissional; Relevância da função; Identificação de Atividades realizadas na função; Dificuldades das AAD trabalháveis pelo EESC; Áreas de formação e intervenção prioritárias.

Relativamente a categoria **Valorização, importância e pertinência da formação** no desenvolvimento profissional, as três subcategorias que sobressaem são:

-Formação Anterior para a admissão á função. É verbalizado, que não é requerida formação anterior na área para o recrutamento e início de funções, o que é consistente com as práticas nacionais e internacionais. Conforme Segurança social (2021), onde não é exigida formação ou habilitação para ingressar na função de Ajudante familiar, e conforme os estudos da OCDE (2020 a, p.3; 2020b) onde consta que menos da metade dos países exige que os AAD detênham um nível mínimo de escolaridade ou forneçam certificados oficiais, e poucos garantem que os AAD receberam formação suficiente.

-Formação inicial para inicio de funções. Constata-se que há uma valorização da experiência anterior, e reconhecimento da necessidade de integração na dinamica de trabalho da equipa. A formação é assegurada e é essencialmente informal dada em contexto de trabalho por pares com mais tempo de exercicio de funções.

-Formação continua em serviço. Constatou-se que não há plano de formação defenido na instituição, a frequência de ações de formação pelos AAD é feita por parcerias com a UCC. Verificou-se que a frequência é integrada durante o periodo normal de trabalho, é desejada, pertinente, e com beneficios reconhecidos patente nos excertos transcritos na grelha, o que é consonante com as recomendações nacionais (Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro; Ana Lebre *et al.*, 2022), e internacionais

(Comissão Europeia, 2021; OCDE, 2020). É necessário também considerar as expectativas de periodicidade de formação dos AAD.

Relativamente a categoria **Relevância da função** os aspetos mais presentes foram:

Necessidades dos utentes em SAD e CD. Os discursos emanam a idade avançada, a existencia de comordilidades e de um elevado nivel de dependência que determinam a necessidade de apoio por terceiros. As necessidades podem ser muito diversas desde as consideradas mais simples às mais complexas o que pressupõe uma maior preparação para dar resposta às dimensões de complexidade como por exemplo satisfazer as necessidades de segurança. Nos discursos é ainda referida a dificuldade das familias darem resposta a essas necessidades de apoio o que coloca o AAD como necessário para compensar essa perda de capacidade, que é decorrentes das circunstancias transversais de alterações demograficas e epidemiológicas das sociedades atuais descritas nas politicas internacionais, como na decada do envelhecimento saudável (World Health Organization, 2020).

Resposta à dependência há o reconhecimento de que os AAD têm um papel fundamental e indispensável nas respostas oferecidas pelos serviços de apoio à dependência da instituição, o que é consistente com a condições de instalação e funcionamento do SAD conforme artigo 9º da Portaria n.º 38/2013. Os discursos expõe que para que os serviços cumpram os objetivos de acessibilidade, qualidade e segurança tem de haver um investimento e empenho por parte destes profissionais que acabam por vezes a realizar tarefas para as quais não têm formação como alguns aspetos que envolve a administração diária da medicação. O anteriormente referido está também referenciado por OCDE, 2020.

Relativamente a categoria **Identificação de Atividades realizadas na função,** as dimensões referidas com mais frequência foram: **Higiene**, **Alimentação, Segurança, Comunicação, Promoção de autonomia** e **Organização do trabalho** que se alinham com o descritivo da função contido no Decreto-Lei n.º 414/99 e na Portaria n.º 38/2013. Encontra-se paralelo das atividades desempenhadas com a resposta a algumas necessidades fundamentais humanas descritas no Modelo Teórico de Virgínia Henderson. O contexto de realização das atividades identificadas valida o que ZAINAB *et al.*, 2022 refere, que os AAD intervêm na área da saúde porque pela sua interação de proximidade com as pessoas apoiadas, são muitas vezes os primeiros a notar alterações no seu estado de saúde, sinais de doença ou dor.

No que respeita a categoria **Dificuldades das AAD**, os discursos colocam enfase nas dimensões: **Técnicas, Autonomia, Segurança, Comunicação, Falta de formação e Cansaço**. Este reconhecimento é também consistente com as dificuldades que o estudo em que se baseia este projeto de intervenção (OCDE, 2020) enumera. É uma ocupação de grande desgaste físico e emocional, pelo que há necessidade de formação para melhor lidar com as dificuldades.

Relativamente a categoria **Áreas de formação e intervenção prioritárias**, as dimensões que surgem como necessárias são: **Comunicação e gestão de conflitos, Higiene oral e higiene das unhas, Demências**. A formação em habilidades de comunicação em geral em demências surge como uma das principais recomendações para cuidadores de pessoas idosas em quase toda a literatura que sustenta o projeto (Bayly, M., Blake, C., Peacock, S., Morgan, D., & Forbes, D., 2018; Lange, J., Mager, D., Andrews, N., 2013; Maxwell, H., *et al*., 2021; Olson, R., *et al*., 2016; Russell, D., *et al*., 2022; Savundranayagam, M., Basque, S., Johnson, K., 2020). A dimensão da higiene é a que aparece com maior frequência em todo o discurso, e é a principal atividade de autocuidado de saúde para todos, sendo a atividade de apoio principal prestadas pelos Ajudantes de Ação Direta.

APÊNDICE 12: Classificação das variáveis

Classificação das variáveis para tratamento estatístico

Classificação das variáveis	Características da amostra (N =22)					
	Variáveis	n	(%)	Média (DP)	(Min. - Máx)	Nec.F(%)
A1 -Qualitativa Nominal	Sexo:					
Pergunta Fechada Dicotómica	M	0%				
	F	22 (N)	(100,0%)			
A2 -Quantitativa Continua	Idade (anos)			46,32 (8,71)	33 - 63	
Pergunta aberta de resposta única						
Qualitativa Ordinal	Faixa Etária:					
Variável inicialmente quantitativa que que foi tratada de forma qualitativa	30 - 39	6	(27,3%)			
	40 - 49	8	(36,4%)			
	50 - 59	6	(27,3%)			
	60 - 69	2	(9,1%)			
A3 -Qualitativa Nominal	Estado Civil					
Pergunta fechada de resposta única, permite a seleção de uma opção entre uma lista de possibilidades	Solteiro/a	5	(22,7%)			
	Casado/a ou união de fato	13	(59,1%)			
	Divorciado/separado	3	(13,6%)			
	Viúvo	1	(4,5%)			
A4 -Qualitativa Nominal	Nacionalidade					
Pergunta fechada de resposta única, entre uma lista de possibilidades, em que uma das possibilidades de escolha é de resposta aberta	Portuguesa	19	(86,4)			
	Brasileira	1	(4,5%)			
	Angolana	1	(4,5%)			
	Santomense	1	(4,5%)			
A5 -Qualitativa Ordinal	Habilitações literárias					
Pergunta fechada de resposta única, permite a seleção de uma opção entre uma lista de possibilidades	Escola Primária	2	(9,1%)			
	Ciclo Preparatório	6	(27,3)			
	Ensino Secundário	9	(40,9%)			
	Curso Téc,-Profissional	2	(9,1%)			
	Curso Superior	3	(13,6%)			
Qualitativa Nominal	Formação					
A6 -Qualitativa Nominal	Anterior a função					
Pergunta Fechada Dicotómica	Sim	16	(72,7%)			
	Não	6	(27,3%)			
A8 -Qualitativa Nominal	Inicial para a função					
Pergunta Fechada Dicotómica	Sim	10	(45,5%)			

	Não	12 (54,5%)			
A9 -Qualitativa nominal	Enumere qual/quais foi/foram a(s) dificuldade(s) sentidas na formação?				
Pergunta aberta condicional					
A7 -Quantitativa Continua	Tempo experiência na área		9,32 anos (8,369)	0 – 30	
Pergunta aberta de resposta única					
Qualitativa Ordinal	Tempo experiência na área				
Variável inicialmente quantitativa que que foi tratada de forma qualitativa	0 -3 anos	7 (31,8%)			
	4-10 anos	8 (36,4%)			
	>10 anos	7 (31,8%)			
A10 -Quantitativa Continua	Tempo trabalho na instituição		3,55 anos (4,847)	0 - 19	
Pergunta aberta de resposta única					
Qualitativa Ordinal	Tempo trabalho na instituição				
Variável inicialmente quantitativa que que foi tratada de forma qualitativa	0 -3 anos	15 (68,2%)			
	4-10 anos	5 (22,7%)			
	>10 anos	2 (9,1%)			
Qualitativa Nominal	Tipo de contrato				
Pergunta fechada de resposta única, permite a seleção de uma opção entre uma lista de possibilidades	Contrato a termo certo	12 (54,5%)			
	Contrato de substituição	1 (4,5%)			
	Efetivo	9 (40,9%)			
A11 -Quantitativa Continua	Horas de trabalho semanal				
Pergunta aberta de resposta única	37H	22(N) (100,0%)			
A12 -Qualitativa Nominal	Tipo de horário				
Pergunta fechada de resposta única, permite a seleção de uma opção entre uma lista de possibilidades	Desfasado	22(N) (100,0%)			
	Fixo				
	Rotativo				
A14 -Quantitativa Continua	Remuneração mensal				
Pergunta fechada de resposta única, permite a seleção de uma opção entre uma lista de possibilidades	≤ 1000€	1 (4,5%)			
	≤ 710€	21 (95,5%)			
	≤ 444 €	0			
A16 -Qualitativa Nominal	Atividade foi escolha pessoal				
Pergunta Fechada Dicotómica	Sim	19 (86,4%)			
	Não	3 (13,6%)			
A16 -Qualitativa Nominal	Tem redes de apoio				
Pergunta Fechada Dicotómica	Sim				
	Não				

	Quais?				
Pergunta fechada de múltipla escolha, que permite escolha de uma ou mais opções entre uma lista.	Amigos, Colegas de trabalho	1 (4,5%)			
	Colegas de trabalho	2 (9,1%)			
	Família	11 (50%)			
	Família, Amigos	1 (4,5%)			
	Família, Colegas de trabalho	3 (13,6%)			
	Amigos, Colegas de trabalho	1 (4,5%)			
	Família, Colegas, Outras fontes	1 (4,5%)			
	Grupos de ajuda	1 (4,5%)			
B1 a B6 -Qualitativa Nominal	Avaliação das necessidades de formação				
Perguntas fechadas que usa uma matriz com a mesma escala de referência de avaliação (tipo Likert), com a possibilidade de resposta única	1 Sem dificuldade	2 Rara dificuldade	3 Alguma dificuldade	4 Muita dificuldade	5 Sempre dificuldade
C2 -Qualitativa Ordinal	Perceção nível de formação				
Pergunta fechada de resposta única, permite a seleção de uma opção entre uma lista de possibilidades	Insuficiente	3 (13,6%)			
	Suficiente	7 (31,8%)			
	Bom	4 (18,2%)			
	Muito bom	7 (31,8%)			
	Excelente	1 (4,5%)			
C1 -Qualitativa Nominal	Importância da Formação				
Pergunta Fechada Dicotómica	Sim	22(N) (100,0%)			
	Não				
C3 -Qualitativa Ordinal	Opinião sobre a regularidade da formação na Instituição				
Pergunta fechada de resposta única, permite a seleção de uma opção entre uma lista de possibilidades	Mensal	8 (36,4%)			
	Trimestral	5 (22,7%)			
	Semestral	6 (27,3%)			
	Anual	2 (9,1%)			
	Desconhece/não sabe	1 (4,5%)			
C4 -Qualitativa Ordinal	Ordem de preferência de Temas				
Pergunta fechada de classificação tipo ranking, para ordenar as opções por ordem de preferência dos temas	1º Segurança	13 (59,1%)			
	2º Comunicação	7 (31,8%)			
	3º Autonomia	8 (36,4%)			

APÊNDICE 13: Tratamento de dados estatísticos

Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Formar para Cuidar- intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta

Caracterização da Amostra
Tratamento de Dados Estatísticos

Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes

Lisboa
Outubro/novembro 2022

Índice

Índice de Quadros 1

1. Caraterização sociodemográfica da amostra 2

1.2. Caracterização das Necessidades de Formação da amostra 8

Índice de Quadros

Quadro 1-Caraterísticas sociodemográficas da amostra 2
Quadro 2 - Caraterização da amostra por idade 3
Quadro 3 - Distribuição da amostra por Estado civil 3
Quadro 4 - Distribuição da amostra por nacionalidade 4
Quadro 5-Distribuição da amostra por Habilitações literárias 4
Quadro 6 - Distribuição da amostra por tipo de contrato 4
Quadro 7- Distribuição da amostra quanto a formação na área da dependência 5
Quadro 8- Caracterização da amostra quanto ao tempo exercício profissional 6
Quadro 9- Distribuição da amostra pelo tempo de experiência na área 6
Quadro 10- Caraterização da amostra pelo tempo de trabalho na instituição 6
Quadro 11- Distribuição da amostra pelo tempo de trabalho na instituição 7
Quadro 12- Distribuição da amostra quanto a formação inicial para a função 7
Quadro 13-Distribuição da amostra sobre como carateriza o seu nível de formação 7
Quadro 14-Distribuição da amostra pela opinião sobre qual deveria ser a regularidade da formação 8
Quadro 15- Distribuição da amostra quanto a ordenação por preferência dos temas a serem abordados em formação 8
Quadro 16-Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados de higiene e conforto 9
Quadro 17- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados com Alimentação 9
Quadro 18 - Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados com Eliminação 10
Quadro 19- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados de promoção de Autonomia 10
Quadro 20- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados promotores de segurança 10
Quadro 21- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na comunicação 11
Quadro 22- Lista ordenada de problemas, do maior para o de menor pontuação 12
Quadro 23- Distribuição do grau 13
Quadro 24 - Medição da Evidência de dificuldade no desempenho das funções de apoio nas atividades de autocuidado de saúde (detalhe da escala de likert) 14
Quadro 25 - Distribuição de indicadores do questionário para apreciação do grupo segundo o modelo de Betty Neuman 17

1. Caraterização sociodemográfica da amostra

De uma amostra inicial de 23 AAD da instituição de recrutamento, ao questionário responderam 22, pois 1 está ausente do serviço e desconhece-se data de regresso. Assim obteve-se uma taxa de participação de 95,65%.

Quadro 1-Caraterísticas sociodemográficas da amostra

Características da amostra e principais diferenças na medição das necessidades formativas (N =23)				
Variáveis	n(%)	Média (DP)	(Min. - Máx)	Nec.F(%)
Sexo:				
M	0%			
F	22 (N)(100,0%)			
Idade (anos)		46,32 (8,71)	33 - 63	
Faixa Etária:				
30 - 39	6(27,3%)			
40 - 49	8(36,4%)			
50 - 59	6(27,3%)			
60 - 69	2(9,1%)			
Estado Civil				
Solteiro/a	5(22,7%)			
Casado/a ou união de fato	13(59,1%)			
Divorciado/separado	3(13,6%)			
Viúvo	1(4,5%)			
Nacionalidade				
Portuguesa	19(86,4)			
Brasileira	1(4,5%)			
Angolana	1(4,5%)			
Santomense	1(4,5%)			
Habilitações literárias				
Escola Primária	2(9,1%)			
Ciclo Preparatório	6(27,3)			
Ensino Secundário	9(40,9%)			
Curso Téc,-Profissional	2(9,1%)			
Curso Superior	3(13,6%)			
Formação				
Anterior a função				
Sim	16(72,7%)			
Não	6(27,3%)			
Inicial para a função				
Sim	10(45,5%)			
Não	12(54,5%)			
Tempo experiência na área		9,32 anos (8,369)	0 – 30	
0 -3 anos	7(31,8%)			
4-10 anos	8(36,4%)			
>10 anos	7(31,8%)			
Tempo trabalho na instituição		3,55 anos (4,847)	0 - 19	
0 -3 anos	15(68,2%)			
4-10 anos	5(22,7%)			
>10 anos	2(9,1%)			
Tipo de contrato				
Contrato a termo certo	12(54,5%)			
Contrato de substituição	1(4,5%)			
Efetivo	9(40,9%)			
Horas de trabalho semanal				
37H	22(N)(100,0%)			
Tipo de horário				
Desfasado	22(N)(100,0%)			
Remuneração mensal				
≤ 1000€	1(4,5%)			
≤ 710€	21(95,5%)			
Atividade foi escolha pessoal				
Sim	19(86,4%)			

Não	3(13,6%)			
Tem redes de apoio				
Amigos, Colegas de trabalho	1(4,5%)			
Colegas de trabalho	2(9,1%)			
Família	11(50%)			
Família, Amigos	1(4,5%)			
Família, Colegas de trabalho	3(13,6%)			
Amigos, Colegas de trabalho	1(4,5%)			
Família, Colegas de trabalho, Outras fontes de esperança	1(4,5%)			
Grupos de ajuda	1(4,5%)			
Perceção nível de formação				
Insuficiente	3(13,6%)			
Suficiente	7(31,8%)			
Bom	4(18,2%)			
Muito bom	7(31,8%)			
Excelente	1(4,5%)			
Importância da Formação				
sim	22(N)(100,0%)			
Ordem de preferência de Temas				
Segurança	13(59,1%)			
Comunicação	7(31,8%)			
Autonomia	8(36,4%)			

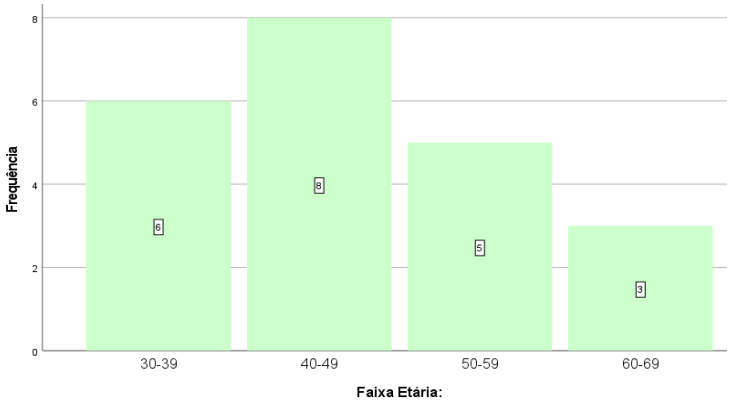
Especificamente neste grupo peculiar o perfil apresenta-se como sendo composto unicamente por elementos do sexo feminino (100%), adultos, sendo um grupo homogéneo, com 46,32 anos (DP=8,71) como média das suas idades que estão compreendidas entre o mínimo de 33 e o máximo de 63 anos, sendo que a faixa etária predominante é a dos 40-49 anos com n=8 (36,4%).

Quadro 2 - Caraterização da amostra por idade

Idade		
N	Válido	22
	Omisso	0
Média		46,32
Mediana		47,00
Modo		44[a]
Erro Desvio		8,714
Mínimo		30
Máximo		63

a. Há vários modos. O menor valor é mostrado

Gráfico 1- Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra relativamente a idade

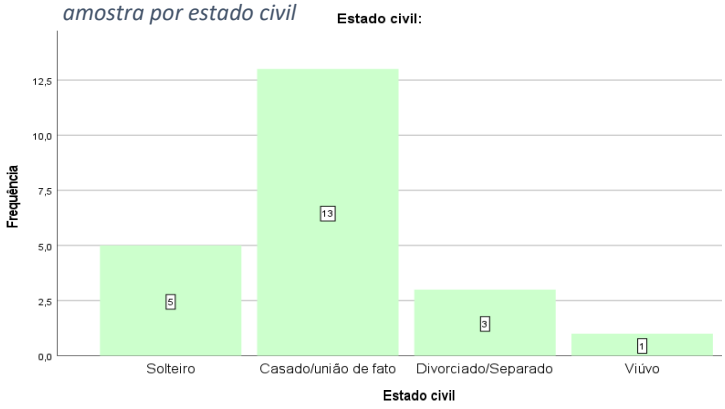


Grupo com elementos que têm o estado civil maioritariamente como casado ou em união de fato n=13 (59,1%).

Quadro 3 - Distribuição da amostra por Estado civil

Estado civil		
	n	%
Solteiro	5	22,7%
Casado/união de fato	13	59,1%
Divorciado/Separado	3	13,6%
Viúvo	1	4,5%
Total (N)	22	100%

Gráfico 2- Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra por estado civil

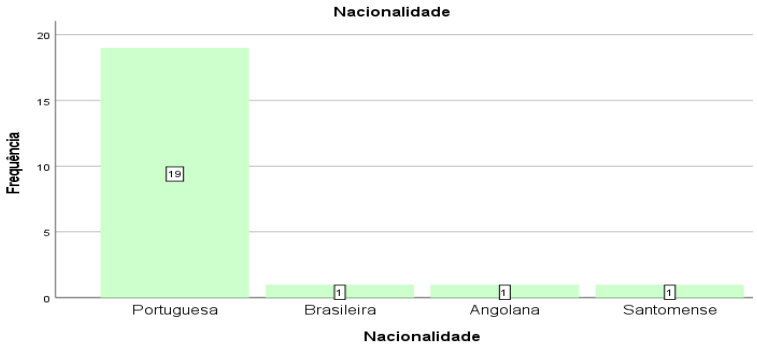


A nacionalidade com maior representatividade é a Portuguesa com n=19 que reflete 86,4% da amostra.

Quadro 4 - Distribuição da amostra por nacionalidade

Nacionalidade		
	n	%
Portuguesa	19	86,4%
Brasileira	1	4,5%
Angolana	1	4,5%
Santomense	1	4,5%
Total (N)	22	100%

Gráfico 3- Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostre por nacionalidade

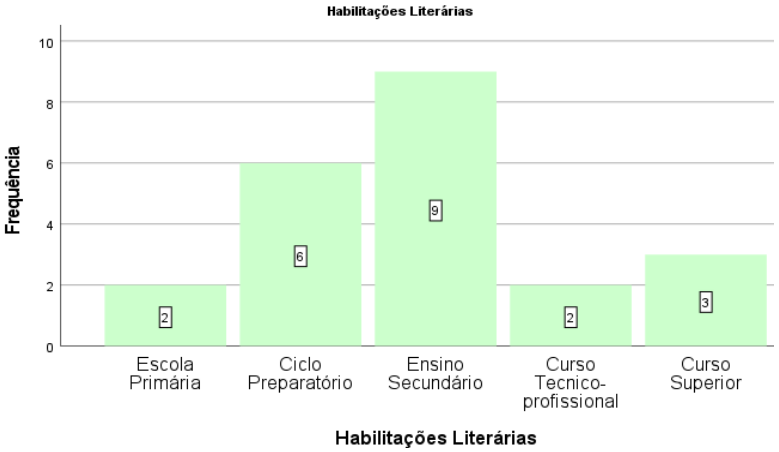


Relativamente a habilitações Literárias, entre os participantes predomina o Ensino Secundário com n=9 (40,9%).

Quadro 5-Distribuição da amostra por Habilitações literárias

Habilitações Literárias		
	n	%
Escola Primária	2	9,1%
Ciclo Preparatório	6	27,3%
Ensino Secundário	9	40,9%
Curso Técnico-profissional	2	9,1%
Curso Superior	3	13,6%
Total (N)	22	100%

Gráfico 4 - Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra por habilitações literárias

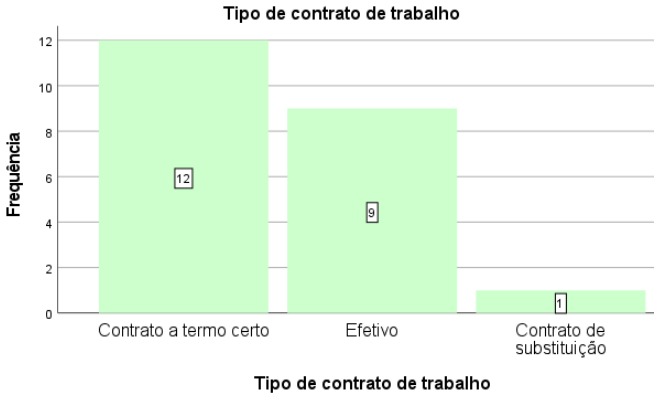


Relativamente ao vínculo laboral, o tipo de contrato predominante é o contrato a termo certo n=12 (54,5%) do total, sendo que 100% (n=22) dos elementos cumpre um período de 37 horas semanais de trabalho com o tipo de horário desfasado, e auferem como remuneração mensal o valor ≤ 710€ (n=21; 95,5%).

Quadro 6 - Distribuição da amostra por tipo de contrato

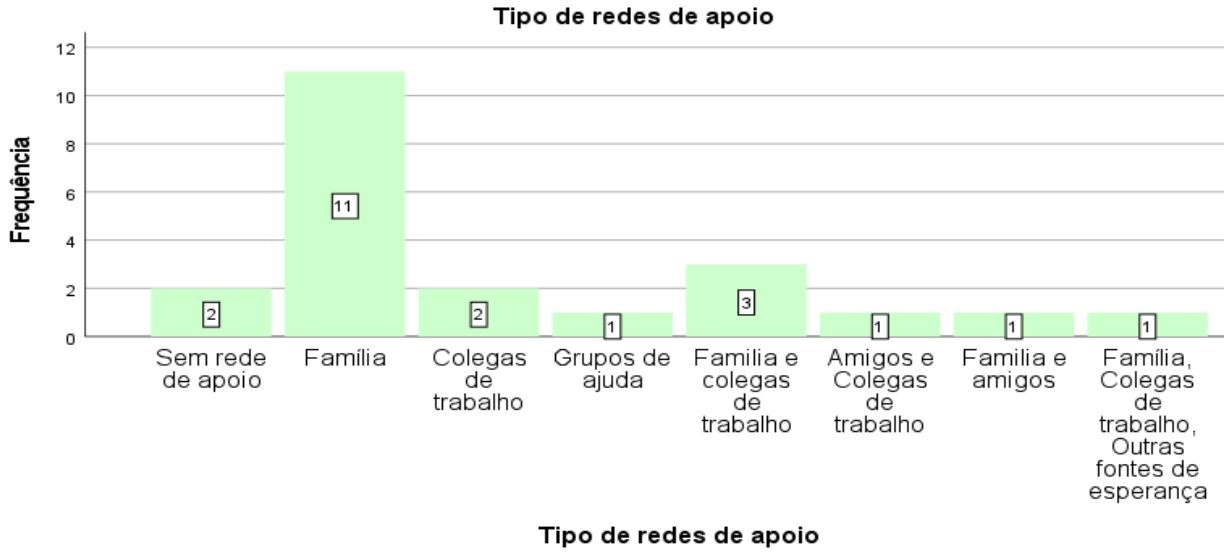
Tipo de contrato de trabalho		
	n	%
Contrato a Termo certo	12	54,5%
Efetivo	9	40,9%
Contrato de substituição	1	4,5%
Total (N)	22	100%

Gráfico 5- Distribuição dos elementos da amostra por tipo de contrato



A maioria, (86,4%; n=19) invoca escolha pessoal desta atividade profissional. Quase todos os participantes (n=20; 90,9%) refere ter redes de apoio em momentos de dificuldade, no entanto 2 elementos, 9,1% referem não ter redes de apoio que ajudem a lidar com situações de sofrimento e em momentos de dificuldade.

Gráfico 6- Distribuição dos elementos da amostra quanto a existência e tipo de redes de apoio para lidar com situações de sofrimento

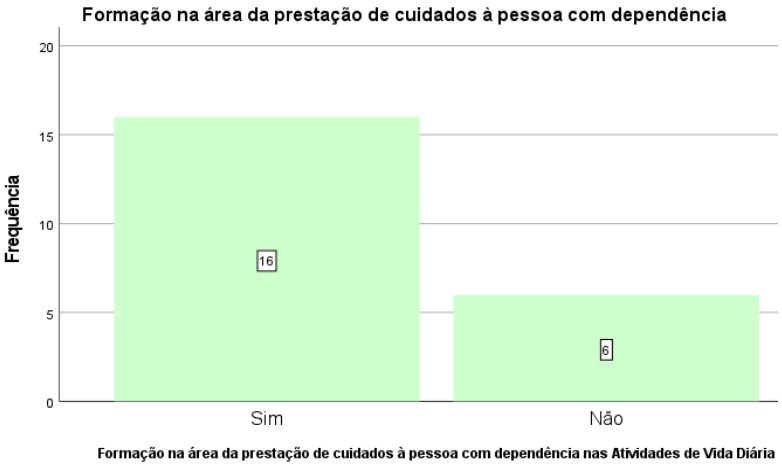


No que se refere à formação, 72,7% (n=16) têm formação na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência nas Atividades de Vida Diária, e 27,3% (n=6) não têm.

Quadro 7- Distribuição da amostra quanto a formação na área da dependência

Formação na área de cuidados à pessoa com dependência nas AVDs	n	%
Sim	16	72,7%
Não	6	27,3%
Total (N)	22	100%

Gráfico 7- Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra quanto a formação na área da prestação de cuidados a pessoa com dependência nas atividades de vida diárias

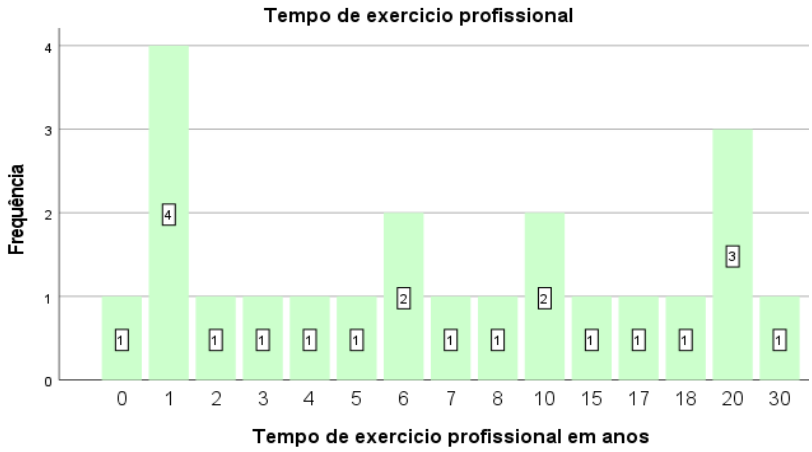


Apesar de em média estes AAD já trabalharem há mais de 9,3 (DP=8,369) anos (9 anos e 3 meses), a amostra não é homogénea no que se refere ao tempo de exercício profissional, existe um elemento com o mínimo de tempo de 10 meses e um elemento com o máximo de tempo de 30 anos.

Quadro 8- Caracterização da amostra quanto ao tempo exercício profissional

Tempo de trabalho na área		
N	Válido	22
	Omisso	0
Média		9,32
Mediana		6,50
Modo		1
Erro Desvio		8,369
Mínimo		0
Máximo		30

Gráfico 8- Distribuição dos elementos da amostra por tempo de exercício profissional na área dos cuidados à dependência

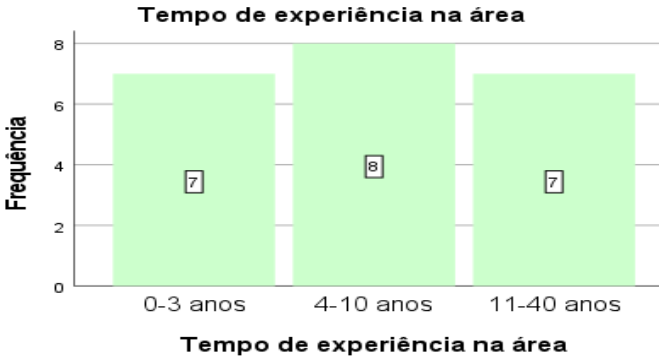


A maioria dos elementos 36,4% (n=8) tem entre 4 a 10 anos de tempo de experiência na área; e existem ainda dois grupos com o mesmo numero de elementos (n=7; 31,8%) cada, um com 0-3 anos de experiência, e outro com mais de 10 anos de experiência profissional.

Quadro 9- Distribuição da amostra pelo tempo de experiência na área

Tempo de experiência na área	n	%
0-3 anos	7	31,8%
4-10 anos	8	36,4%
11-40 anos	7	31,8%
Total (N)	22	100%

Gráfico 9- Distribuição dos elementos da amostra pelo tempo de experiência na área

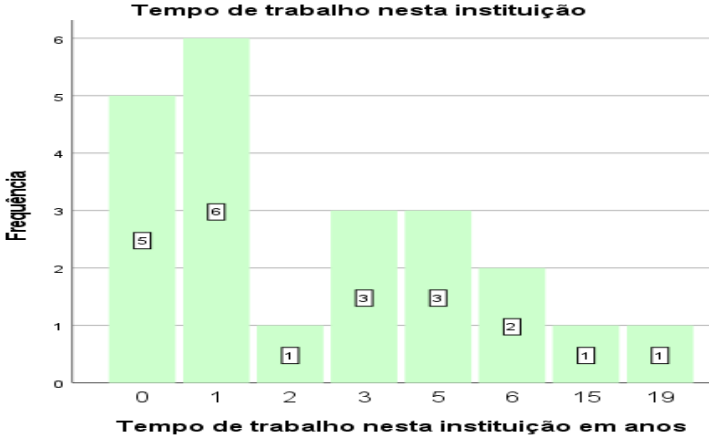


A maioria 54,5% (n=12) trabalha na instituição há menos de 3 anos, com 4 a 10 anos de tempo na instituição temos 22,7% (n=5), sendo que existem apenas 2 elementos 9,1%, que estão na instituição há mais de 10 anos, o que se reflete em numa média de tempo de trabalho na instituição de 3,55 anos.

Quadro 10- Caraterização da amostra pelo tempo de trabalho na instituição

Tempo de trabalho nesta instituição		
N	Válido	22
	Omisso	0
Média		3,55
Mediana		1,50
Modo		1
Erro Desvio		4,847
Mínimo		0
Máximo		19

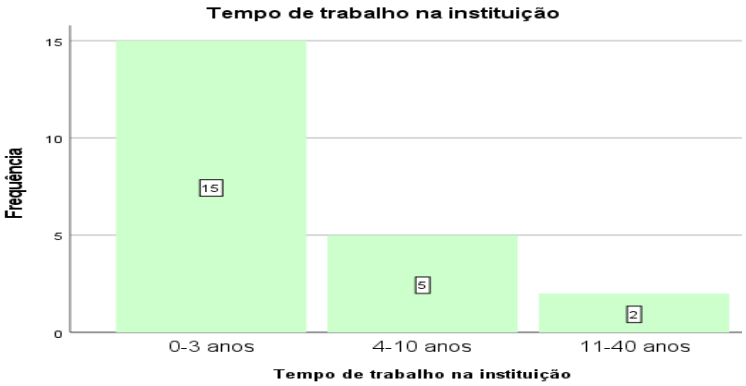
Gráfico 10- Representação gráfica da distribuição da amostra pelo tempo de trabalho na instituição



Quadro 11- Distribuição da amostra pelo tempo de trabalho na instituição

Tempo de trabalho na instituição	n	%
0-3 anos	15	68,2%
4-10 anos	5	22,7%
11-40 anos	2	9,1%
Total (N)	22	100%

Gráfico 11-Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra pelo tempo de trabalho na instituição

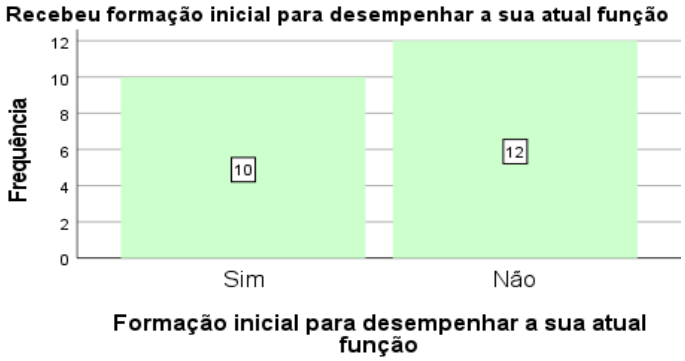


Os que admitem não ter recebido formação inicial para iniciar funções são 54,5% (n=12) e 45,5% (n=10) informam ter recebido formação, destes apenas 10% (n=1) manifestou dificuldade em aplicar o que aprendeu na formação e invocou limitações relacionadas com a saúde.

Quadro 12- Distribuição da amostra quanto a formação inicial para a função

Formação inicial para a função	n	%
Sim	10	45,5%
Não	12	54,5%
Total (N)	22	100%

Gráfico 12- Representação gráfica da distribuição dos elementos por formação Inicial para a função

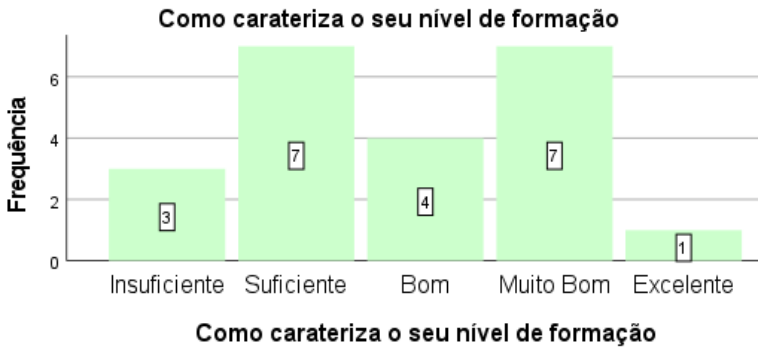


Relativamente a perceção do seu nível de formação na atividade profissional, 31,8% (n=7) refere muito bom, outros 31,8% (n=7) refere suficiente, 18,2% (n=4) refere bom, 13,6% (n=3) refere que é insuficiente e uma pessoa 4,5%, refere que é excelente.

Quadro 13-Distribuição da amostra sobre como carateriza o seu nível de formação

Perceção do nível de formação	n	%
Insuficiente	3	13,6%
Suficiente	7	31,8%
Bom	4	18,2%
Muito Bom	7	31,8%
Excelente	1	4,5%
Total (N)	22	100%

Gráfico 13-Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra sobre como carateriza o seu nível de formação

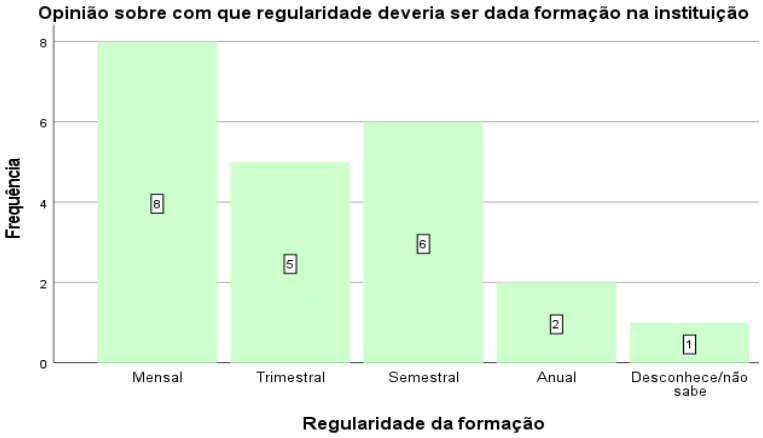


Todos (N=22; 100%) consideram importante a realização de ações de formação na instituição, com vista a melhoria do seu desempenho sendo que a maioria 36,4% (n=8) refere que deve ser mensal, 27,3% (n=6) semestral, 22,7% (n=5) trimestral, 9,1% (n=2) anual, e 4,5% (n=1) desconhece ou não sabe qual a sua opinião sobre com que regularidade deveria ser dada formação na instituição.

Quadro 14-Distribuição da amostra pela opinião sobre qual deveria ser a regularidade da formação

Regularidade da formação na instituição	n	%
Mensal	8	36,4%
Trimestral	5	22,7%
Semestral	6	27,3%
Anual	2	9,1%
Desconhece/não sabe	1	4,5%
Total (N)	22	100%

Gráfico 14- Representação gráfica da distribuição dos elementos da amostra sobre a opinião sobre qual deveria ser a regularidade da formação



Relativamente aos temas que gostassem de ver abordados, as respostas criaram a seguinte ordem: 1º- Segurança (n=13; 59,1%), 2º- Comunicação (n=7; 31,8%), 3º- Autonomia (n=8; 36,4%).

Quadro 15- Distribuição da amostra quanto a ordenação por preferência dos temas a serem abordados em formação

Tema escolhido para ser abordado em primeiro lugar	n	%	Temas escolhido para ser abordado em 2ª lugar	n	%	Tema escolhido para ser abordado em 3º lugar	n	%
Comunicação	1	4,50%	**Comunicação**	**7**	**31,80%**	Comunicação	3	13,60%
Autonomia	3	13,60%	Autonomia	2	9,10%	**Autonomia**	**8**	**36,40%**
Higiene	1	4,50%	Higiene	3	13,60%	Higiene	3	13,60%
Segurança	**13**	**59,10%**	Segurança	4	18,20%	Segurança	2	9,10%
Alimentação	3	13,60%	Alimentação	5	22,70%	Alimentação	4	18,20%
Eliminação	1	4,50%	Eliminação	1	4,50%	Eliminação	2	9,10%
Total (N)	22	100%	Total (N)	22	100%	Total (N)	22	100%

1.2. Caracterização das Necessidades de Formação da amostra

Considerou-se as respostas "com dificuldade" para aferir as necessidades formativas. Todos os itens foram descritos "com dificuldade", ou seja, pontuaram na escala (numérica e categórica) cuja abrangência pode ser esmiuçada no final deste documento no quadro 23. Relativamente à realização de atividades na área dos **Cuidados de Higiene e Conforto**, a amostra revelou maior dificuldade (n=15; 68,20%) na Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé), com resultado de 50 pontos, e na

Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas (N=10; 45,5%) com resultado de 45 pontos.

Quadro 16-Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados de higiene e conforto

Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de **cuidados de higiene e conforto** (N=22)							Posição
	Variáveis	**Grau de dificuldade**					
		Frequência absoluta n e relativas (%)					
B1.	Nível de dificuldade com que realiza as atividades na área de cuidados de Higiene e Conforto	**62,27% Sem dificuldade**		**37,73% Com dificuldade**		Pontuação	
		Sem (1 ponto)		Com (2,3,4,5)		Total	
		n	%	n	%	P	
1	Posicionamentos na cama	14	63,60%	8	36,40%	37	13º
2	Banho na cama	15	68,20%	7	31,80%	31	18º
3	Banho no chuveiro	13	59,10%	9	40,90%	36	14º
4	Lavagem dos dentes e próteses dentárias	14	63,60%	8	36,40%	34	16º
5	Higiene do cabelo	18	81,80%	4	18,20%	28	20º
6	Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas	12	54,50%	10	45,50%	45	7º
7	Adequação do vestuário ao clima	18	81,80%	4	18,20%	30	19º
8	Vestir/despir	14	63,60%	8	36,40%	37	13º
9	Mobilização	7	31,80%	15	68,20%	50	2º
10	Utilização de equipamentos adaptativos	12	54,50%	10	45,50%	39	12º
	Total	137	622,50%	83	377,50%	367	

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados com a **Alimentação,** a amostra somou 50 pontos e revelou maior dificuldade na Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação (intolerâncias, alergias, dificuldade a engolir, engasgamentos) com (n=14; 63,60%), na alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG) com (n=12; 54,5%), e na alimentação por Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG na sigla do inglês: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) com (n=11; 50%).

Quadro 17- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados com Alimentação

Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de **cuidados com Alimentação** (N=22)							
	Variáveis	**Grau de dificuldade**					
		Frequência absoluta n e relativas (%)					
B2.	Nível de dificuldade com que realiza as atividades na área de cuidados com a alimentação	**58,55% Sem dificuldade**		**41,55% Com dificuldade**		Pontuação	
		Sem (1 ponto)		Com (2,3,4,5)		Total	
		n	%	n	%	P	
1	Preparação de alimentos	15	68,20%	7	31,80%	32	17º
2	Alimentação oral (por colher)	17	77,30%	5	22,70%	30	19º
3	Alimentação por sonda nasogástrica	10	45,50%	12	54,50%	50	2º
4	Alimentação por PEG	11	50,00%	11	50,00%	50	2º
5	Administração de líquidos	15	68,20%	7	31,80%	36	14º
6	Adequar a consistência dos alimentos á necessidade da pessoa	14	63,60%	8	36,40%	36	14º
7	Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação	8	36,40%	14	63,60%	50	2º
	Total	90	409,80%	64	290,80%	284	

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados com a **Eliminação**, as respostas com maior representatividade e pontuação, revelando maior dificuldade, foram em Observar características da urina e das fezes (n=14; 63,60%) com 51 pontos, nos Cuidados ao utente com dispositivo urinário (n=12; 54,5%) com 50 pontos e na Identificação de possíveis problemas de eliminação (n=13; 59,10%) com 49 pontos.

Quadro 18 - Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados com Eliminação

Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de **cuidados com Eliminação** (N=22)							
	Variáveis	**Grau de dificuldade**					
		Frequência absoluta n e relativas (%)					
B3.	Nível de dificuldade com que realiza as atividades na área de cuidados de apoio à Eliminação	**53,66% Sem dificuldade**		**46,34% Com dificuldade**		Pontuação	
		Sem (1 ponto)		Com (2,3,4,5)		Total	
		n	%	n	%	P	
1	Colocação da fralda	19	86,40%	3	13,60%	28	20º
2	Cuidados ao utente algaliado	13	59,10%	9	40,90%	40	11º
3	Cuidados ao utente com dispositivo urinário	10	45,50%	12	54,50%	50	2º
4	Observar características da urina e das fezes	8	36,40%	14	63,60%	51	1º
5	Identificação de possíveis problemas de eliminação	9	40,90%	13	59,10%	49	3º
	Total	59	268,30%	51	231,70%	218	

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados para a promoção da **Autonomia**, a resposta com maior representatividade foi o Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue (n=11; 50%) com 40 pontos.

Quadro 19- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados de promoção de Autonomia

Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados **promoção de Autonomia** (N=22)							
	Variáveis	**Grau de dificuldade**					
		Frequência absoluta n e relativas (%)					
B4.	Nível de dificuldade com que realiza as atividades na área de cuidados de promoção de Autonomia	**61,36% Sem dificuldade**		**38,64% Com dificuldade**		Pontuação	
		Sem		Com		Total	
		n	%	n	%	P	
1	Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue	11	50%	11	50,00%	40	11º
2	Reforçar/elogiar as conquistas de autonomia nas variadas áreas	16	72,70%	6	27,30%	33	17º
	Total	27	123%	17	77,30%	73	

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados com a **Segurança,** a amostra revelou maior dificuldade (n=14; 63,60%) na Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa com 44 pontos, na Identificação de outros riscos de (maus-tratos, confusão, fuga) com (n=12; 54,5%) e 46 pontos, na

Quadro 20- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de cuidados promotores de segurança

Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na execução de **cuidados com Segurança** (N=22)							
	Variáveis	**Grau de dificuldade**					
		Frequência absoluta n e relativas (%)					
B5.	Nível de dificuldade com que realiza as atividades na área de promoção da Segurança	**63,64% Sem dificuldade**		**36,36% Com dificuldade**		Pontuação	
		Sem (1 ponto)		Com (2,3,4,5)		Total	
		n	%	n	%	P	
1	Utilizar equipamento de proteção individual (luvas, avental)	20	90,90%	2	9,10%	27	21º
2	Lavagem correta das mãos	20	90,90%	2	9,10%	24	23
3	Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas…)	17	77,30%	5	22,70%	32	17º
4	Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa	8	36,40%	14	63,60%	44	8º
5	Identificação de toma de medicamentos desadequada	11	50,00%	11	50,00%	45	7º
6	Identificação de outros riscos (maus-tratos, confusão, fuga…)	10	45,50%	12	54,50%	46	6º
7	Como proceder em situações de urgência/ emergência	12	54,50%	10	45,50%	44	8º
	Total	98	445,50%	56	254,50%	262	

Identificação de toma de medicamentos desadequada (n=11; 50%) com 45 pontos, e em Como proceder em situações de urgência/ emergência (n=10; 45,5%) com 44 pontos.

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados com a **Comunicação** as respostas com maior representatividade e pontuação, revelando maior dificuldade, foram em Lidar com o luto/morte/consolo (n=15; 68,20%) com 48 pontos, em Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição (n=13; 59,10%) com 47 pontos, em Identificar as necessidades sociais do idoso, em Adaptar atividades de lazer (n=13; 59,10%) com 43 pontos, e em Comunicar com o utente com limitações da fala (n=10; 45,50%) com 42 pontos.

Quadro 21- Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na comunicação

Distribuição da amostra quanto ao grau de dificuldade na área da **Comunicação** N=22)							
	Variáveis	**Grau de dificuldade**					
		Frequência absoluta n e relativas (%)					
B6.	Nível de dificuldade com que realiza as atividades na área da Comunicação	**54,55% Sem dificuldade**		**45,45% Com dificuldade**		Pontuação	
		Sem (1 ponto)		Com (2,3,4,5)		Total	
		n	%	n	%	Pontos	
1	Comunicar com o utente com limitações da fala	12	54,50%	10	45,50%	42	10º
2	Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição	9	40,90%	13	59,10%	47	5º
3	Interagir com cordialidade com a família da pessoa	18	81,80%	4	18,20%	26	22º
4	Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade	13	59,10%	9	40,90%	35	15º
5	Lidar com o luto/morte/consolo	7	31,80%	15	68,20%	48	4º
6	Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer	9	40,90%	13	59,10%	43	9º
7	Resolução de conflitos interpessoais	12	54,50%	10	45,50%	35	15º
8	Comunicar com a equipa multidisciplinar tendo em vista a continuidade dos cuidados	16	72,70%	6	27,30%	32	17º
	Total	96	436,20%	80	363,80%	308	

No Geral, as atividades onde houve mais respostas assinaladas “Com dificuldade” foram: Lidar com o luto/morte/consolo (n=15; 68,20% com 48 pontos); Mobilização (n=15; 68,20% com 50 pontos); Observar características da urina e das fezes (n=14; 63,60% com 51pontos); Identificação de problemas com alimentação (n=14; 63,60% com 50 pontos); Identificação e prevenção de condicionantes de queda (n=14; 63, 60% com 44 pontos); Identificação de possíveis problemas de eliminação (n=13; 59.10% com 49 pontos); Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição (n=13; 59,10% com 47 pontos); Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer (n=13;59,10% com 43 pontos).

O grau de dificuldade com que a amostra classificou cada atividade de apoio que desempenha, permitiu inferir evidência de necessidades formativas. Inicialmente o instrumento devolveu 39 problemas que se podem observar no Quadro 22.

Quadro 22- Lista ordenada de problemas, do maior para o de menor pontuação

Lista dos problemas ordenados do maior para o de menor pontuação, conforme respostas da amostra

n.º	Ordem	Variáveis	Sem dificuldade		Com dificuldade		Pontos
1	1º	Observar características da urina e das fezes	8	36,40%	14	63,60%	51
2	2º	Mobilização	7	31,80%	15	68,20%	50
3	2º	Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação (intolerâncias, alergias, dificuldade a engolir, engasgamentos)	8	36.4%	14	63,60%	50
4	2º	Alimentação por sonda nasogástrica	10	45,50%	12	54,50%	50
5	2º	Cuidados ao utente com dispositivo urinário	10	45,50%	12	54,50%	50
6	2º	Alimentação por PEG	11	50,00%	11	50,00%	50
7	3º	Identificação de possíveis problemas de eliminação	9	40,90%	13	59,10%	49
8	4º	Lidar com o luto/morte/consolo	7	31,80%	15	68,20%	48
9	5º	Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição	9	40,90%	13	59,10%	47
10	6º	Identificação de outros riscos (maus-tratos, confusão, fuga…)	10	45,50%	12	54,50%	46
11	7º	Identificação de toma de medicamentos desadequada	11	50,00%	11	50,00%	45
12	7º	Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas	12	54,50%	10	45,50%	45
13	8º	Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa	8	36,40%	14	63,60%	44
14	8º	Como proceder em situações de urgência/ emergência	12	54,50%	10	45,50%	44
15	9º	Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer	9	40,90%	13	59,10%	43
16	10º	Comunicar com o utente com limitações da fala	12	54,50%	10	45,50%	42
17	11º	Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue	11	50,00%	11	50,00%	40
18	11º	Cuidados ao utente algaliado	13	59,10%	9	40,90%	40
19	12º	Utilização de equipamentos adaptativos	12	54,50%	10	45,50%	39
20	13º	Posicionamentos na cama	14	63,60%	8	36,40%	37
21	13º	Vestir/despir	14	63,60%	8	36,40%	37
22	14º	Banho no chuveiro	13	59,10%	9	40,90%	36
23	14º	Adequar a consistência dos alimentos á necessidade da pessoa	14	63,60%	8	36,40%	36
24	14º	Administração de líquidos	15	68,20%	7	31,80%	36
25	15º	Resolução de conflitos interpessoais	12	54,50%	10	45,50%	35
26	15º	Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade	13	59,10%	9	40,90%	35
27	16º	Lavagem dos dentes e próteses dentárias	14	63,60%	8	36,40%	34
28	17º	Reforçar/elogiar as conquistas de autonomia nas mais variadas áreas	16	72,70%	6	27,30%	33
29	18º	Preparação de alimentos	15	68,20%	7	31,80%	32
30	18º	Comunicar com a equipa multidisciplinar tendo em vista a continuidade dos cuidados	16	72,70%	6	27,30%	32
31	18º	Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas…)	17	77,30%	5	22,70%	32
32	19º	Banho na cama	15	68,20%	7	31,80%	31
33	20º	Alimentação oral (por colher)	17	77,30%	5	22,70%	30
34	20º	Adequação do vestuário ao clima	18	81,80%	4	18,20%	30
35	21º	Higiene do cabelo	18	81,80%	4	18,20%	28
36	21º	Colocação da fralda	19	86,40%	3	13,60%	28
37	22º	Utilizar equipamento de proteção individual (luvas, avental)	20	90,90%	2	9,10%	27
38	23º	Interagir com cordialidade com a família da pessoa	18	81,80%	4	18,20%	26
39	24º	Lavagem correta das mãos	20	90,90%	2	9,10%	24

Legenda: Sem dificuldade | Com dificuldade | Mais importantes | Relativamente importantes | Pouco importantes

No entanto é de ressalvar que existem atividades com menos frequências na resposta “com dificuldade”, mas com pontuações comparativamente altas. Destaca-se a Alimentação por PEG que com n=11; 50%, tem 50 pontos, a mesma pontuação que

Mobilização com n=15 pessoas a responderem “com dificuldade” e Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas (n=10; 45,50%) com 45 pontos. Estes resultados devem-se ao fato deste item da escala ter sido descrito com maior dificuldade, tendo mais respostas nos três últimos graus de dificuldade da escala de likert (numérica e categórica) do questionário. Nota-se que maior frequência de respostas não é indicador de maior necessidade formativa, conforme o achado do item Resolução de conflitos interpessoais que com (n=10; 45,5%, tem uma pontuação de 35 pontos. A Explicar o fenómeno está que 7 das 10 pessoas que responderam com dificuldade, assinalaram na escala numérica de likert o primeiro grau de dificuldade a opção “raramente tenho dificuldade” pontuada com 2 pontos.

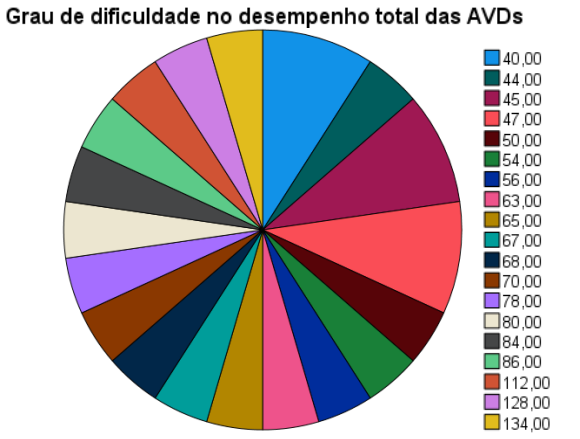
Ao realizar o teste de correlação de variáveis a partir do coeficiente de correlação de tau_b de Kendall, constatou-se uma correlação positiva, moderada e significativa (Ƭ= ,675**) entre o grau de dificuldade total e a avaliação de necessidades formativas. Este resultado indica que quanto maior a dificuldade na execução de funções, maior a necessidade de formação.

De acordo com as respostas á escala de likert, classificou-se o grau de necessidades formativas, assim um elemento com pontuação de 0-39 pontos refere que não tem dificuldade a executar as funções, logo não tem necessidade de formação específica. O quadro 23 apresenta as restantes classificações. Importa referir que a distribuição do grau de necessidades formativas da amostra por elemento revela que 100% (N22) refere que tem dificuldade no desempenho de funções.

Quadro 23- Distribuição do grau das necessidades Formativas

Pontuação	**Avaliação de Necessidade Formativas**		
0 – 39	Sem necessidade de formação	N	%
40 - 195	Com necessidade de formação		
40 – 78	Baixa Necessidade de formação	16	72,7%
79 - 117	Média Necessidade de formação	4	18,2%
118 - 156	Alta Necessidade de formação	2	9,1%
157 - 195	Extrema Necessidade de formação		

Gráfico 15- Distribuição do grau de dificuldade



Abaixo apresentam-se o quadro 24 com o detalhe da sensibilidade e amplitude da escala de likert sobre o grau de dificuldade, e o quadro 25 com a distribuição dos indicadores para avaliação do grupo segundo o modelo de sistema de Betty Neuman.

Detalhe do tratamento de dados da parte B do instrumento de colheita de dados

Quadro 24 - Medição da Evidência de dificuldade no desempenho das funções de apoio nas atividades de autocuidado de saúde (detalhe da escala de likert)

Medição da Evidência de dificuldade na área de execução de cuidados de higiene e conforto (N=22)																Posição
Variáveis		Grau de dificuldade														
		Frequência absoluta (n) e Frequências relativas (%)														
B1.	Atividades na área de Higiene e Conforto	Sem dificuldade		Com dificuldade		Com dificuldade								Pontuação		
	Grau de dificuldade	Sem (1 ponto)		Com		Raramente (2)		Alguma (3)		Muita (4)		Sempre (5)		Total		
	Frequências Absolutas (n) e relativas (%)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P		
1	Posicionamentos na cama	14	63,60%	8	36,40%	2	9,10%	5	22,70%	1	4,50%	0	0%	37		13º
2	Banho na cama	15	68,20%	7	31,80%	5	22,70%	2	9,10%	0	0%	0	0%	31		18º
3	Banho no chuveiro	13	59,10%	9	40,90%	4	18,20%	5	22,70%	0	0%	0	0%	36		14º
4	Lavagem dos dentes e próteses dentárias	14	63,60%	8	36,40%	6	27,30%	1	4,50%	0	0%	1	4,50%	34		16º
5	Higiene do cabelo	18	81,80%	4	18,20%	3	13,60%	0	0%	1	4,50%	0	0%	28		20º
6	Avaliação da pele e cuidados incluindo as unhas	12	54,50%	10	45,50%	3	13,60%	3	13,60%	2	9,10%	2	9,10%	45		7º
7	Adequação do vestuário ao clima	18	81,80%	4	18,20%	2	9,10%	1	4,50%	0	0%	1	4,50%	30		19º
8	Vestir/despir	14	63,60%	8	36,40%	3	13,60%	4	18,20%	0	0%	1	4,50%	37		13º
9	Mobilização	7	31,80%	15	68,20%	5	22,70%	8	36,40%	1	4,50%	1	4,50%	50		2º
10	Utilização de equipamentos adaptativos	12	54,50%	10	45,50%	4	18,20%	5	22,70%	1	4,50%	0	0%	39		12º
	Frequência total	137	622,50%	83	377,50%	37	168,10%	34	154,40%	6	27,10%	6	27%	367		
		137	62,27%	83	37,73%	74		102		24		30		367		
Medição da Evidência de dificuldade na área de execução de cuidados com Alimentação (N=22)																
Variáveis		Grau de dificuldade														
		Frequência absoluta (n) e Frequências relativas (%)														
B2.	Atividades na área de alimentação	Sem dificuldade		Com dificuldade		Com dificuldade								Pontuação		
	Grau de dificuldade	Sem (1 ponto)		Com		Raramente (2)		Alguma (3)		Muita (4)		Sempre (5)		Total		
	Frequências Absolutas (n) e relativas (%)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P		
1	Preparação de alimentos	15	68,20%	7	31,80%	4	18,20%	3	13,60%	0	0%	0	0%	32		18º
2	Alimentação oral (por colher)	17	77,30%	5	22,70%	4	18,20%	0	0%	0	0%	1	4,50%	30		19º
3	Alimentação por sonda nasogástrica	10	45,50%	12	54,50%	3	13,60%	4	18,20%	3	13,60%	2	9,19%	50		2º
4	Alimentação por PEG	11	50,00%	11	50,00%	2	9,19%	3	13,60%	4	18,20%	2	9,19%	50		2º
5	Administração de líquidos	15	68,20%	7	31,80%	3	13,60%	2	9,19%	1	4,50%	1	4,50%	36		14º
6	Adequar a consistência dos alimentos á necessidade da pessoa	14	63,60%	8	36,40%	3	13,60%	4	18,20%	1	4,50%	0	0%	36		14º
7	Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação	8	36,40%	14	63,60%	5	22,70%	5	22,70%	3	13,60%	1	4,50%	50		2º
	Total	90	409,20%	64	290,80%	24	109,09%	21	95,49%	12	54,00%	7	32,00%	284		
		90	58,55%	64	41,55%	48		63		48		35		284		

Medição da Evidência de dificuldade na área de execução de cuidados com Eliminação (N=22)																
Variáveis		**Grau de dificuldade**														
		Frequência absoluta (n) e Frequências relativas (%)														
B3.	Atividades na área de Eliminação	**Sem dificuldade**		**Com dificuldade**		**Com dificuldade**								Pontuação		
	Grau de dificuldade	Sem (1 ponto)		Com		Raramente (2)		Alguma (3)		Muita (4)		Sempre (5)		Total		
	Frequências Absolutas (n) e relativas (%)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P		
1	Colocação da fralda	19	86,40%	3	13,60%	2	9,10%	0	0%	0	0%	1	4,50%	28	20º	
2	Cuidados ao utente algaliado	13	59,10%	9	40,90%	3	13,60%	4	18,20%	1	4,50%	1	4,50%	40	11º	
3	Cuidados ao utente com dispositivo urinário	10	45,50%	12	54,50%	2	9,19%	7	31,80%	0	0%	3	13,60%	50	2º	
4	Observar características da urina e das fezes	8	36,40%	14	63,60%	5	22,70%	5	22,70%	2	9,19%	2	9,19%	51	1º	
5	Identificação de possíveis problemas de eliminação	9	40,90%	13	59,10%	3	13,60%	7	31,80%	2	9,19%	1	4,50%	49	3º	
	Total	59	268,30%	51	231,70%	15	68,19%	23	105%	5	23%	8	36,29%	218		
		59	53,66%	51	46,34%	30	136,38%	69	209%	20	46%	40	72,58%	218		
Medição da Evidência de dificuldade na área de execução de cuidados com promoção de Autonomia (N=22)																
		Frequência absoluta (n) e Frequências relativas (%)														
B4.	Atividades na área de promoção de Autonomia	**Sem dificuldade**		**Com dificuldade**		**Com dificuldade**								Pontuação		
	Grau de dificuldade	Sem (1 ponto)		Com		Raramente (2)		Alguma (3)		Muita (4)		Sempre (5)		Total		
	Frequências Absolutas (n) e relativas (%)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P		
1	Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue	11	50,00%	11	50,00%	6	27,30%	4	18,20%	0	0%	1	4,50%	40	11º	
2	Reforçar/elogiar as conquistas de autonomia nas variadas áreas	16	72,70%	6	27,30%	3	13,60%	2	9,10%	0	0%	1	4,50%	33	17º	
	Total	27	122,70%	17	77,30%	9	40,90%	6	27,30%	0	0%	2	9,00%	73		
		27	61,36%	17	38,64%	18		18		0		10		73		
Medição da Evidência de dificuldade na área de execução de cuidados com Segurança (N=22)																
Variáveis		**Grau de dificuldade**														
		Frequência absoluta (n) e Frequências relativas (%)														
B5.	Atividades na área de Segurança	**Sem dificuldade**		**Com dificuldade**		**Com dificuldade**								Pontuação		
	Grau de dificuldade	Sem (1 ponto)		Com		Raramente (2)		Alguma (3)		Muita (4)		Sempre (5)		Total		
	Frequências Absolutas (n) e relativas (%)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P		
1	Utilizar equipamento de proteção individual (luvas, avental)	20	90,90%	2	9,10%	1	4,50%	0	0%	0	0%	1	4,50%	27	21º	
2	Lavagem correta das mãos	20	90,90%	2	9,10%	2	9,10%	0	0%	0	0%	0	0%	24	24	
3	Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas…)	17	77,30%	5	22,70%	2	9,10%	2	9,10%	0	0%	1	4.5%	32	18º	
4	Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa	8	36,40%	14	63,60%	8	36,40%	4	18,20%	2	9,10%	0	0%	44	8º	
5	Identificação de toma de medicamentos desadequada	11	50,00%	11	50,00%	3	13,60%	4	18,20%	4	18,20%	0	0%	45	7º	
6	Identificação de outros riscos (maus-tratos, confusão, fuga…)	10	45,50%	12	54,50%	5	22,70%	3	13,60%	3	13,60%	1	4,50%	46	6º	
7	Como proceder em situações de urgência/ emergência	12	54,50%	10	45,50%	2	9,10%	5	22,70%	2	9,10%	1	4,50%	44	8º	
	Total	98	445,50%	56	254,50%	23	104,50%	18	82%	11	50%	4	14%	262		

		98	63,64%	56	36,36	46		54		44		20		262	
Medição da Evidência de dificuldade na área de Comunicação N=22)															
Variáveis		**Grau de dificuldade**													
		Frequência absoluta (n) e Frequências relativas (%)													
B6.	Atividades na área de Comunicação	**Sem dificuldade**		**Com dificuldade**		**Com dificuldade**								Pontuação	
	Grau de dificuldade	Sem (1 ponto)		Com		Raramente (2)		Alguma (3)		Muita (4)		Sempre (5)		Total	
	Frequências Absolutas (n) e relativas (%)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	P	
1	Comunicar com o utente com limitações da fala	12	54,50%	10	45,50%	3	13,60%	5	22,70%	1	4,50%	1	4,50%	42	10º
2	Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição	9	40,90%	13	59,10%	6	27,30%	4	18,20%	1	4,50%	2	9,10%	47	5º
3	Interagir com cordialidade com a família da pessoa	18	81,80%	4	18,20%	4	18,20%	0	0%	0	0%	0	0%	26	22º
4	Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade	13	59,10%	9	40,90%	7	31,80%	1	4,50%	0	0%	1	4,50%	35	15º
5	Lidar com o luto/morte/consolo	7	31,80%	15	68,20%	9	40,90%	3	13,60%	1	4,50%	2	9,10%	48	4º
6	Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer	9	40,90%	13	59,10%	7	40,90%	5	22,70%	0	0%	1	4,50%	43	9º
7	Resolução de conflitos interpessoais	12	54,50%	10	45,50%	7	31,80%	3	13,60%	0	0%	0	0%	35	15º
8	Comunicar com a equipa multidisciplinar p/ continuidade dos cuidados	16	72,70%	6	27,30%	2	9,10%	4	18,20%	0	0%	0	0%	32	17º
	Total Frequências	96	436,20%	80	363,80%	45	213,60%	25	113,50%	3	13,50%	7	31,70%	308	
		96	54,55%	80	45,45%	90		75		12		35		308	

Quadro 25 - Distribuição de indicadores do questionário para apreciação do grupo segundo o modelo de Betty Neuman

Sistema	Quadro com a distribuição de indicadores do questionário para apreciação do grupo segundo o modelo de Betty Neuman				
cliente	Variáveis contexto intrasistémico				
AAD	**Funcionamento**	**Psicológicas**	**Desenvolvimento**	**Sociocultural**	**Espiritual**
core	100% por sexo Feminino			9,1% ensino primário	
	6% idade entre: 30-39			27,3% ciclo preparatório	
	8% idade entre: 40-49			49,90 % Ensino secundário	
	5% idade entre: 50-59			9,10% curso técnico-profissional	
	3% idade entre: 60-69			13,60% curso superior	
	22,70% solteiros/ União Fato			86,40% portuguesa	
Linhas de Resistência	59,10% casados			4,5% brasileira	90,9% que recebe apoio
	13,60% divorciado/separado	86,40% a função foi escolha pessoal		4,5% angolana	72,6% recebe apoio da família
	4,50%Viúvo	13,60% a função não foi escolha pessoal		4,5% santomense	4,5% recebe apoio de amigos
	40,90% contrato Efetivo			72,70% com formação na área	4,5% recebe apoio de grupos ajuda
	4,5% contrato de substituição	**38,68%** com dificuldade de promover a autonomia do utente	31,80% com 0 a 3 anos de tempo de experiência na área	45,50 recebeu formação inicial	31,7% recebe apoio de colegas
	54,5% Contrato a termo certo	61,35% sem dificuldade de promover a autonomia do utente	36,40% com 4 a 10 anos tempo de experiência na área	95,50% rendimento ≤ 700	9,1% não recebe apoio
Linha normal de defesa	**37,72%** com dificuldade a executar atividades de higiene e conforto	**45,48%** com dificuldade na comunicação	31,80% com mais de 10 anos de tempo de experiência	4,50% rendimento ≤1000	68,3% não identificam os colegas como rede de apoio
	62,27% sem dificuldade a executar atividades de higiene e conforto	54,52% sem dificuldade na comunicação	54,50% que não recebeu formação inicial		
	41,56% com dificuldade a executar atividades de alimentação		23,30% sem formação na área		
	58,44% sem dificuldade a executar atividades de alimentação		9,1% há mais de 10 anos na instituição		
	46,34% com dificuldade a executar atividades de eliminação		22,70% há 4 a 10 anos na instituição		

	53,66% sem dificuldade a executar atividades de eliminação		68,20% com 0 a 3 anos na instituição		
	36,36% com dificuldade a executar atividades promotoras de segurança		13,60% que consideram o nível de formação insuficiente		
	63,64% sem dificuldade a executar atividades promotoras de segurança		31,80% que consideram o nível de formação suficiente		
			18,20% que consideram o nível de formação bom		
	100% com horário desfasado		31,80% que consideram o nível de formação muito bom		
			4,5% que consideram o nível de formação excelente		
			36,40% que gostaria de receber formação Mensal		
			22,70% que gostaria de receber formação Trimensal		
			27,30% que gostaria de receber formação Semestral		
			9,10% que gostaria de receber formação anual		
Linha flexível de defesa		4,1% sente dificuldade em aplicar conhecimentos iniciais	100% que considera importante a realização de ações de formação em serviço		
			4,10% que não sabe com que periodicidade gostaria de receber formação		
			59,1% preferiu o tema segurança em 1º lugar		
			31,80% preferiu o tema comunicação 2º lugar		
			36,40% preferiu o tema autonomia em 3ª lugar		

APÊNDICE 14: Organização das variáveis do sistema cliente no core e nas linhas

Resultados do sistema cliente às questões do questionário

Neste sistema cliente o perfil apresenta-se como sendo composto unicamente por elementos do sexo feminino (100%) adultos, o que consiste com a literatura que diz que o cuidar é uma atividade de mulheres. É um sistema cliente homogéneo na variável idade, com uma média de 46,32 anos (DP=8,71), que estão compreendidas entre o mínimo de 33 e o máximo de 63 anos, sendo que a faixa etária predominante é a dos 40-49 anos com n=8 dos participantes, o que equivale a uma frequência relativa de 36,4%. Estes resultados são coerentes com a literatura (OCDE, 2020) que diz que esta profissão é maioritariamente de mulheres de meia-idade, e que este determinante de saúde imprime por si vulnerabilidade ao sistema cliente com 59,1% (n=13) de casados, o que representa responsabilidades familiares - fator apresentado como obstáculo que desencoraja a participação em atividades de formação (European Commission *et al.*, 2021). A nacionalidade portuguesa reflete 86,4% (n=19) do sistema cliente. Também nesta variável as caraterísticas, e desafios são similares ao perfil descrito por OCDE, 2020 para este grupo profissional onde consta que 1 trabalhador de cuidados diretos em cada 5 são estrangeiros. Relativamente a habilitações Literárias 40,9% (n=9) respondeu que tem o Ensino Secundário.

Relativamente ao vínculo laboral a maioria 54,5% do total (n=12) tem contrato a termo certo, e auferem uma remuneração ≤ 710€ (n=21; 95,5%) referente ao salário mínimo nacional, o que é consistente com a baixa remuneração enumerada pela literatura. O sistema cliente tem 100% dos elementos a trabalhar 37 horas semanais (n=22) com o tipo de horário desfasado cobrindo 12 horas de assistência contratualizada.

A maioria dos AAD, 86,4% (n=19), invoca escolha pessoal desta atividade profissional e quase todos os participantes (n=20; 90,9%) refere ter redes de apoio que ajudem a lidar com situações de sofrimento e em momentos de dificuldade. Estes dados são forças positivas que fortalecem as linhas de resistência do sistema cliente. De notar que apenas (n=7) 31,8% dos elementos identificam os colegas como rede de apoio, o que pode ser reflexo do fato de a maioria dos elementos do sistema cliente estar há menos de 3 anos a trabalhar juntos na instituição.

No que se refere à formação, 72,7% (n=16) refere que têm formação na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência nas Atividades de Vida Diária.

Este dado contrasta com as habilitações literárias onde não é espelhada a formação especifica para a função, pelo que se conclui que a formação foi não formal ou informal em contextos de trabalho durante o tempo de exercício profissional, como descrito por OCDE, 2020. Na entrevista a informantes-chave foi descrito que este tipo de experiência profissional é preferido à formação especifica na área pelos empregadores para contratar colaboradores.

Apesar de em média estes AAD já trabalharem há mais de 9,35 anos o sistema cliente não é homogéneo no que se refere ao tempo de trabalho na área, existe um elemento com o mínimo de tempo de 1 mês e um elemento com o máximo de tempo de 30 anos, a maioria dos elementos 36,4% (n=8,) tem entre 4 a 10 anos de tempo de trabalho na área; e existem dois grupos com 7 elementos cada, 31,8% respetivamente com 0-3 anos, e com mais de 10 anos de experiência profissional, demonstrando que relativamente a experiência profissional existe equilíbrio no sistema cliente. Os que admitem não ter recebido formação inicial para iniciar funções são 54,5% (n=12) e 45,5% (n=10) informam ter recebido, destes apenas 4,5% (n=1) manifestou dificuldade em aplicar o que aprendeu na formação e invocou limitações relacionadas com a sua saúde. A maioria 68,2% (n=15) trabalha na instituição há menos de 3 anos, com 4 a 10 anos de tempo na instituição temos 22,7% (n=5), sendo que existem apenas 2 elementos 9,1%, que estão na instituição há mais de 10 anos, o que se reflete em uma média de tempo de trabalho na instituição de 3,6 anos. Este dado comparado com o tempo de experiência profissional reflete a grande rotatividade, e a par das condições laborais a precariedade desta ocupação profissional.

Relativamente a caraterização do seu nível de formação na atividade profissional, uma pessoa, 4,5%, refere que é excelente, 31,8% (n=7) refere muito bom, 18,2% (n=4) refere bom, 31,8% (n=7) refere suficiente e 13,6% (n=3) refere que é insuficiente. A perceção do nível de formação reduzido por 45,4% pelo sistema cliente, revela que existe margem para melhorar. Todos (n=22; 100%) consideram importante a realização de ações de formação na instituição com vista a melhoria do seu desempenho, pelo que se infere que está demonstrada disposição para aprender e aumentar o conhecimento sobre prestação de apoio no autocuidado. Apesar de 4,5% (n=1) desconhecer ou não saber qual a sua opinião sobre com que regularidade deveria ser dada formação na instituição, 36,4% (n=8) refere que deve ser mensal, 22,7% (n=5) trimestral, 27,3% (n=6) semestral, e 9,1% (n=2) anual. Os AAD responderam que preferem ver abordado em 1º- o tema da segurança (n=13; 59,1%), em 2º- o tema da

comunicação (n=7; 31,8%), e em 3º- o tema da autonomia (n=8; 36,4%). Estes dados demonstram que o grupo com maior consenso dos elementos está disponível para participar em sessões de formação mensalmente.

Relativamente a perceção do grau de dificuldade dos AAD no desempenho das funções de apoio nas AVDs para o autocuidado de saúde das pessoas em situação de dependência, os resultados, que se podem esmiuçar nos quadros 16,17,18,19 20 e 21 do apêndice 13, foram os seguintes: Na realização de atividades na área dos **Cuidados de Higiene e Conforto**, o sistema cliente revelou maior dificuldade (n=15; 68,20%) na Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé), com resultado de 50 pontos, e na Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas (N=10; 45,5%) com resultado de 45 pontos.

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados com a **Alimentação,** o sistema cliente somou 50 pontos e revelou maior dificuldade na Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação (intolerâncias, alergias, dificuldade a engolir, engasgamentos) com (n=14; 63,60%), na alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG) com (n=12; 54,5%), e na alimentação por Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG na sigla do inglês: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) com (n=11; 50%).

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados de apoio á **Eliminação**, as respostas com maior representatividade e pontuação, revelando maior dificuldade, foram em Observar características da urina e das fezes (n=14; 63,60%) com 51 pontos, nos Cuidados ao utente com dispositivo urinário (n=12; 54,5%) com 50 pontos e na Identificação de possíveis problemas de eliminação (n=13; 59,10%) com 49 pontos.

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados para a promoção da **Autonomia**, a resposta com maior representatividade foi o Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue (n=11;50%) com 40 pontos.

Relativamente à realização de atividades na área dos cuidados com a **Segurança,** o sistema cliente revelou maior dificuldade (n=14; 63,60%) na Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa com 44 pontos, na Identificação de outros riscos (maus-tratos, confusão, fuga) com (n=12; 54,5%) e 46 pontos, na Identificação de toma de medicamentos desadequada (n=11; 50%) com 45 pontos, e em Como proceder em situações de urgência/ emergência (n=10; 45,5%) com 44 pontos.

Relativamente à realização de atividades na área da **Comunicação** as respostas com maior representatividade e pontuação, revelando maior dificuldade, foram em Lidar com o luto/morte/consolo (n=15; 68,20%) com 48 pontos, em Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição (n=13; 59,10%) com 47 pontos, em Identificar as necessidades sociais do idoso, em Adaptar atividades de lazer (n=13; 59,10%) com 43 pontos, e em Comunicar com o utente com limitações da fala (n=10; 45,50%) com 42 pontos.

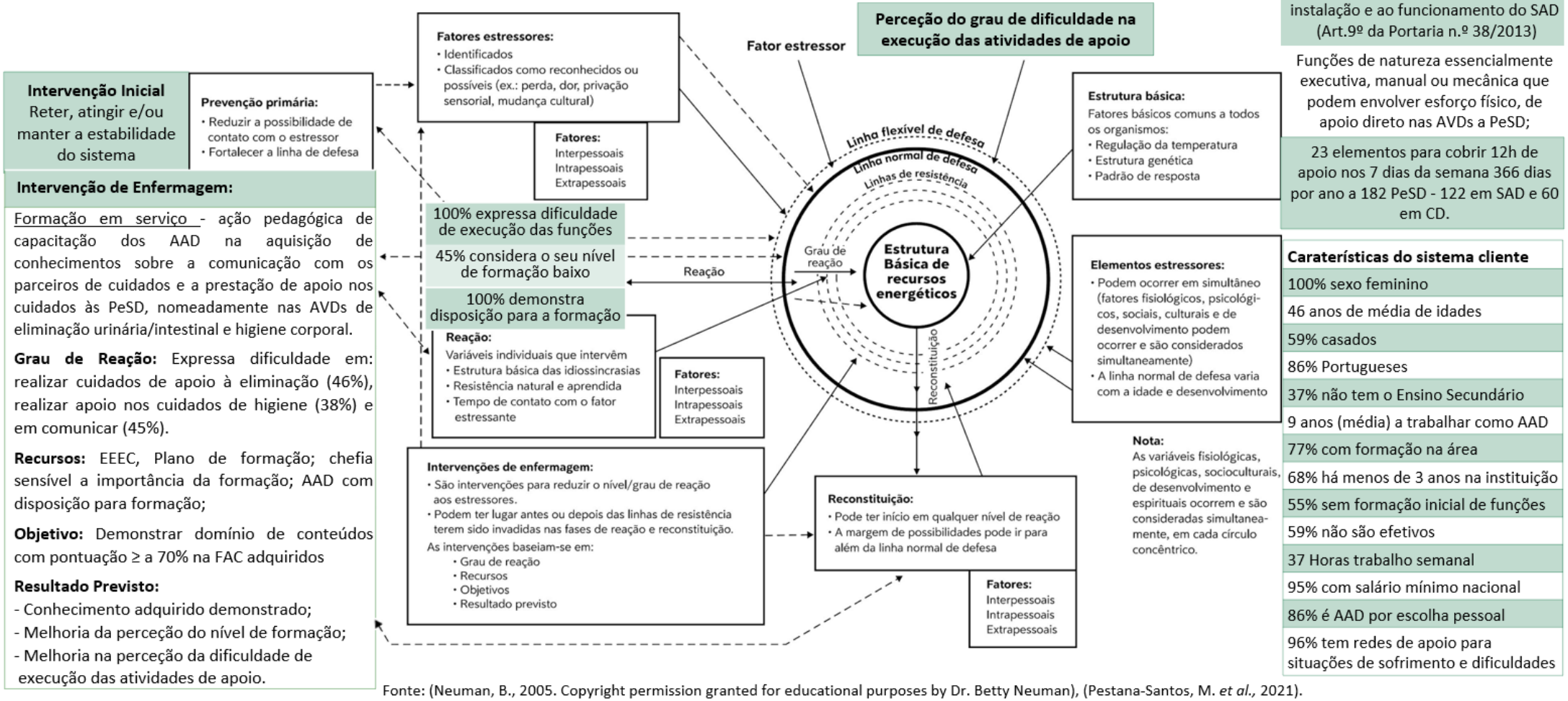
As atividades onde houve mais respostas assinaladas "Com dificuldade" foram: Lidar com o luto/morte/consolo (n=15; 68,20% com 48 pontos); Mobilização (n=15; 68,20% com 50 pontos); Observar características da urina e das fezes (n=14; 63,60% com 51pontos); Identificação de problemas com alimentação (n=14; 63,60% com 50 pontos); Identificação e prevenção de condicionantes de queda (n=14; 63, 60% com 44 pontos); Identificação de possíveis problemas de eliminação (n=13; 59.10% com 49 pontos); Comunicar com o utente com limitações na visão e/ ou audição (n=13; 59,10% com 47 pontos); Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer (n=13;59,10% com 43 pontos).

O grau de dificuldade com que a amostra classificou cada atividade de apoio que desempenha, permitiu inferir evidência de necessidades formativas. Inicialmente o instrumento devolveu 39 problemas (necessidades formativas) que se podem observar no Quadro-22 do apêndice 13. É de ressalvar que existem atividades com menos frequências na resposta "com dificuldade", mas com pontuações comparativamente altas. Destaca-se a Alimentação por PEG que com n=11; 50%, tem 50 pontos, a mesma pontuação que Mobilização com n=15 pessoas a responderem "com dificuldade". Estes resultados devem-se ao fato deste item da escala ter sido descrito com maior dificuldade, tendo mais respostas nos três últimos graus de dificuldade da escala de likert (numérica e categórica) do questionário. Nota-se que maior frequência de respostas não é indicador de maior necessidade formativa, conforme o achado do item Resolução de conflitos interpessoais que com n=10; 45,5% de respostas com dificuldade, tem uma pontuação de apenas 35 pontos. A Explicar o fenómeno está que 7 das 10 respostas com dificuldade, assinalaram na escala numérica o primeiro grau de dificuldade, a opção "raramente tenho dificuldade", pontuada com 2 pontos.

De seguida apresenta-se as variáveis do sistema cliente num esquema gráfico do Modelo de Sistemas de Betty Neumam sobre o core a as linhas que o envolvem:

Esquema gráfico do Modelo de Betty Neuman sobre o sistema cliente

MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN (adaptado)



Intervenção de Enfermagem:

Formação em serviço - ação pedagógica de capacitação dos AAD na aquisição de conhecimentos sobre a comunicação com os parceiros de cuidados e a prestação de apoio nos cuidados às PeSD, nomeadamente nas AVDs de eliminação urinária/intestinal e higiene corporal.

Grau de Reação: Expressa dificuldade em: realizar cuidados de apoio à eliminação (46%), realizar apoio nos cuidados de higiene (38%) e em comunicar (45%).

Recursos: EEEC, Plano de formação; chefia sensível a importância da formação; AAD com disposição para formação;

Objetivo: Demonstrar domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na FAC adquiridos

Resultado Previsto:
- Conhecimento adquirido demonstrado;
- Melhoria da perceção do nível de formação;
- Melhoria na perceção da dificuldade de execução das atividades de apoio.

Estrutura básica de Funcionamento
Sistema cliente (grupo de AAD)

Unidade básica e indispensável à instalação e ao funcionamento do SAD (Art.9º da Portaria n.º 38/2013)

Funções de natureza essencialmente executiva, manual ou mecânica que podem envolver esforço físico, de apoio direto nas AVDs a PeSD;

23 elementos para cobrir 12h de apoio nos 7 dias da semana 366 dias por ano a 182 PeSD - 122 em SAD e 60 em CD.

Caraterísticas do sistema cliente
100% sexo feminino
46 anos de média de idades
59% casados
86% Portugueses
37% não tem o Ensino Secundário
9 anos (média) a trabalhar como AAD
77% com formação na área
68% há menos de 3 anos na instituição
55% sem formação inicial de funções
59% não são efetivos
37 Horas trabalho semanal
95% com salário mínimo nacional
86% é AAD por escolha pessoal
96% tem redes de apoio para situações de sofrimento e dificuldades

Fonte: (Neuman, B., 2005. Copyright permission granted for educational purposes by Dr. Betty Neuman), (Pestana-Santos, M. *et al.,* 2021).

APÊNDICE 15: Síntese Plano de Cuidados de Enfermagem

Síntese plano de cuidados de enfermagem fundamentado no processo de enfermagem de Betty Neuman, com linguagem CIPE para facilitar os registos em Sclinico

Quadro - Atividade diagnóstica, ponderação dos objetivos, critérios de resultado, intervenções de enfermagem e indicadores de avaliação.

Foco	Atividade de diagnóstico	Dados relevantes para diagnóstico	Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Critérios de resultado	Intervenções de enfermagem	Resultados de enfermagem	Indicadores de atividade ou execução
Disposição para aprender sobre prestar cuidados	Obter dados sobre disposição para aprender (Avaliar disposição para aprender)	-100% dos AAD considera importante a realização de SFeS na instituição com vista a melhoria do seu desempenho. - Demonstra interesse em participar em SFeS; 100% do grupo respondeu ao questionário de colheita de informações; -Envolvimento no processo ensino-aprendizagem; **36,45%** dos AAD refere que a periodicidade da formação deveria ser mensal; -Demonstra disponibilidade para participar em SFeS; Demonstram interesse em aprender.	Disposição para aprender sobre prestar cuidados	Aproveitar a motivação para envolver os interessados na formação	Que se realize pelo menos 4 SFeS até 10/02/2023;	Elaborar material de suporte às SFeS; Selecionar conteúdos pertinentes	Taxa de realização das SFeS;	**% SFeS realizadas**: n.º de SFeS realizadas/ total das SFeS programadas X 100. **% de AAD que considera o material adequado:** n.º de AAD que considera adequado/ nº total de AAD X 100;
				Divulgar as SFeS; Incentivar à participação	Que se realize um cartaz para divulgação das SFeS; Que os AAD tenham conhecimento do cartaz	Elaborar cartaz com programação das SFeS; Divulgar cartaz	Divulgação eficaz	Cartaz realizado e afixado; **% de AAD que tomaram conhecimento do Cartaz**: n.º de AAD que tomaram conhecimento/ nº total de AAD X 100;
				Realizar SFeS de resposta aos problemas identificados como prioritários	Que o grupo participe em sessões de formação; Que haja pelo menos 36% (n=8) de participantes em cada sessão de formação	Providenciar sessões de formação sobre prestar cuidados; Estimular e Motivar a não desistência	Adesão à formação continua em serviço;	**% de AAD participantes em cada sessão**: nº de AAD participantes/ nº total de AAD X 100;
				Disponibilizar plano de formações	Que haja plano de formações	Elaborar plano de formações.	Plano de formações existente	**Existência de plano de formações;**
				Facilitar a aprendizagem promovendo o conhecimento sobre prestar cuidados	Que seja elaborado pelo menos 1 material de leitura por tema;	Providenciar material de leitura (infografias)	Material de leitura existente	**% de concretização:** n.º de materiais de leitura produzidos/n.º total dos materiais de leitura programados x100;
					Que o grau de satisfação seja positivo em pelo menos 50%		Grau de satisfação positivo com as SFeS;	**% de AAD satisfeitos com as SFeS:** Nº AAD "muito e totalmente" satisfeitos com a sessão / nº total AAD participantes X 100;

Foco	Atividade de diagnóstico	Dados para diagnóstico	Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Critérios de resultado	Intervenções de enfermagem	Resultados de enfermagem	Indicadores de impacto ou de resultado
Conhecimento do cuidador sobre prestar cuidados	Obter dados dos AAD sobre conhecimento para prestar cuidados	45,4% dos AAD percecionam que o seu nível de formação é reduzido;	Potencial para melhorar o conhecimento dos AAD sobre prestar cuidados	Dotar os AAD com conhecimento sobre prestar cuidados	Que melhore a perceção sobre o seu nível de formação;	Providenciar sessões de formação sobre prestar cuidados; Ensinar sobre prestar cuidados; Instruir a prestar cuidados;	Conhecimento dos AAD sobre prestar cuidados Melhorado	**% de AAD que melhoraram os seus conhecimentos:** nº de AAD que consideram que o seu conhecimento foi melhorado /nº total de AAD na SFeS X 100;
		Conscientes das alterações do seu estado de saúde			Que a % de AAD que consideram o seu nível de formação insuficiente diminua em pelo menos 33%;			**% de diminuição dos AAD que consideram o seu nível de formação insuficiente:** % inicial - % final = n.º que considera insuficiente/ n.º total do grupo X100; % AAD com conhecimentos adquiridos demonstrados
Capacidade do cuidador para comunicar	Obter dados sobre a capacidade dos AAD para comunicar com os parceiros de cuidados	45,45% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades de comunicação com os parceiros de cuidados	Comunicação comprometida	Dotar AAD com conhecimentos que facilitem a comunicação com os parceiros de cuidados	Que os AAD considerem que a formação contribuiu para facilitar a comunicação;	Providenciar SFeS sobre comunicação; Sensibilizar sobre a importância da melhoria continua das habilidades de comunicação para a prestação de apoio no autocuidado;	AAD capaz de comunicar;	**% de AAD que consideram a formação em comunicação útil para a prática profissional:** nº de AAD que consideram útil/nº total de AAD participantes na SFeS X 100;
					Que os AAD entendam a importância da comunicação efetiva para a promoção de cuidados seguros;		Comunicação dos AAD com os parceiros de cuidados eficaz	**% AAD com conhecimentos adquiridos demonstrado:** nº de AAD com pontuação ≥70% na ficha de avaliação de conhecimentos (FAC) N.º total de AAD que realizou a FAC X 100
Conhecimento do cuidador para comunicar	Obter dados sobre a dificuldade em comunicar		Falta de conhecimento dos AAD no desempenho de atividades de comunicação com os parceiros de cuidados	Dotar os AAD com conhecimentos que diminuam a dificuldade no desempenho da prática profissional	Que haja diminuição em pelo menos 10% de AAD que respondam com dificuldade na comunicação;	Ensinar sobre comunicação efetiva e assertiva; Treinar a comunicação		**% de AAD que aumentaram os seus conhecimentos sobre comunicação:** nº de AAD que consideram ter adquirido mais conhecimento /nº total de AAD participantes na SFeS X 100;
					Que os AAD considerem que a formação contribuiu para facilitar a comunicação	Promover a discussão de casos do contexto profissional para estimular a partilha e reflexão		**% de diminuição de AAD que respondem com dificuldade na comunicação:** % inicial - % final = n.º de AAD "com dificuldade" /nº total AAD X 100;

Foco	Atividade de diagnóstico	Dados relevantes para diagnóstico	Diagnóstico	Objetivo	Critérios de resultado	Intervenções de enfermagem	Resultados de enfermagem	Indicadores de impacto ou de resultado
Capacidade do cuidador para prestar cuidados de apoio à eliminação;	Obter dados sobre a capacidade dos AAD para prestar cuidados de apoio à eliminação;	46,36% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades na área dos cuidados de apoio à eliminação;	Capacidade dos AAD comprometida para prestar cuidados de apoio à eliminação;	Dotar AAD com conhecimentos que facilitem o desempenho de atividades na área dos cuidados de apoio à eliminação	Que os AAD considerem que a SFeS contribuiu para facilitar o desempenho das atividades na área dos cuidados de apoio à eliminação	Providenciar SFeS sobre cuidados de apoio à eliminação; Sensibilizar para a importância da vigilância da eliminação	Capacidade dos AAD para prestar cuidados de apoio à eliminação aumentada	**% de AAD que consideram a SFeS sobre vigilância da eliminação útil para a prática profissional:** nº de AAD que consideram útil/nº total de AAD na SFeS X 100; **% AAD com conhecimentos adquiridos demonstrado:** nº de AAD com pontuação ≥70% na ficha de avaliação de conhecimentos (FAC) N.º total de AAD que realizou a FAC X 100
Conhecimento do cuidador para prestar cuidados de apoio à eliminação;	Obter dados sobre a dificuldade dos AAD para prestar cuidados de apoio à eliminação urinária e intestinal;	63,60% dos AAD com dificuldade em observar caraterísticas da urina e fezes;	Falta de conhecimento dos AAD para prestar cuidados de apoio à eliminação urinária e intestinal;	Dotar AAD com conhecimentos que facilitem observar as características da urina e das fezes;	Que os AAD considerem que a formação contribuiu para facilitar a capacidade de observar as características da urina e das fezes	Ensinar sobre eliminação; Instruir fluxograma vigilância da eliminação; Ensinar a executar cuidados de apoio à eliminação urinária e intestinal;	AAD capaz de observar as características da urina e das fezes;	**% de AAD que aumentaram o conhecimento sobre cuidados de apoio à eliminação:** nº de AAD que consideram ter adquirido mais conhecimento/nº total de AAD na SFeS X 100;
		59,10% dos AAD com dificuldade em identificar possíveis problemas de eliminação;		Dotar os AAD com conhecimento que diminuam a dificuldade no desempenho da prática profissional;	Que diminua em pelo menos 10% os AAD que respondam com dificuldade a observar as características da urina e das fezes;	Promover a discussão de casos do contexto profissional para estimular a partilha e reflexão	Conhecimento do AAD para observar as características da urina e das fezes eficaz;	**% de diminuição de AAD que respondem com dificuldade a observar as características da urina e das fezes:** % inicial - % final = n.º de AAD com dificuldade/nº total de AAD X 100;

Foco	Atividade de diagnóstico	Dados para diagnóstico	Diagnóstico	Objetivo	Critérios de resultado	Intervenções de enfermagem	Resultados de enfermagem	Indicadores de impacto ou de resultado
Capacidade do cuidador para prestar cuidados de higiene e conforto;	Obter dados sobre Capacidade dos AAD para prestar apoio nos cuidados de higiene;	37,73% dos AAD com dificuldade no desempenho de atividades na área dos cuidados de higiene e conforto;	Capacidade dos AAD comprometida para prestar apoio nos cuidados de higiene e conforto	Dotar AAD com conhecimentos que facilitem o desempenho de atividades na área dos cuidados de higiene e conforto;	Que os AAD considerem que a formação contribuiu para facilitar o desempenho das atividades na área dos cuidados de higiene e conforto;	Ensinar sobre cuidados de higiene; Sensibilizar para a importância da higiene oral e das unhas; Instruir a executar a higiene oral e unhas;	Capacidade dos AAD para prestar cuidados de higiene e conforto aumentada	**% de AAD aumentaram os seus conhecimentos sobre cuidados de higiene e conforto:** nº de AAD que consideram ter aumentado/nº total de AAD na SFeS X 100; **% AAD com conhecimentos adquiridos demonstrado:** nº de AAD com pontuação ≥70% na ficha de avaliação de conhecimentos (FAC) N.º total de AAD que realizou a FAC X 100
Conhecimento do cuidador sobre higiene oral e das unhas;	Obter dados sobre a dificuldade dos AAD no desempenho da higiene oral e das unhas;	45,50% dos AAD com dificuldade na avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas;	Falta de conhecimento dos AAD sobre a avaliação da pele e seus cuidados incluindo higiene oral e unhas;	Dotar AAD com conhecimentos que facilitem a avaliação da pele e seus cuidados incluindo higiene unhas;	Que os AAD considerem que a formação contribuiu para facilitar a avaliação da pele e seus cuidados incluindo higiene oral e unhas; Que haja diminuição em pelo menos 10% de AAD que respondam com dificuldade na avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas	Providenciar SFeS sobre avaliação da pele e seus cuidados destacando a higiene oral e das unhas	Conhecimento do AAD para realizar a avaliação da pele e seus cuidados nomeadamente higiene oral e unhas eficaz AAD capaz de executar a higiene das unhas	**% de AAD que consideram a SFeS sobre Avaliação da pele e seus cuidados – higiene oral e higiene das unhas, útil para a prática profissional:** nº de AAD que consideram útil/nº total de AAD na SFeS X 100; **% de diminuição de AAD que respondem com dificuldade na avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas:** % inicial - % final = n.º de AAD com dificuldade/nº total AAD X 100;
		36,4% dos AAD com dificuldade na lavagem dos dentes e próteses dentárias;		Dotar os AAD com conhecimento que diminuam a dificuldade no desempenho da higiene oral	Que haja diminuição em pelo menos 10% de AAD que respondam com dificuldade na lavagem dos dentes e próteses dentárias;	Promover a discussão de casos do contexto profissional para estimular a partilha e reflexão	AAD capaz de executar a higiene oral	**% de diminuição de AAD que respondem com dificuldade na lavagem dos dentes e próteses dentárias:** % inicial - % final = n.º de AAD com dificuldade/nº total AAD X 100;

APÊNDICE 16: Dossier Pedagógico do Projeto

DOSSIER PEDAGÓGICO

Formação em serviço

PROJETO:

Formar para Cuidar - Intervenção de enfermagem comunitária com Ajudantes de Ação Direta

DATA: outubro 2022 a fevereiro 2023

FORMADOR: Dominique Fernandes

ORIENTADORES: Professora Doutora Laura Viegas e Enfermeira especialista Sílvia Matias

Pontinha, 2023

ÍNDICE

ÍNDICE 1
1. Introdução 1
2. Enquadramento 2
3. Informação produzida para a divulgação do projeto 3
4. - 1ª Ação de Formação 4
4.1. Plano de Formação 5
4.1.1. Módulo I - Sessão sobre vigilância da eliminação 6
4.1.2. Módulo II - Sessão sobre cuidados de apoio à eliminação 7
4.2. Documentação de apoio à 1ª Ação 8
4.2.1. Material de leitura – Infografia sobre a tonalidade da urina 8
4.2.2. Diapositivos PowerPoint projetados 9
4.3. Estratégia de avaliação 21
4.3.1. Questionário de apreciação da sessão pelos formandos 21
4.3.2. Ficha de avaliação de conhecimentos aos formandos 23
4.3.3. Instrumento de cotação da ficha de avaliação de conhecimentos 24
4.3.4. Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos 26
4.3.5. Ficha de avaliação da formação pelo formador 27
5. - 2ª Ação de Formação 29
5.1. Plano de Formação 30
5.1.1. Módulo I – Sessão sobre Importância de melhorar as habilidades de comunicação na prestação de cuidados 31
5.1.2. Módulo II – Sessão sobre Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva 32
5.2. Documentação de Suporte à Ação de formação 33
5.2.1. Material de leitura – Infografia sobre Atitudes para uma comunicação eficaz 33
5.2.2. Material de leitura – Folheto sobre comunicação assertiva 34
5.2.3. Diapositivos PowerPoint projetados 36
5.3. Estratégia de avaliação 49
5.3.1. Ficha de apreciação da sessão pelos formandos 49
5.3.2. Ficha de avaliação de conhecimentos aos formandos 51
5.3.3. Instrumento de cotação da ficha de avaliação de conhecimentos 52
5.3.4. Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos 53

5.3.5. Ficha de avaliação da formação pelo formador 54
6. – 3ª Ação de Formação 56
6.1. Plano de Formação 57
6.1.1. Modulo I – Sessão sobre avaliação da pele e seus cuidados – higiene oral e higiene das unhas 58
6.1.2. Modulo II - Sessão sobre Procedimentos para o cuidado com as unhas (aula prática) 59
6.2. Documentação de apoio à Ação de formação 60
6.2.1. Material de leitura – Infografia sobre cuidados de higiene oral à pessoa com dependência 60
6.2.2. Diapositivos PowerPoint projetados 61
6.3. Estratégia de avaliação 75
6.3.1. Ficha de apreciação da sessão pelos formandos 75
6.3.2. Ficha de avaliação de conhecimentos aos formandos 77
6.3.3. Instrumento de cotação da ficha de avaliação de conhecimentos 78
6.3.4. Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos 79
6.3.5. Ficha de avaliação da formação pelo formador 80
7. Estratégia de Motivação 82
7.1.1. Quadro motivacional 82
7.1.2. Frases de incentivo e valorização 83
8. Outros documentos de suporte à prática de cuidados 84
9. Certificado de participação nas sessões (exemplo) 85
Referências Bibliográficas 86

1. Introdução

Este arquivo foi planeado para todos aqueles que pretendam rever ou saber mais sobre o projeto de intervenção comunitária de enfermagem com ajudantes de ação direta (AAD) que se realizou de setembro de 2022 a fevereiro de 2023. Este projeto realizou-se durante o estágio na unidade de cuidados na comunidade NP, no âmbito do curso de mestrado em enfermagem para o desenvolvimento de competências de Enfermeira especialista na área da enfermagem comunitária.

É uma ferramenta útil para facilitar a consulta dos temas abordados, por parte dos profissionais e dos técnicos superiores se necessário. Sugere ideias de discussão e atividades que podem ser exploradas por quem não participou das sessões realizadas, por isso é também um recurso formativo para o desenvolvimento pessoal.

A Aprendizagem ao longo da vida (ALV) sempre aconteceu naturalmente, e acompanha a vida quotidiana. A capacidade de as pessoas aprenderem ao longo da vida através das atividades que realizam, é o que lhes permite a adaptação a um mundo em constante mudança tecnológica e demográfica.

A Formação em serviço é uma componente da ALV e representa uma preciosa oportunidade de em equipa partilhar, refletir, e aproximar experiências e situações significativas de aprendizagem não formais, que geralmente são vividas individualmente pelos AAD durante o exercício diário das suas funções profissionais. Integra a formação contínua das organizações e pode ser entendida como uma dinâmica formal de transmissão de conteúdos através de ações formativas, promovendo habilidades para o trabalho e para a vida.

O Objetivo geral do projeto foi contribuir para a capacitação dos AAD na melhoria da comunicação com os parceiros de cuidados e na prestação de cuidados às pessoas em situação de dependência nas atividades de vida diária (AVDs), nomeadamente nas AVDs de eliminação urinária/intestinal e da higiene corporal.

O dossier está organizado por 3 Ações de formação, segundo o índice anteriormente apresentado.

2. Enquadramento

Os Ajudantes de Ação Direta são um grupo profissional vulnerável segundo o estudo da OCDE (2020) "Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly" que refere baixas qualificações para a função que desempenham, qualificações que não acompanham o aumento da complexidade dos cuidados integrados prestados no domicílio (Portugal, 2016).

Os AAD surgem como apoio/substituto nas atividades de vida diárias da pessoa em situação de dependência, quando por algum impedimento não existe apoio familiar de primeira linha para o efeito, intervindo para prover e manter o conforto e a qualidade de vida das pessoas de quem cuidam. Capacitar os AAD alinha com o objetivo de melhoria continua da prestação de cuidados da rede nacional de cuidados continuados integrados (Decreto-lei n.º 101/2006).

As Ações de formação deste arquivo, foram planeadas de acordo com a priorização e segundo os recursos disponíveis para responder ao diagnóstico das necessidades de formação para a prestação de cuidados que foi realizado através das respostas fornecidas por 22 AAD a um questionário. Foram cumpridos os requisitos Éticos (parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; autorização da diretoria do CCPF e obtenção de consentimento informado dos participantes).

Os principais resultados das necessidades formativas, por área de atividade de apoio foram: 36,36% com dificuldade nos cuidados de promoção da segurança; 37,73% com dificuldade nos cuidados de higiene e conforto; 38,64% com dificuldade nos cuidados de promoção da autonomia; 41,55% com dificuldade nos cuidados com alimentação; 45,45% com dificuldade na comunicação; 46,36% com dificuldade nos cuidados de apoio à eliminação. Uma resposta com maior dificuldade em exercer as funções, pressupõe maior necessidade de formação/capacitação.

3. Informação produzida para a divulgação do projeto



FORMAR PARA CUIDAR

Formação continua em serviço para Ajudantes de ação direta







LISTA DE SESSÕES DE FORMAÇÃO

Vigilância da eliminação - Módulo I	07/12/2022
Vigilância da eliminação - Módulo II	14/12/2022
Comunicação com os parceiros de cuidados - Módulo I	11/01/2023
Comunicação com os parceiros de cuidados - Módulo II	18/01/2023
Higiene oral e higiene das unhas - Módulo I	01/02/2022
Higiene oral e higiene das unhas - Módulo II	08/02/2022

Horário: 14h30m | Duração: 50m

Local:

Projeto de intervenção realizado por Dominique Fernandes, no âmbito do 13º curso de mestrado em enfermagem comunitária da escola superior de enfermagem de Lisboa - sob orientação da Enfermeira especialista em saúde comunitária Sílvia Matias

arsLVT ACES

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

4. - 1ª Ação de Formação

"Cuidados de apoio à eliminação"

7 e 14 de dezembro 2022

CCPF

FORMADOR: Dominique Fernandes

4.1. Plano de Formação

Data	7 e 14 de dezembro 2022;	**Hora**	14h30-15h20
Local/ Espaço	CCPF	**Duração**	50 Minutos
1ª Ação	Cuidados de apoio à eliminação		
Módulo	Módulo I	Módulo II	
Tema da sessão	Vigilância da eliminação	Cuidados de apoio à eliminação	
Sessão Nº	Uma/Duas		
População alvo	Ajudantes de ação direta (AAD) da valência de apoio à dependência do CCPF		
Formador	Enf.ª Dominique Fernandes		
Objetivo geral	Melhorar conhecimentos que facilitem o desempenho de atividades na área dos cuidados de apoio à eliminação, às pessoas em situação de dependência, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados.		
Objetivos específicos Modulo I	1. Enumerar pelo menos 1 benefício da vigilância da eliminação; 2. Enunciar pelo menos 2 caraterísticas consideradas normais da urina e das fezes; 3. Identificar pelo menos 2 problemas da eliminação; 4. Identificar pelo menos 1 mecanismo para a continuidade do processo de vigilância; 5. Reconhecer a importância do seu contributo no processo de vigilância da eliminação;		
Modulo II	6. Identificar pelo menos um cuidado de estímulo à eliminação 7. Identificar os cuidados de higiene como cuidados de apoio à eliminação 8. Identificar pelo menos um procedimento a ter com a manipulação de dispositivos de eliminação 9. Identificar pelo menos um procedimento a ter com a manipulação de dispositivos de estomas 10. Partilhar pelo menos uma experiência da prestação de cuidados		

Planificação

4.1.1. Módulo I - Sessão sobre vigilância da eliminação

Data: 07/12/2022

Etapa	Objetivos pedagógicos	Conteúdos	Atividades didáticas	Métodos pedagógicos	Materiais didáticos	Tempo (min)	Avaliação
Introdução	Avaliar conhecimentos	Apresentação do tema	Enquadramento do tema	Expositivo através do discurso,	Computador diapositivos PowerPoint, retroprojetor, diálogo, colocação de questões orais e de dúvidas	10	Diagnóstica inicial, colocação de questões orais
	Exercitar o pensamento crítico, comunicar oralmente	Comunicação dos objetivos e do sumário	Exercício de pensamento	Interrogativo com Brainstroming/ interativo			
Desenvolvimento	Aprofundar conhecimentos	Conceito e Importância da vigilância da eliminação; Contributo do AAD	Apresentação dos conteúdos	Expositivo/ ativo		20	Formativa. Intercalar análise do desempenho e observação da participação dos AAD
	Compreender o processo de vigilância da eliminação e a importância dos registos para a continuidade de cuidados	Evidências que podem revelar alterações na eliminação	Partilhar experiências	Ativo/ reflexivo			
		Características da urina e das fezes	Apresentação dos conteúdos	Expositivo, interrogativo, ativo, reflexivo	Intervenção dos AAD com menção de vivências profissionais,		
		Registos da observação e comunicação com os parceiros de cuidados se adequado					
Conclusão	Consolidar conteúdos Conhecer o circuito de comunicação de problemas identificados	Todos os anteriores	Discussão e Síntese	Interativo	Esclarecimento de dúvidas	10	Apreciação geral da sessão através de resposta a questionário
Avaliação	Analisar desempenho	Colocação de questões	Questionário de avaliação	Participativo/ ativo	Papel e esferográfica	10	

Planificação

4.1.2. Módulo II - Sessão sobre cuidados de apoio à eliminação

Data: 14/12/2022

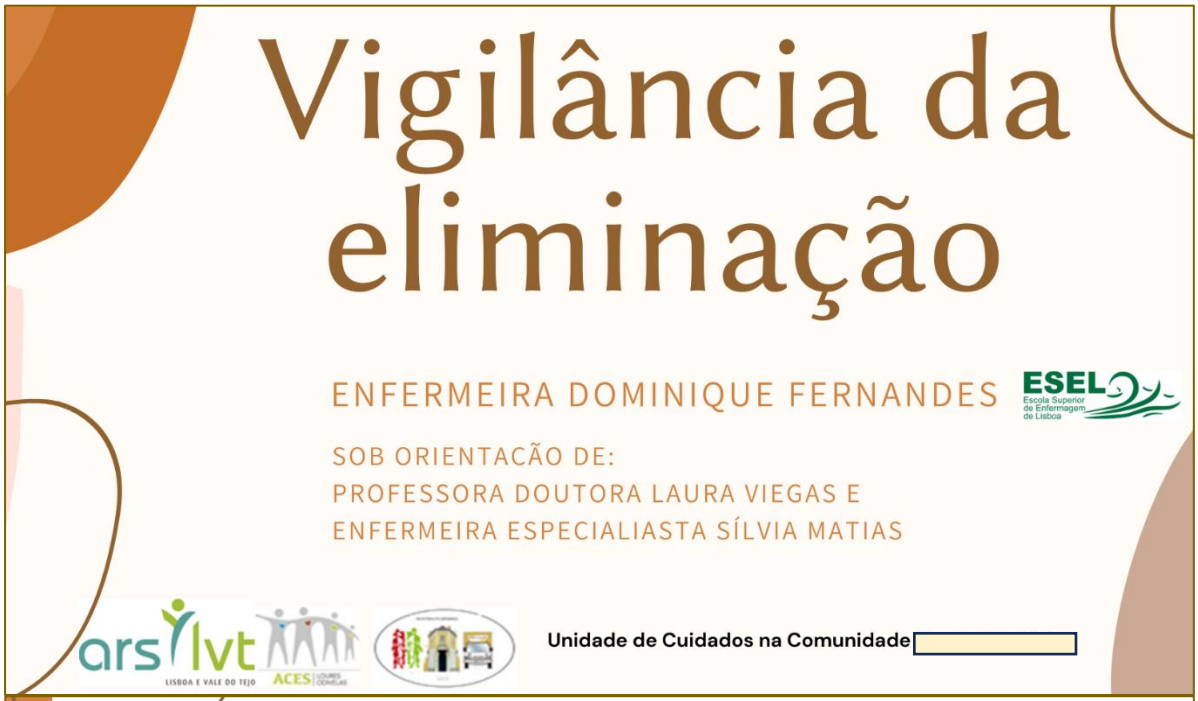
Etapa	Objetivos pedagógicos	Conteúdos	Atividades didáticas	Métodos pedagógicos	Materiais didáticos	Tempo (min)	Avaliação
Introdução	Avaliar conhecimentos	Apresentação do tema	Breve resumo da sessão anterior	Expositivo/ interrogativo através do discurso,	Computador diapositivos PowerPoint, retroprojetor, diálogo, colocação de questões orais e de dúvidas	10	Diagnóstica inicial, colocação de questões orais
	Exercitar o pensamento crítico, comunicar oralmente	Comunicação dos objetivos e do sumário	Exercício de pensamento	Interrogativo com Brainstroming/ interativo / participativo			
Desenvolvimento	Dotar com conhecimentos	Cuidados de estímulo à eliminação	Apresentação dos conteúdos	Expositivo/ ativo		20	Formativa. Intercalar análise do desempenho
	Conhecer e compreender a importância dos cuidados de apoio à eliminação	Cuidados de higiene e conforto	Partilhar experiências	Ativo/ reflexivo			
		Dispositivos de eliminação urinária e seus cuidados	Apresentação dos conteúdos	Expositivo, interrogativo, ativo, reflexivo	Intervenção dos AAD com menção de vivências profissionais/ através do discurso e do diálogo		
		Estomas para eliminação e cuidados com a manipulação dos dispositivos					
Conclusão	Consolidar conteúdos	Todos os anteriores	Discussão e Síntese	Interativo/ participativo	Esclarecimento de dúvidas	10	Sumativa e Apreciação geral da sessão através de resposta a questionário
Avaliação	Analisar desempenho	Colocação de questões	Questionário de avaliação	Participativo/ ativo	Papel e esferográfica	10	

4.2. Documentação de apoio à 1ª Ação de formação

4.2.1. Material de leitura – Infografia sobre a tonalidade da urina



4.2.2. Diapositivos PowerPoint projetados

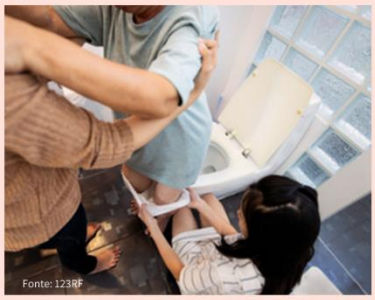






Mas afinal como fazemos?

- **Observar atentamente**
- **Pensar criticamente**
- **Notar alterações nos habitos de eliminação**
- **Comunicar oralmente e por escrito**



Definição

VIGILÂNCIA DA ELIMINAÇÃO

Observar atentamente de forma repetida e regular ao longo do tempo o movimento e excreção de resíduos corporais, e estar pronto para agir. (CIPE, 2015)

Importância de vigiar a eliminação urinária e intestinal

- É um importante comportamento de procura de saúde;
- É uma prática saudável que dedicamos a nós mesmos;
- Permite conhecer o padrão dos nossos hábitos de eliminação;
- Capacita para notar as alterações que podem funcionar como alerta e/ou significar sinais e sintomas de doença;
- Fornece dados para partilhar com quem possa intervir precocemente para minimizar desconforto e complicações.

Contributo do AAD

APOIA NO AUTOCUIDADO PARA COMPENSAR A PERDA DA AUTONOMIA QUE A PESSOA TEM RESULTANTE DA SUA SITUACÃO DE SAÚDE-DOENCA;



A CONSTANTE PROXIMIDADE COM A PESSOA PERMITE VER DIRETAMENTE O SEU ESTADO DE BEM ESTAR E NOTAR ALTERACÕES PARA MAL ESTAR.

Vigiar eliminação urinária e intestinal

O QUE FAZER ?

-Observar atentamente ao longo do tempo o padrão e as caraterísticas da urina e das fezes

PARA QUÊ?

-Para conhecer e verificar normalidade;
-Para notar problemas;
-Para agir como elo da cadeia de intervenção precoce; evitando agravamento e complicações;

COMO FAZER?

-Conhecer e registar o padrão de eliminação
Frequência;
Quantidade;
Caraterísticas;

Habitos de eliminação

CADA PESSOA TEM UM PADRÃO PRÓPRIO

Dependem de:

-Etapa do ciclo de vida;
-Metabolismo;
-Tipo de alimentação;
-Ingestão de líquidos;
-Prática de exercício físico, vida sedentária, redução da mobilidade;
-Existência de alguma doença

Caraterísticas da urina e das fezes

- COR
- CONSISTÊNCIA
- CONSTITUIÇÃO
- QUANTIDADE
- ODOR

Problemas mais comuns da eliminação

De controlo da eliminação:

- **Urgência** (forte desejo de eliminar imediatamente),
- **Incontinência** (saída/perda involuntária de urina e/ou fezes);



De fluxo da eliminação:

- Redução ou aumento do movimento, da frequência, e da quantidade (pouca, moderada, muita);



De retenção da eliminação:

- Sem expelir urina (anúria),
- Sem libertar fezes (obstipação);

Necessidade de ajuda para eliminar, podendo ter dispositivos associados



Caraterísticas gerais da urina

(Volume, Aspeto - textura, coloração)

Coloração

A urina muda de aspeto ao longo do dia e em diferentes situações. A ingestão de água é um dos principais fatores da mudança de tonalidade, quanto menos água, maior a tendência de escurecer a cor da urina!
Assim a cor da urina é um importante parâmetro para que se possa perceber se estão a ser ingeridos quantidades suficientes de líquidos!

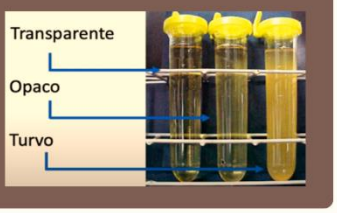




Textura



Textura



Fonte imagens: iStock

Eliminação urinária

Urina

Composta por:
95% - Água
5% - Ureia, cloreto de sódio e ácido úrico

Micção

É a eliminação periódica de urina que se faz através do sistema urinário



Capacidade da bexiga

-500cc no adulto
-Volume médio de cada micção 150-300cc

Diurese

O Volume de urina expelida num dia = média 1500cc (varia de 1000cc a 1800cc)

Varia em função de:
- Volume de ingestão de líquidos;
-Volume de líquidos eliminados por outras vias;
-Regime alimentar
-Sal (diminui o volume)
-Vegetais, frutos e bebidas diuréticas aumentam o volume (café, chá, cacau, cerveja)

Problemas urinários mais frequentes

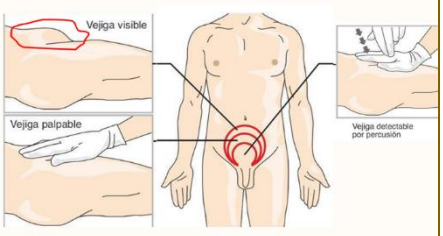
INFEÇÕES URINÁRIAS



INCONTINÊNCIA URINÁRIA



RETENÇÃO URINÁRIA



Caraterísticas das fezes

Consistência (escala de Bristol)



- Indicam transito intestinal lento, tendência a obstipação, alimentação pobre em fibras;
- Indicam transito intestinal adequado;
- Indicam transito acelerado, alimentação rica em açucares e gorduras, merecem atenção se não apresentarem bordas definidas e boiarem;
- Indicam trânsito intestinal acelerado prejudicando a absorção;

Eliminação intestinal

Trato gastrointestinal

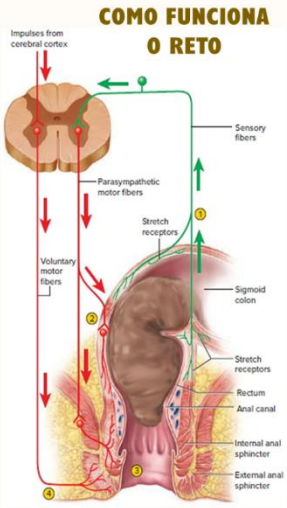
É um tubo digestivo, cuja principal finalidade é o aproveitamento de nutrientes e a absorção da água

Fezes

Resíduos alimentares não digeridos e não absorvidos do trato gastrointestinal

Defecação

É a eliminação de substancias não digeridas do trato gastrointestinal



Fatores que afetam

IDADE
-Alterações de várias ordens,dependendo do estadio de desenvolvimento

DIETA
-Ausência de fibras, flatulência, intolerâncias alimentares…

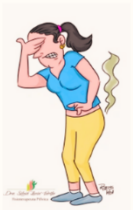
INGESTÃO DE LÍQUIDOS
-A falta de água retarda a passagem dos alimentos endurecendo as fezes

Às vezes, as fezes ficam compactadas ao nível do cólon (intestino grosso) ou da ampola rectal (Esta compactação é denominada **Fecaloma**), aumentando o volume do intestino e comprime a bexiga, o que leva a aumentar o risco de infeção urinária

Problemas Intestinais mais frequentes



- Gases (flatulências);
- Obstipação;
- Impactação de fezes ou Fecalomas;
- Diarreia;
- Incontinência fecal



Importância dos registos e comunicação com os parceiros de cuidados

Garantem a continuidade de cuidados a segurança e a qualidade

Estar pronto para agir pode passar por comunicar com os parceiros de cuidados quando se verifica uma alteração anormal sem razão aparente no padrão ou nas caraterísticas dos produtos de eliminação;

A partilha da informação, dos dados observados permitem uma ação precoce multidisciplinar para prevenir o agravamento de situações evitando complicações;

Observar atentamente
Padrão normal | Caraterísticas

↓

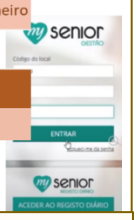
Notar alterações dos hábitos de eliminação
Frequência | Quantidade | Caraterísticas

↓

Comunicar
Colegas | Cuidadores informais | Diretoria técnica | Enfermeiro

↓

Registar
Dossier na casa da pessoa | My Sénior



Fluxograma da vigilância da eliminação

Observar atentamente

Observar atentamente ao longo do tempo o padrão normal e as caraterísticas

Pensar criticamente

Quais são os hábitos de eliminação da pessoa?
Quais as carateristicas dos residuos eliminados recentemente?
(se não fui eu que vi recentemente recorro aos registos)

Notar alterações nos habitos de eliminação

Comparar com o padrão habitual da pessoa (frequência, quantidade, caraterísticas);
Comparar com o conhecimentos e experiência anterior;
Há alterações significativas?

Comunicar oralmente e por escrito

Se aplicavél comunicar com os colegas, cuidadores informais ou familiares competentes, diretoria técnica, e enfermeiro
(parceiros de cuidados)

Desafios para a próxima sessão

- Pensar a prática, refletir como melhorar continuamente
- Trazer casos reais, situações em que tiveram dificuldade, para serem aprofundadas
- Enviar para o meu telemóvel dúvidas e situações de cuidados de apoio à eliminação que gostassem de ver abordadas

Referências:

Ordem dos Enfermeiros (2015). Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). CadernosOE. Série2, número3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8890/catalogocipe_web_julho2015.pdf

Perrier, E.T., et al. Urine colour change as an indicator of change in daily water intake: a quantitative analysis. Eur J Nutr 55, 1943–1949 (2016). https://doi.org/10.1007/s00394-015-1010-2

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

EMAIL

dominique.fernandes@campus.esel.pt

Avaliação

Módulo II

Cuidados de apoio à eliminação

ENFERMEIRA DOMINIQUE FERNANDES

SOB ORIENTACÃO DE:
PROFESSORA DOUTORA LAURA VIEGAS E
ENFERMEIRA ESPECIALIASTA SÍLVIA MATIAS

Unidade de Cuidados na Comunidade

Hoje vamos falar sobre...

1. CUIDADOS DE ESTIMULO À ELIMINAÇÃO
2. CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO
3. PRESENÇA DE DISPOSITIVOS DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA
4. CUIDADOS NA MANIPULAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS DISPOSITIVOS URINÁRIOS
5. PRESENÇA DE ESTOMAS PARA ELIMINAÇÃO
6. CUIDADOS NA MANIPULAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS ESTOMAS E DISPOSITIVOS

Breve resumo



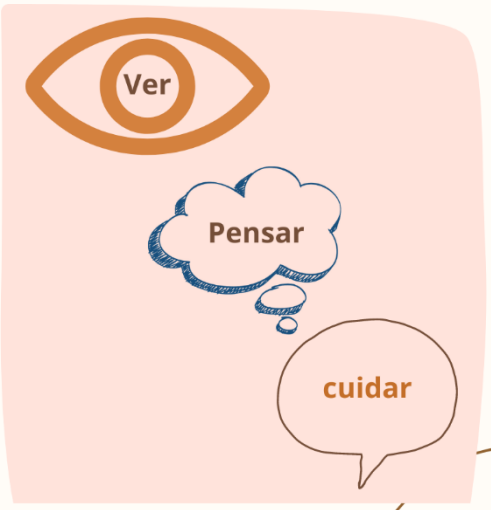
VIGILÂNCIA DA DE ELIMINAÇÃO

Observar atentamente de forma repetida e regular ao longo do tempo o movimento e excreção de resíduos corporais, **e estar pronto para agir.** (CIPE, 2015)

CONTRIBUTO DO AAD

Apoia no autocuidado para compensar a perda da autonomia que a pessoa tem resultante da sua situação de saúde-doença;

Exercício de reflexão inicial



É necessário refletir e pensar sobre o que fazemos!

QUE CUIDADOS DE APOIO Á ELIMINAÇÃO

SE A PESSOA FOSSE AUTONOMA O QUE FARIA?

Quais são os hábitos psicossocioculturais, quais as regras de higiene?

Cuidados de estimulo à eliminação

- Condições de privacidade e conforto
- Toque, palpação e massagem
- Hidratação e alimentação

Cuidados de estimulo à eliminação

Condições de privacidade e conforto

- Criar condições para o uso do sanitário (cadeira com rodas, altura da sanita, barras de apoio, luminosidade);
- Promover condições ambientais para eliminação na cama (privacidade);
- Providenciar material de apoio a recolha dos produtos eliminados (arrastadeiras, urinois);
- Promover a autonomia assim que possível;

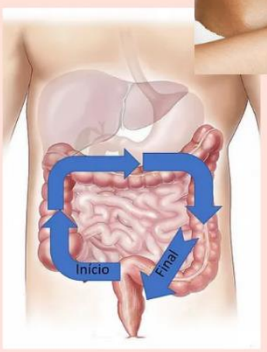


Cuidados de estimulo à eliminação

Toque, palpação e massagem

- Colocar a àgua a correr, molhar as mãos do utente;
- Estimular a micção pelo toque e ligeira palpação com a mão na região supra-púbica;
- Estimular o peristaltismo intestinal fazendo massagem abdominal (manobra de Rosing) com a palma das mãos da direita para a esquerda 30 minutos após as refeições.





Cuidados de estimulo à eliminação

Hidratação e alimentação



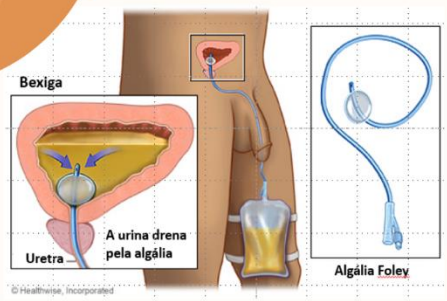
- Adequar a hidratação de acordo com as caraterísticas da urina e das fezes. Ter em atenção os problemas de saúde do utente (pode ter restrição de liquidos);
- Adequar a dieta de acordo com as caraterísticas da urina e das fezes, aumentar o consumo de fibras alimentares se adequado;

Cuidados de higiene e conforto



- Evitar que os produtos de eliminação estejam muito tempo em contato com a pele para evitar lesões como o eritema das fraldas;
- Manter a pele limpa e seca para conforto do utente, recorrendo se necessário ao material de incontinência como pensos, fraldas e resguardos se aplicavel;
- Realizar a higiene perineal pelo menos uma vez por dia, e sempre após a eliminação intestinal;
- Pode-se usar cremes com vitamina A e oxido de zinco como auxiliar das medidas preventivas

Presença de dispositivos de eliminação urinária



Cateter vesical, urinário ou algália

É um tubo ou sistema de tubos que se utiliza para esvaziar e recolher a urina da bexiga. É um dispositivo interno invasivo que beneficia da força da gravidade, é essencialmente usado quando não se consegue urinar expontaneamente



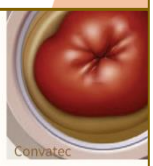
Perservativo urinário ou penrose

Dispositivo urinário externo, não invasivo, do tipo preservativo, fixa-se ao corpo do pénis e, conecta-se a um saco coletor para drenagem urinária. Pode ser utilizado apenas durante a noite ou de forma contínua, de acordo com as necessidades do paciente. É adequado a homens incontinentes.

Cuidados com dos dispositivos urinários

- -Lavar sempre bem as mãos antes e depois de manipular os dispositivos, usar luvas;
- -Não fazer tração na algália durante as mobilizações e durante a higiene, para evitar traumatismos e lesões mais graves;
- -Verificar se existem dobras no tubo de drenagem;
- -Verificar se o saco coletor está abaixo do nível do doente para que a drenagem se faça aproveitando a força da gravidade;
- -Evitar manipular a zona da uniao entre o saco e a algália;
- -Despejar o saco coletor de urina conforme estipulado entre os parceiros de cuidados;
- -Fazer o registo. Registar o que? - já falamos

Presença de Estomas para eliminação



- É uma abertura realizada cirurgicamente com objetivo de construir um caminho alternativo de comunicação com o meio exterior, para eliminar a urina ou as fezes;
- Podem ser temporários ou defenitivos

UROSTOMIA	COLOSTOMIA	ILEOSTOMIA
		
URINA	FEZES PASTOSAS OU SOLIDAS	FEZES LIQUIDAS

Um estoma saudável, deve ter tonalidade vermelha ou rosada. A pele periestoma deve ser lisa, sem lesões ou ferimentos.

Não contém terminações nervosas, o estoma não dói ao ser tocado, mas é sensível

Cuidados na manipulação e manutenção dos estomas e dispositivos


Convatec

Uma pele periestomal em bom estado é fundamental para o bem-estar do utente. Prevenir problemas é mais fácil que tratar problemas!;


Convatec

- Lavar bem as mãos antes e depois dos procedimentos, usar luvas;

-Lavar suavemente a pele periestomal e o estoma, com a ajuda de uma esponja suave, com água morna e sabão com pH neutro. Evitar substancias irritantes como perfumes;

-Tirar a medida do diametro do estoma e usar essa medida para cortar a base do saco;

-Secar bem o estoma e a pele periestomal, sem friccionar, manter a pele que está debaixo do saco, limpa e seca. Utilisar um protetor de pele que também melhore a aderência;

-Consultar as instruções especificas do fabricante para a aplicação do dispositivo, porque variam muito de acordo com a situação, preferências e marcas;


Convatec

Referências:

Alheit, P., & Dausien, B. (2006). Processo de formação e aprendizagens ao longo da vida. Educação E Pesquisa, 32(1), 177–197. https://doi.org/10.1590/s1517-97022006000100011

convatec (SD). Guia para colostomizados. https://www.convatec.pt/ostomia/viver-com-uma-ostomia/recursos-e-guias-para-pessoas-ostomizadas/

convatec (SD). Guia para ileostomizados. https://www.convatec.pt/ostomia/viver-com-uma-ostomia/recursos-e-guias-para-pessoas-ostomizadas/

convatec (SD). Guia para urostomizados. https://www.convatec.pt/ostomia/viver-com-uma-ostomia/recursos-e-guias-para-pessoas-ostomizadas/

Loiacono, E. (09/03/2017). Differenze tra ileostomia, colostomia e urostomia. Medicina Online. https://medicinaonline.co/2017/03/09/differenze-tra-ileostomia-colostomia-e-urostomia/

BRILHANTE, M. L. S. et al. (2021). Ostomia e vestuário:: cartilha de desenvolvimento de vestuário para pessoas ostomizadas. Modapalavra e-periódico, Florianópolis, v. 14, n. 33, p. 155–179, 2021. DOI: 10.5965/1982615x14332021155.

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

Momento de partilha e reflexão e esclarecimento de dúvidas

EMAIL

dominique.fernandes@campus.esel.pt

Avaliação

4.3. Estratégia de avaliação

4.3.1. Questionário de apreciação da sessão pelos formandos

Questionário de avaliação das sessões de formação			
1ª Ação	Cuidados de apoia à eliminação	**População Alvo:**	Ajudantes de ação direta
Data	07/12/2022	**Módulo**	I
Tema	Vigilância da eliminação	**Formador**	Dominique Fernandes

A sua opinião é da máxima importância para melhorar a qualidade das formações. Pretende-se avaliar se a intervenção foi útil, e a satisfação com as sessões. Por favor, assinale com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Totalmente
n 16 participantes (73% de N 22)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O nível de conhecimentos com que iniciei a formação foi melhorado				4 (25%)	12 (75%)
2. As minhas expetativas foram satisfeitas				4 (25%)	12 (75%)
3. Considero esta formação útil para a minha prática profissional					16 (100%)
Apreciação dos conteúdos e formação	1	2	3	4	5
1. Considero que os assuntos abordados são interessantes					16 (100%)
2. Considero que a duração da sessão foi suficiente			1 (6%)	3 (19%)	12 (75%)
3. Considero que tive oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências				4 (19%)	13 (81%)
4. Considero que formadora abordou de forma clara e simples as temáticas					16 (100%)
5. Considero que os métodos facilitam a compreensão do tema				1 (6%)	15 (94%)
6. Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados				3 (19%)	13 (81%)

Obrigada pela sua participação!

Questionário de avaliação das sessões de formação			
1ª Ação	Cuidados de apoia à eliminação	**População Alvo:**	Ajudantes de ação direta
Data	14/12/2022	**Módulo**	II
Tema	Cuidados de apoio à eliminação	**Formador**	Dominique Fernandes

A sua opinião é da máxima importância para melhorar a qualidade das formações. Pretende-se avaliar se a intervenção foi útil, e a satisfação com as sessões. Por favor, assinale com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Totalmente
n 10 participantes (46% de N 22)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O nível de conhecimentos com que iniciei a formação foi melhorado				2 (20%)	8 (80%)
2. As minhas expetativas foram satisfeitas				4 (40%)	6 (60%)
3. Considero esta formação útil para a minha prática profissional				1 (10%)	9 (90%)
Apreciação dos conteúdos e formação	1	2	3	4	5
1. Considero que os assuntos abordados são interessantes			1 (10%)		9 (90%)
2. Considero que a duração da sessão foi suficiente			1 (10%)	5 (50%)	4 (40%)
3. Considero que tive oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências			4 (40%)	6 (60%)	4 (40%)
4. Considero que formadora abordou de forma clara e simples as temáticas					10 (100%)
5. Considero que os métodos facilitam a compreensão do tema					10 (100%)
6. Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados				3 (30%)	7 (70%)
Considero que adquiri mais conhecimento sobre:	1	2	3	4	5
1. Observar características da urina e das fezes				2 (20%)	8 (80%)
2. Identificação de possíveis problemas de eliminação			1 (10%)	3 (30%)	6 (60%)
3. Cuidados ao utente com dispositivo urinário				4 (40%)	6 (60%)
4. Cuidados ao utente algaliado				1 (10%)	9 (90%)

Obrigada pela sua participação!

4.3.2. Ficha de avaliação de conhecimentos aos formandos

Projeto formar para cuidar Data: 14/12/2022

Ficha de avaliação de conhecimentos – 14/12/2022

Das seguintes questões assinale com uma cruz (X) a opção correta

1. Vigiar a eliminação é importante porque:
   a) Permite conhecer o padrão dos hábitos de eliminação e notar as alterações que podem significar sinais e sintomas de doença;
   b) Fornece dados para intervir e/ou pedir ajuda aos profissionais de saúde para minimizar desconforto e complicações;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
2. As caraterísticas da urina e das fezes são:
   a) Cor, cheiro e moleza;
   b) Cor, consistência, quantidade, odor, constituição;
   c) Forma, dureza e cor;
3. Alguns problemas que podem surgir na eliminação são:
   a) Infeções urinárias, incontinência urinária, retenção urinária;
   b) Diarreia, obstipação, incontinência intestinal;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
4. Para a manutenção da vigilância da eliminação com qualidade e segurança é importante:
   a) Comunicar com todos os parceiros de cuidados;
   b) Fazer os registos da observação;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
5. O Ajudante de Ação Direta pode contribuir para fazer a vigilância da eliminação?
   a) Sim;
   b) Não;
6. Os cuidados de estímulo à eliminação são:
   a) Hidratação, alimentação;
   b) Condições de privacidade e conforto, toque, palpação e massagem;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
7. Os cuidados com os dispositivos de eliminação urinária são:
   a) Não puxar durante as mobilizações e durante a higiene;
   b) Verificar se o saco coletor está abaixo do nível do doente para que a drenagem se faça aproveitando a força da gravidade;
   c) Ambas as opções estão corretas.
8. Os estomas de eliminação são:
   a) Aberturas, realizadas por cirurgia, que colocam as vias de eliminação internas em contacto com o exterior;
   b) Caminhos de saída alternativos que permitem expelir urina e fezes;
   c) Ambas as opções estão corretas.
9. Os cuidados de higiene e conforto são:
   a) Fundamentais para promover o conforto do utente;
   b) importantes para a evitar lesões como o eritema da pele;
   c) Ambas as opções estão corretas.
10. Para manipular os dispositivos dos estomas é importante:
    a) Tomar medidas de segurança como a lavagem das mãos e o uso de luvas;
    b) Consultar as instruções especificas do fabricante;
    c) Ambas as opções estão corretas.

Obrigada pela participação!

Sessão de formação sobre Vigilância da eliminação e cuidados de apoio

4.3.3. Instrumento de cotação da ficha de avaliação de conhecimentos

Cotações e classificação da ficha de avaliação de conhecimentos		% acerto
Das seguintes questões assinale com uma cruz (X) a opção que lhe parecer mais correta	Pontos	
1. Vigiar a eliminação é importante porque:		**100%**
a) Permite conhecer o padrão dos hábitos de eliminação e notar as alterações que podem significar sinais e sintomas de doença;	5	
b) Fornece dados para intervir e/ou pedir ajuda aos profissionais de saúde para minimizar desconforto e complicações.	5	
c) Ambas as opções anteriores estão corretas;	10	
2. As caraterísticas da urina e das fezes são:		**70%**
a) Cor, cheiro e moleza;	5	
b) Cor, consistência, quantidade, odor, constituição;	10	
c) Forma, dureza e cor;	5	
3. Alguns problemas que podem surgir na eliminação são:		**80%**
a) Infeções urinárias, incontinência urinária, retenção urinária;	5	
b) Diarreia, obstipação, incontinência intestinal;	5	
c) Ambas as opções anteriores;	10	
4. Para a manutenção da vigilância da eliminação com qualidade e segurança é importante:		**90%**
a) Comunicar com todos os parceiros de cuidados;	5	
b) Fazer os registos da observação;	5	
c) Ambas as opções anteriores estão corretas;	10	
5. O Ajudante de Ação Direta pode contribuir para fazer a vigilância da eliminação?		**100%**
a) Sim;	10	
b) Não;	0	
6. Os cuidados de estímulo à eliminação são:		**95%**
a) Hidratação, alimentação;	5	
b) Condições de privacidade e conforto, toque, palpação e massagem;	5	
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10	
7. Os cuidados com os dispositivos de eliminação urinária são:		**95%**
a) Não puxar durante as mobilizações e durante a higiene;	5	
b) Verificar se o saco coletor está abaixo do nível do doente para que a drenagem se faça aproveitando a força da gravidade;	5	
c) Ambas as opções estão corretas.	10	
8. Os estomas de eliminação são:		**85%**
a) Aberturas, realizadas por cirurgia, que colocam as vias de eliminação internas em contacto com o exterior;	5	
b) Caminhos de saída alternativos que permitem expelir urina e fezes;	5	
c) Ambas as opções estão corretas.	10	
9. Os cuidados de higiene e conforto são:		**100%**
a) Fundamentais para promover o conforto do utente;	5	
b) Importantes para a evitar lesões como o eritema da pele;	5	
c) Ambas as opções estão corretas.	10	
10. Para manipular os dispositivos dos estomas é importante:		**95%**
a) Tomar medidas de segurança como a lavagem das mãos e o uso de luvas;	5	
b) Consultar as instruções especificas do fabricante, porque variam com a situação;	5	
c) Ambas as opções estão corretas.	10	
Classificação total:	100	**91%**

A metodologia de avaliação das aprendizagens a aplicar a todas as Ações de formação, terá como base uma avaliação sumativa, efetuada através da realização de uma ficha de avaliação de conhecimentos final da Ação realizada no final da sessão do módulo II.

Pretende-se com esta avaliação, verificar se os resultados esperados foram alcançados pelos formandos. A classificação final da ficha será aferida, de acordo com a escala de avaliação numérica de 0 a 100, com a seguinte correspondência em termos qualitativos:

- 0% – 39% – Muito Insuficiente;
- 40% – 49% – Insuficiente;
- 50% – 69% – Suficiente;
- 70% – 89% – Bom;
- 90% – 100% – Muito Bom

Alcançar os resultados esperados no final da ação de formação será determinado pelos seguintes critérios: Considera-se que os resultados esperados na ação de formação foram alcançados pelo formando quando a sua classificação final for igual ou superior a 50%, correspondendo em termos qualitativos a “Suficiente”.

Considera-se que o formando não alcançou os resultados esperados na ação de formação quando a sua classificação final for igual ou inferior a 49%, correspondendo em termos qualitativos a “Insuficiente”.

Considera-se que o formando demostra domínio dos conteúdos quando a sua classificação final for igual ou superior a 70%, correspondendo em termos qualitativos a “Bom ou Muito Bom”.

4.3.4. Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos

Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos "eliminação"												% acerto
Pergunta	Cotação	10 Responderam										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.		**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	5											
b)	5		x									
c)	10	x		x	x	x	x	x	x	x	x	
2.		**5**	**5**	**10**	**5**	**5**	**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**70%**
a)	5		x		x	x					x	
b)	10			x			x	x	x	x		
c)	5	x										
3.		**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**5**	**5**	**80%**
a)	5		x			x				x	x	
b)	5											
c)	10	x		x	x		x	x	x			
4.		**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**90%**
a)	5		x									
b)	5					x						
c)	10	x		x	x		x	x	x	x	x	
5.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
b)	0											
6.		**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**95%**
a)	5		x									
b)	5											
c)	10	x		x	x	x	x	x	x	x	x	
7.		**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**95%**
a)	5											
b)	5		x									
c)	10	x		x	x	x	x	x	x	x	x	
8.		**5**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**85%**
a)	5	x				x		x				
b)	5											
c)	10		x	x	x		x		x	x	x	
9.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	5											
b)	5											
c)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
10.		**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**95%**
a)	5		x									
b)	5											
c)	10	x		x	x	x	x	x	x	x	x	média
Total:	100	**90%**	**65%**	**100%**	**95%**	**80%**	**100%**	**90%**	**100%**	**95%**	**90%**	**90,5%**

100 % dos formandos alcançou os resultados esperados, com classificação superior a 50% na ficha de avaliação de conhecimentos.

90 % dos formandos demostrou domínio dos conteúdos com classificação igual ou superior a 70% na ficha de avaliação de conhecimentos.

4.3.5. Ficha de avaliação da formação pelo formador

Ficha de avaliação das sessões de formação pelo formador				
1ª Ação	Cuidados de apoio à eliminação	**População Alvo**	AAD	nº participantes **16**
Data	07/12/2022	**Módulo**	I	
Tema	Vigilância da eliminação	**Formador**	Dominique Fernandes	

Pretende-se avaliar a intervenção e as dinâmicas das sessões. Assinalar com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global dos conteúdos e da formação	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatóriamente	4 Muito	5 Total/
1. Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					X
2. A metodologia utilizada na componente teórica foi adequada?					X
3. A metodologia utilizada na componente prática foi adequada?				X	
4. A duração da sessão foi adequada?			X		
5. Deu/ houve oportunidade para os formandos esclarecerem dúvidas e partilharem experiências?				X	
6. Usou linguagem clara e simples na abordagem às temáticas?					X
7. O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?			X		
8. Em que grau os formandos foram participativos?				X	

9. Resultado da avaliação global da sessão de formação pelos formandos: De uma forma geral nas respostas às questões do questionário os formandos mostraram-se "muito" ou "totalmente" satisfeitos com a sessão, referiram que o nível de conhecimentos com que iniciaram a formação foi "muito" ou "totalmente" melhorado e consideraram esta formação "muito" ou "totalmente" útil para a sua prática profissional.

10. Sugestões para melhorar as futuras sessões de formação: Motivar para a pontualidade e assiduidade. Fomentar o interesse pelos temas. Melhorar a gestão de tempo para que haja maior disponibilidade de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Otimizar o espaço físico, reduzir o ruido.

Bom trabalho!

Ficha de avaliação das sessões de formação pelo formador				
1ª Ação	Cuidados de apoio à eliminação	**População Alvo**	AAD	nº participantes **10**
Data	14/12/2022	**Módulo**	II	
Tema	Cuidados de apoio à eliminação	**Formador**	Dominique Fernandes	

Pretende-se avaliar a intervenção e as dinâmicas das sessões. Assinalar com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global dos conteúdos e da formação	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Total/
1. Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					X
2. A metodologia utilizada na componente teórica foi adequada?					X
3. A metodologia utilizada na componente prática foi adequada?				X	
4. A duração da sessão foi adequada?			X		
5. Deu/ houve oportunidade para os formandos esclarecerem dúvidas e partilharem experiências?					X
6. Usou linguagem clara e simples na abordagem às temáticas?					X
7. O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?				X	
8. Em que grau os formandos foram participativos?					X

9. Resultado da avaliação global da sessão de formação pelos formandos: De uma forma geral nas respostas às questões do questionário os formandos mostraram-se "muito" ou "totalmente" satisfeitos com a sessão, referiram que o nível de conhecimentos com que iniciaram a formação foi "muito" ou "totalmente" melhorado e consideraram esta formação "muito" ou "totalmente" útil para a sua prática profissional.

10. Sugestões para melhorar as futuras sessões de formação: Motivar para a pontualidade e assiduidade. Fomentar o interesse pelos temas. Melhorar a gestão de tempo para que haja maior disponibilidade de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas.

11. Resultado das fichas de avaliação de conhecimentos: Os resultados esperados foram atingidos por todos os participantes.

Bom trabalho!

5. - 2ª Ação de Formação

“Comunicação com os parceiros de cuidados”

11 e 18 de janeiro 2023

CCPF

FORMADOR: Dominique Fernandes

5.1. Plano de Formação

Data	11 e 18 de Janeiro 2023;	**Hora**	14h30-15h20
Local/ Espaço	CCPF	**Duração**	50 Minutos
2ª Ação	Comunicação com os parceiros de cuidados		
Módulo	Módulo I	Módulo 2	
Tema da sessão	Importância de melhorar as habilidades de comunicação na prestação de cuidados	Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva	
Sessão Nº	Uma/Duas		
População alvo	Ajudantes de ação direta (AAD) da valência de apoio à dependência do CCPF		
Formador	Enf.ª Dominique Fernandes		
Objetivo geral	Melhorar conhecimentos e habilidades para uma comunicação efetiva e assertiva na prestação de cuidados de apoio nas AVDs às pessoas em situação de dependência.		
Objetivos específicos Módulo I	1. Identificar pelo menos 4 elementos do processo de comunicação; 2. Identificar pelo menos um fator que influencia na comunicação; 3. Identificar pelo menos uma atitude facilitadora da comunicação eficaz; 4. Identificar pelo menos um obstáculo/barreira que perturba a comunicação; 5. Reconhecer o que é a comunicação assertiva;		
Módulo II	6. Identificar pelo menos uma técnica para uma comunicação assertiva; 7. Identificar estratégias para melhorar a escuta ativa; 8. Reconhecer a relevância da comunicação assertiva na instituição para a continuidade e segurança dos cuidados; 9. Identificar pelo menos 2 caraterísticas do comunicador assertivo; 10. Participar pelo menos em 1 dinâmica de treino da Comunicação;		

Planificação

5.1.1. Módulo I – Sessão sobre Importância de melhorar as habilidades de comunicação na prestação de cuidados

Data: 11/01/2023

Etapa	Objetivos pedagógicos	Conteúdos	Atividades didáticas	Métodos pedagógicos	Materiais didáticos	Tempo (min)	Avaliação
Introdução	Avaliar conhecimentos prévios	Apresentação e Comunicação dos objetivos e do sumário	Enquadramento do tema	Expositivo Interrogativo	Computador diapositivos PowerPoint, retroprojetor, papel e caneta, diálogo,	10	Diagnóstica inicial através da colocação de questões orais
	Exercitar a reflexão crítica sobre experiências de comunicação verbal e não verbal	Importância da formação em comunicação. A complexidade do ato de comunicar.	Dinâmica de grupo com exercício de comunicação	Interrogativo/ interativo participativo			
Desenvolvimento	Melhorar conhecimentos	Conceito de comunicação interpessoal.	Apresentação dos conteúdos	Expositivo/ interrogativo com brainstorming		25	Formativa. Intercalar Análise do Desempenho e observação da participação dos AAD
		Componentes/ modos da comunicação face a face.	Partilhar experiências	Interrogativo/ reflexivo			
	Compreender o processo de comunicação e a importância de uma comunicação efetiva	O Processo de comunicação e os seus elementos	Apresentação dos conteúdos estímulo à participação	Expositivo, interrogativo, Ativo (role-playing, simulação, brainstorming), reflexivo	Intervenção dos AAD com menção de vivências profissionais		
		Fatores que influenciam a comunicação					
		Silêncio, escuta ativa e feedback					
		Impacto das barreiras da comunicação					
		O que é a Comunicação assertiva?					
Conclusão	Consolidar conteúdos	Todos os anteriores	Discussão e Síntese	Interativo	Esclarecimento de dúvidas	10	Apreciação geral da sessão através de resposta a questionário
Avaliação	Analisar desempenho	Colocação de questões	Questionário de avaliação	Participativo/ ativo	Papel e esferográfica	5	

Planificação

5.1.2. Módulo II – Sessão sobre Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva

Data: 18/01/2023

Etapa	Objetivos pedagógicos	Conteúdos	Atividades didáticas	Métodos pedagógicos	Materiais didáticos	Tempo (min)	Avaliação
Introdução	Avaliar conhecimentos prévios	Apresentação do tema	Breve resumo da sessão anterior.	Expositivo,	Computador, diapositivos PowerPoint, retroprojetor, diálogo, colocação de questões orais dúvidas	10	Diagnóstica inicial, colocação de questões orais
	Exercitar a reflexão crítica sobre experiências de comunicação verbal e não verbal	Comunicação dos objetivos e do sumário	Exercício de pensamento	Interrogativo/ interativo			
Desenvolvimento	Melhorar conhecimentos	Como usar o comportamento assertivo	Apresentação dos conteúdos	Expositivo/ ativo		20	Formativa. Intercalar análise do desempenho Observação da participação dos AAD
	Reconhecer a relevância da comunicação assertiva para a continuidade e segurança dos cuidados	Estratégias de aplicação da técnica da escuta ativa e da negociação	Partilhar experiências	Ativo/ reflexivo			
	Melhorar habilidades de comunicação assertiva	Treinar a escuta ativa	Apresentação dos conteúdos	Expositivo, interrogativo, ativo, reflexivo	Intervenção dos AAD com menção de vivências profissionais		
		Treinar o comportamento assertivo					
	Treinar a comunicação	Dinâmicas de grupo					
Conclusão	Consolidar conteúdos	Todos os anteriores	Discussão e Síntese	Interativo	Esclarecimento de dúvidas	10	Sumativa e Apreciação geral da sessão através de resposta a questionário
Avaliação	Analisar desempenho	Colocação de questões	Questionário de avaliação	Participativo/ ativo	Papel e esfero-gráfica	10	

5.2. Documentação de apoio à 2ª Ação de formação

5.2.1. Material de leitura – Infografia sobre Atitudes para uma comunicação eficaz



5.2.2. Material de leitura – Folheto sobre comunicação assertiva

Comunicação eficaz

Eficácia está relacionada com o objetivo de transmitir uma mensagem com significado

Características

- Reconhecer que os sentimentos influenciam a comunicação;
- Ter tolerância perante os sentimentos dos outros que nos influenciam;
- Induzir sentimentos de segurança;
- Ouvir segundo perspetiva do emissor;
- Prestar atenção, respeitar, compreender e centrar-se no outro;
- Assumir metade das responsabilidades pelo (in)sucesso da comunicação;
- Dar e receber o feedback;
- Tolerar silêncios curtos;
- Não (re)agir segundo as ideias preconcebidas;
- Reconhecer que a comunicação é imperfeita;

Qual a importância da formação em Comunicação?

- Promove o desenvolvimento pessoal;
- Melhora a capacidade para lidar com os desafios da função;
- Aumenta a autoconfiança, e o relacionamento interpessoal;
- Facilita a coesão entre os parceiros de cuidados.
- Promove um ambiente favorável;
- Melhora a segurança, a qualidade dos serviços prestados;
- Melhora a satisfação de todos os parceiros.

(Maxwell, H. et al., 2021)

A comunicação é essencial na prevenção de eventos adversos e é a base de parcerias eficazes, necessárias no cuidado à pessoa com dependência.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
MOURA PONTINHA

Morada: UCC Moura Pontinha
Av. São Pedro, Lote R5 - c/v 1675-171 Pontinha

Telefone: 210128885
Email: ucc.mpontinha@arslvt.min-saude.pt
SITE: https://sites.google.com/view/cuidar-e-o-dobro-o-em-pandemia/ucc-mouramoura-pontinha?pli=1

Referências: Maxwell, H. et al (2021). Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian community: A qualitative study. Health & Social Care in the Community, 29(3), 685–693. https://doi.org/10.1111/hsc.13331
Riley, J. B.; Silva, F. A., trad.(2004). Comunicação em enfermagem (4ª). Loures: Lusociência.
Watzlawick, P. (s.d.). The Interactional View (pp1). McGraw Hill
https://www.africabook.com/db/cp/interactionalview.pdf

Projeto Formar para cuidar

COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Expressar-se de maneira firme, com positividade, honestidade, veracidade e respeito.

Comunicar → Tornar comum

- Pontos de vista;
- Experiências;
- **Sentimentos e emoções;**
- Significados;
- Interpretações;
- Opiniões sobre a realidade.

Riley, 2004

Elaborado por Dominique Fernandes, Enfermeira do Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Enfª Especialista em Enfermagem Comunitária Silvia Matos.

Comunicação eficiente

Eficiência está relacionada com os meios utilizados para a comunicação

Características

- O emissor fala claramente;
- O canal não apresenta ruido;
- O destinatário ouve bem;
- O emissor utiliza os melhores recursos;
- Não há ruidos ou interferências internas ou externas;

O local da interação, deve satisfazer as necessidades de conforto e de segurança dos participantes.

Como usar o **Comportamento assertivo?**



– Não se cale quando não concorda - evita ser envolvido em opiniões e posições com as quais não partilha "quem cala consente". Atenção ao tom. Tenha cuidado para não soar agressivo, mas não se deixe dominar, humilhar ou insultar. Agressividade gera agressividade

– Seja claro nos seus pedidos - objetividade, mas não reducionismo! Explicar o motivo com informações completas e corretas. Ser sincero e verdadeiro no que diz e como age pode ajudar a esclarecer qualquer situação e gera confiança no local de trabalho, o que torna o trabalho fácil e agradável. Simpatia gera simpatia





– Esteja aberto para negociar - Saber que tem necessidades, mas que o outro também tem as suas próprias. Ser flexivel pode ajudar os dois lados. lembre-se sempre de pensar antes de falar. Não veja só os seus interesses. Aceite o sucesso dos outros.

– Preocupe-se com o outro - "Entender o limite do próximo e não cruzar essa linha é essencial", cuidado com o "sincericídio". Converse, escute, dê espaço para o outro falar. Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade. Seja um bom ouvinte!





– Saiba manifestar-se diante das pessoas - "Seja firme em suas ideias, não com as suas palavras" , cuidado para não soar agressivo. Seja solidário. Conheça-se a si mesmo e aos outros para compreender as suas reações.

5.2.3. Diapositivos PowerPoint projetados

Comunicação com os parceiros de cuidados

Modulo I

Enfermeira Dominique Fernandes

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob Orientação de:
Professora Doutora Laura Viegas e
Enfermeira especialiasta Sílvia Matias

ars lvt LISBOA E VALE DO TEJO ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS

Unidade de Cuidados na Comunidade



Sumário:

- 1. Importancia da formação em comunicação
- 2. Definição de comunicação interpessoal
- 3. Complexidade da comunicação
- 4. Processo da comunicação e seus elementos
- 5. Comunicação eficiente e eficaz
- 6. Fatores que influenciam a comunicação
- 7. O silêncio na comunicação
- 8. Escuta ativa
- 9. Impacto das barreiras na Comunicação
- 10. Comunicação assertiva





Qual a importância da formação em **comunicação?**

- Promove o desenvolvimento pessoal;
- Melhora a capacidade para lidar com os desafios da função;
- Aumenta a autoconfiança, e o relacionamento interpessoal;
- Facilita a coesão entre os parceiros de cuidados.
- Promove um ambiente favorável;
- Melhora a segurança, a qualidade dos serviços prestados;
- Melhora a satisfação de todos.

(Maxwell, H. et al., 2021)

- A comunicação é a base das parcerias eficazes, essenciais no cuidado à pessoa com dependência.
(Plano Nacional de Segurança do Doente)

Comunicação:

Nome que deriva do verbo comunicar

Comunicar → **Tornar comum**

Definições dicionário Priberam da Língua Portuguesa

- Pontos de vista;
- Experiências;
- **Sentimentos e emoções;**
-Significados;
- Interpretações;
- Opiniões sobre a realidade.

Riley, 2004

Processo interativo, recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas.

Riley, 2004



Princípio:

- Todo o comportamento comunica e toda a comunicação influencia o comportamento.

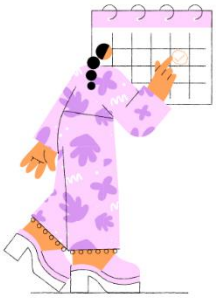
Watzlawick, P. (s.d)

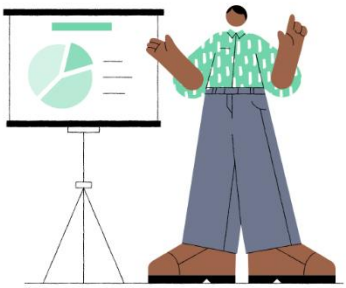
Comunicação...

- Apesar do valor destas competências ser conhecido desde há muitos anos tem sido difícil aceitar a ideia de que algo supostamente intuitivo como a comunicação possa ou deva ser sujeito a aprendizagem e treino.

(Buckman, 2002).





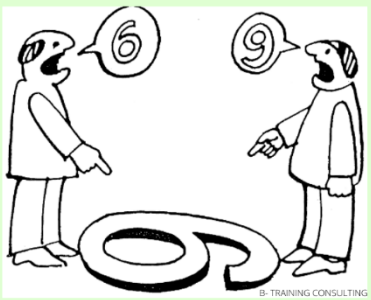


A complexidade de comunicar

A forma como avaliamos as situações resulta:

- Da nossa perspetiva;
- Da nossa experiência anterior;
- Dos filtros com que vemos e percecionamos o mundo.

Nem sempre são corretas ou reais, contudo, por acreditamos nelas defendemo-las, no diálogo com os outros.

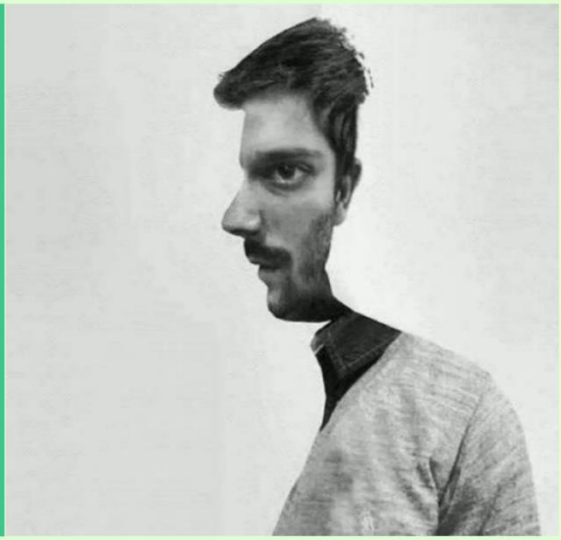


Mas... e se mudarmos a perspetiva, o entendimento mudará?

Conhecer o processo de avaliação permite:
- Construir estratégias para alterar o estado emocional e a avaliação dos intervenientes...
- Colocarmo-nos no lugar do outro, e ter outros fatores em consideração.
- Aprender a ver novos pontos de vista.

Perceção

De frente ou de lado?



A complexidade de comunicar

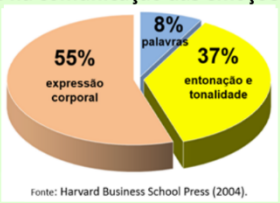
A **metáfora do iceberg** retrata duas **componentes da comunicação face a face** para a expressão dos pensamentos e sentimentos do emissor:



-Representa as mensagens cognitivas e afetivas enviadas através das palavras, inflexões do tom da voz, e ritmo do discurso.

- Representa as mensagens veiculadas através das expressões faciais e do olhar bem como a linguagem corporal, humor e toque. (ex: relance de olhar ou num sorriso caloroso)

A comunicação não-verbal representa 92% na comunicação das emoções



Mensagens sustentadas pelos valores, transmitidos pela familia, cultura, religião, sistema educacional e económico...

Exercício de comunicação

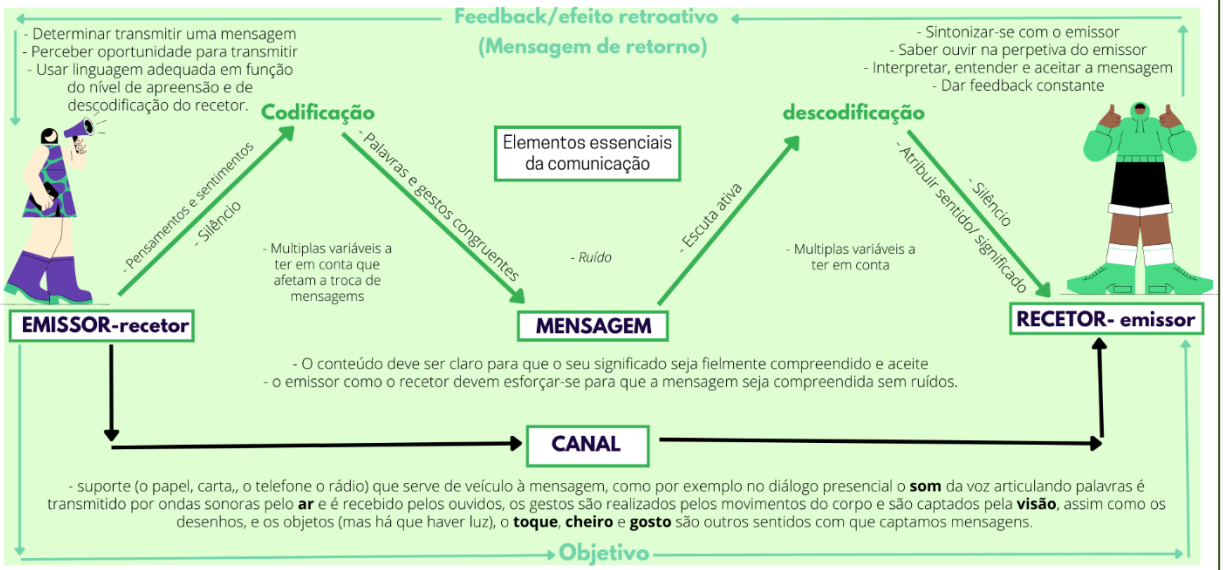
Não é apenas aquilo que dizemos, mas também como dizemos e a forma como nos apresentamos ao dizê-lo, que torna as outras pessoas interessadas na nossa mensagem.

Resultado do exercício de comunicação



Analizar e refletir resultados

Natureza recíproca do processo de comunicação



Comunicação eficiente

Eficiência está relacionada com os meios utilizados para a comunicação

Características

- O emissor fala claramente;
- O canal não apresenta ruido;
- O destinatário ouve bem;
- O emissor utiliza os melhores recursos;
- Não há ruidos ou interferências internas ou externas;

O local da interação, deve satisfazer as necessidades de conforto e de segurança dos participantes.

Comunicação eficaz

Eficácia está relacionada com o objetivo de transmitir uma mensagem com significado

Características

- Reconhecer que os sentimentos influenciam;
- Ter tolerância perante os sentimentos dos outros;
- Induzir sentimentos de segurança;
- Ouvir segundo perspetiva do emissor;
- Assumir metade das responsabilidades pelo (in)sucesso;
- Dar e receber o feedback;
- Não (re)agir segundo as ideias pré concebidas;
- Reconhecer que a comunicação é imperfeita;

Fatores que influenciam a fidelidade da comunicação

Capacidade



- Vocabulário vasto;
- Pronuncia correta;
- Gesticular adequado;
- Aceitar os silêncios;
- Descodificar mensagem;

Atitude



Connosco: autoestima, curiosidade, autoconfiança, criatividade perseverença, simpatia e empatia;
Com o assunto:
- verdade, sinceridade;
Com os outros:
- compreenção, respeito, confiança, aceitar diferenças, saber ouvir.

Nível



- Conhecer o assunto;
- Falar fluidamente;
- Adaptar a linguagem ao conhecimento;
- Quantidade de informação;

Sócio-cultural



- Prestigio;
- Crenças:
- Valores interiorizados;
- Ideias, as ideologias;
- Comportamentos:
  -aceitáveis ou não;
  -permitidos ou não;
  -puníveis...

Tipos de silêncio

Ser sensível aos silêncios e aprender a interpretá-los é uma exigência da comunicação.

DE FALTA DE HÁ VONTADE

origina situações desconfortáveis embaraçosas e precipitação no julgamento

DE REFLEXÃO POR CHOQUE DE IDEIAS

ficar surpreso, escutar e analisar a mensagem para confirmar se compreendeu bem

DE APOIO E CUMPLICIDADE

olhar fixamente e prolongadamente

Permitir que o silêncio ocorra sem tirar conclusões precipitadas;
É preciso tempo para ter a certeza que interpretamos bem o que ouvimos;
Quando não há certeza, devemos parar, **refletir**, e só depois agir.





Escuta ativa

Atitude de se colocar em atenção, de querer compreender e de centrar-se no outro.

O bom ouvinte deve ficar atento:

- às palavras (àquilo que é dito);
- aos aspectos não-verbais (corpo, voz, gestos e expressões faciais);
- aos aspetos simbólicos (penteados, roupas, tatuagens, relógios, piercings, etc.).

A comunicação não-verbal representa **92%** na comunicação das emoções



qual a importância do **feedback?**

- É essencial para guiar um indivíduo, equipa ou empresa à direção em que o seu trabalho deve seguir.
- Serve para avaliar se a comunicação está a ser eficaz, se o trabalho está "no bom caminho".

Um bom feedback ajuda a pessoa a:

- aperfeiçoar-se,
- conhecer as suas limitações e pontos fortes,
- a construir uma aprendizagem com as críticas,
- a maximizar o seu potencial até atingir os seus objetivos.

Impacto das barreiras da comunicação

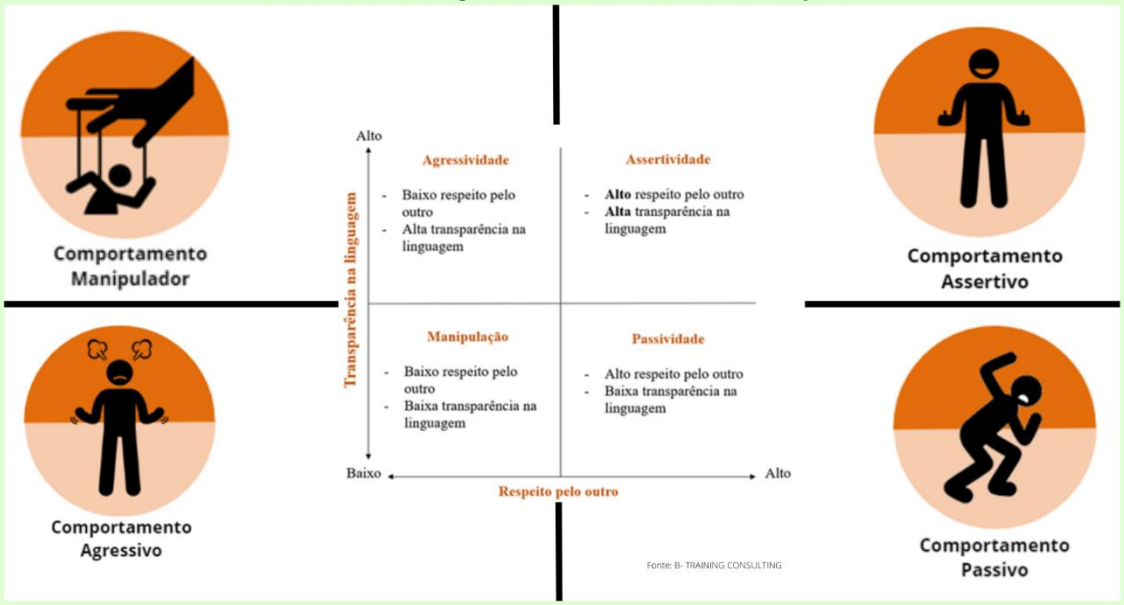
provocam perdas na eficácia da comunicação

Perdas

- **100%** é o que se quer dizer
- **80%** é o que se diz
- **60 %** é o que se ouve
- **40%** é o que se compreende
- **30%** é o que se retém
- **20%** é o que se repercute

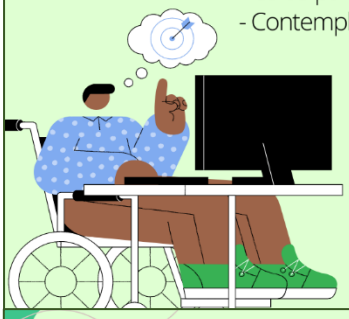
Excesso de informação	Barreiras Emocionais	Linguagem de dificíl compreenção	Falta de confiança	Ambiente barulhento
tem de reter muita informação em pouco tempo e seleciona a que lhe parece mais importante?	está a ter um mau dia e sente-se frustado?	é um cientista que para explicar um fenómeno do tempo a uma criança pequena usa linguagem técnica	pediram-lhe para partilhar algo sobre si mas está hesitante porque tem vergonha de falar em publico?	está a ter uma conversa com amigos enquanto toca música alta e há imenso ruido?

Estilos de comportamentos na comunicação



O que é a
Comunicação assertiva

- Direta, Clara, Objetiva, Verdadeira,
- Conhecedora dos seus direitos,
- Que escuta ativamente;
- Cuida para que o outro receba a informação com respeito,
- Contempla as características e necessidades dos interlocutores, sem ofender ou agredir



Assertividade

A assertividade é a capacidade de nos expressarmos abertamente e honestamente, sem negarmos os direitos dos outros.

- Deve ser treinada, para se sobrepor às atitudes ineficazes na comunicação como é o caso da atitude passiva e agressiva pouco respeitadoras e ineficazes

Ser "eu próprio". Não dissimular opiniões, sentimentos e objetivos pessoais	**Ser transparente. Negociar na base de objetivos claramente fixados e comunicados**	**Ser simples e direto. Afirmar ideias com positividade e segurança**
Ser determinado. Não ter medo de correr riscos. Lutar pela realização pessoal	**Comunicação Assertiva**	**Conhecer direitos. Não permitir que o explorem, humilhem ou agridam**
Procurar negociar em qualquer situação de conflito com sensatez	**Manter relações transparentes e baseadas na confiança mútua**	**Respeitar e promover as opiniões, sentimentos e objetivos dos interlocutores**

Referências Bibliográficas

- Riley, J. B.; Silva, F. A., trad.(2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª). Loures: Lusociência.
- Watzlawick, P. (s.d.). The Interactional View (9ª). McGraw-Hill https://www.afirstlook.com/docs/interactionalview.pdf.
- Vicente, B. (2018). Capacitar para bem comunicar (Relatório de Estágio para a obtenção de grau de Mestre na área de Enfermagem de Saúde Comunitária). Escola Superior de Saúde. Santarém. http://hdl.handle.net/10400.15/2250.
- Filho, A. T. (2019, julho). Feedback e a comunicação interpessoal na gestão de projetos. Revista Alumni da ESIC, (51), 46-47. https://www.esic.edu/sites/default/files/alumni/revista/51/index.html
- Harvard Business School Press. (2004). Comunicação pessoal impecável. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Maxwell, H.,et al (2021). Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian community: A qualitative study. Health & Social Care in the Community, 29(3), 685–693. https://doi.org/10.1111/hsc.13331
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), Diário da República, II Série (n.o 187 de 24-09-2021), 96-103. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Coloquem as vossas dúvidas

preenchimento dos questionários de avaliação

Obrigada

pela sua participação e atenção!

Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva

Modulo II



Enfermeira Dominique Fernandes

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob Orientação de:
Professora Doutora Laura Viegas e
Enfermeira especialiasta Sílvia Matias

ars lvt ACES Unidade de Cuidados na Comunidade

Sumário:

- 1. Para que serve o treino da comunicação
- 2. Como usar o comportamento assertivo
- 3. Estratégias de aplicação da tecnica da escuta ativa
- 4. Estratégias de aplicação da tecnica da negociação
- 5. Falar com o utente com limitação da fala, audição e de visão
- 6. Exercicios práticos através de dinamicas de grupo



para que serve
Exercitar a comunicação



Serve **para melhorar a capacidade de relacionamento** de um indivíduo, ou grupo profissional com os outros (clientes, colegas, parceiros)

Construir estratégia de melhoria:

Tendo em conta o conhecimento anterior conseguem **identificar dificuldades** na comunicação interpessoal que necessitem ser trabalhadas/ melhoradas?

- O que fazem que dá certo?
- O que costuma gerar ruídos e conflitos?
- Que palavras e tom adotam?
- Qual a linguagem corporal?
- Qual a postura diante das adversidades?



Questões para conhecer os **pontos fraços e fortes** e usa-los na melhoria continua

Caraterísticas de um comunicador assertivo

Resumo



Falar claramente **Ouvir calma e atentamente**	**Honesto** **Seguro** **Confiante**	**Linguagem corporal congruente**	**Dar o exemplo com o comportamento**

Caraterísticas de um comunicador assertivo

continuação



Saber que tem o direito a pedir, e aceitar que o outro tem o direito a recusar	**Demonstrar respeito, cuidado com piadas preconceituosas**	**Demonstrar discordância sem dominar, humilhar ou insultar**	**Resolver problemas** **Motivar** **Reduzir conflitos**

Como usar o Comportamento assertivo?

Seja Simpatico, aberto atencioso e prestável mas:

– Não se cale quando não concorda - evita ser envolvido em opiniões e posições com as quais não partilha "quem cala consente". Atenção ao tom. Tenha cuidado para não soar agressivo, mas não se deixe dominar, humilhar ou insultar.

Agressividade gera agressividade



Como usar o
Comportamento assertivo?

– Seja claro nos seus pedidos - objetividade, mas não reducionismo! Explicar o motivo com informações completas e corretas. Ser sincero e verdadeiro no que diz e como age pode ajudar a esclarecer qualquer situação e gera confiança no local de trabalho, o que torna o trabalho fácil e agradável.

Simpatia
gera
simpatia



Como usar o
Comportamento assertivo?



– Saiba manifestar-se diante das pessoas - "Seja firme nas suas ideias, não com as suas palavras". Cuidado com as mudanças repentinas no comportamento. Seja solidário

Conheça-se a si mesmo e aos outros para compreender as suas reações



Como usar o
Comportamento assertivo?

– Esteja aberto para negociar - Saber que tem necessidades, mas que o outro também tem as suas próprias necessidades. Ser flexivel pode ajudar os dois lados. lembre-se sempre de pensar antes de falar.

Não veja só os seus interesses.

Aceite o sucesso dos outros.



Como usar o
Comportamento assertivo?

– Preocupe-se com o outro - "Entender o limite do próximo e não cruzar essa linha é essencial", cuidado com o "sincericídio". Converse, escute, dê espaço para o outro falar. Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade



Seja um bom ouvinte

Sabedoria popular: "Temos 2 ouvidos e uma boca por isso devemos ouvir mais e falar menos".

Estratégias para a técnica da Escuta ativa

Prestar atenção
-Olhar direto nos olhos,
-Estar focado
-Captar a imagem não verbal.

Mostrar-se interessado
-Acenar ocasionalmente;
-Sorrir;
-Utilizar expressões faciais;
-Cuidar da postura;
-Encorajar.

Fornecer feedback constante
-Refletir;
- Repetir;
-Resumir comentários;
- tolerar silêncios curtos;
-Encorajar acenando;

Evitar interromper o raciocínio do emissor
-Deixar terminar o discurso;
-Não interromperr com contraargumentos;
-Dar espaço para transmitir.

Responder de forma apropriada
-Respeitar a opinião do outro;
-Ser compreensivo;
-Ser sincero;
-Ser honesto;
-Defender pontos de vista educadamente.

Estratégias para a técnica da Negociação

Pedir assertivamente

- Não se desculpe nem se auto-justifique por pedir;
- Seja discreto e breve;
Não explore a boa vontade do outro;
-Dê razões, poucas e autênticas, para o seu pedido;

Em caso de recusa (e se o que pede for muito importante para si)
-Dê mais razões ou reformule o pedido;
-Não sinta a recusa como um ataque pessoal..

Recusar assertivamente

- Esclareça o pedido;
-Reconheça o pedido
-Dê razões da recusa se quiser;
-Não almofade a recusa com pedidos de desculpas, nem com razões suplementares

Aplaudir assertivamente

- Seja breve e discreto;
-Elogie concretamente;
-Evite comparações;
-Apresse-se a elogiar;
-Varie e gradue a forma de elogiar



Exercícios práticos

1º exercicio - Identificar Objetos

-O objetivo dessa dinâmica em grupo é trabalhar a linguagem não verbal demonstrando que é possivel receber informação tátil e atribuir-lhe significado.

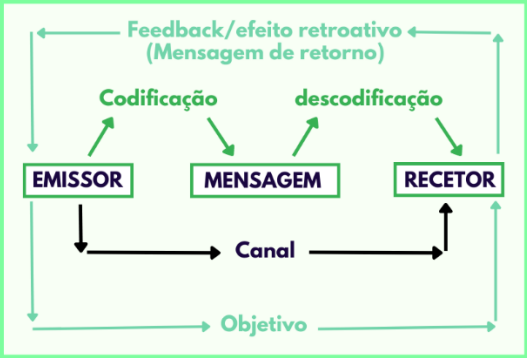
Deverá ter atenção e seguir todas as indicações.



Exercícios práticos

Considerar o seguinte cenário:

Comunicar com uma pessoa com limitações na fala e/ou visão e/ou audição



Pensar em estratégias tendo em conta as caraterísticas de um comunicador eficiente e assertivo

Partilhar estratégias

Instruir exemplificando

Um voluntário



Exercícios práticos

2º exercicio - Passa a mensagem ou Dinamica dar banho ao elefante

-O objetivo dessa dinâmica em grupo é demonstrar que o ruído na comunicação é capaz de causar sérias distorções no modo como uma mensagem é disseminada.

Deverá ter atenção e seguir todas as indicações.



Exercícios práticos



3º exercicio - O corpo fala

- O objetivo desta dinamica é demonstrar a importância da linguagem corporal durante uma interação.

Deverá ter atenção e seguir todas as indicações.

O Treino de comunicação é essencial para a evolução pessoal e profissional.

As dinâmicas de comunicação são perfeitas para capacitar a equipa e exercer uma comunicação mais assertiva.

Reflexão... para melhoria continua

- **O que deu certo?**
- O que gerou ruído e conflitos?
- Que palavras e tom adotaram?
- Qual a linguagem corporal?
- Qual a postura diante das adversidades?
- **O que fariam diferente?**



Referências Bibliográficas

- Riley, J. B.; Silva, F. A., trad.(2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª). Loures: Lusociência.
- Watzlawick, P. (s.d.). The Interactional View (9ª). McGraw-Hill https://www.afirstlook.com/docs/interactionalview.pdf.
- Vicente, B. (2018). Capacitar para bem comunicar (Relatório de Estágio para a obtenção de grau de Mestre na área de Enfermagem de Saúde Comunitária). Escola Superior de Saúde. Santarém. http://hdl.handle.net/10400.15/2250.
- Filho, A. T. (2019, julho). Feedback e a comunicação interpessoal na gestão de projetos. Revista Alumni da ESIC, (51), 46-47. https://www.esic.edu/sites/default/files/alumni/revista/51/index.html
- Harvard Business School Press. (2004). Comunicação pessoal impecável. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Maxwell, H.,et al (2021). Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian community: A qualitative study. Health & Social Care in the Community, 29(3), 685–693. https://doi.org/10.1111/hsc.13331
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), Diário da República, II Série (n.o 187 de 24-09-2021), 96-103. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Coloquem as vossas dúvidas

preenchimento dos questionários de avaliação

Obrigada

5.3. Estratégia de avaliação

5.3.1. Ficha de apreciação da sessão pelos formandos

Questionário de avaliação das sessões de formação			
2ª Ação	Comunicação com os parceiros de cuidados	**População Alvo:**	Ajudantes de ação direta
Data	11/01/2023	**Módulo**	I
Tema	Importância de melhorar as habilidades de comunicação na prestação de cuidados	**Formador**	Dominique Fernandes

A sua opinião é da máxima importância para melhorar a qualidade das formações. Pretende-se avaliar se a intervenção foi útil, e a satisfação com as sessões. Por favor, assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Totalmente
n 12 participantes (55% de N 22)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O nível de conhecimentos com que iniciei a formação foi melhorado				7 (58%)	5 (42%)
2. As minhas expetativas foram satisfeitas				6 (50%)	6 (50%)
3. Considero esta formação útil para a minha prática profissional				4 (33%)	8 (67%)
Apreciação dos conteúdos e formação	1	2	3	4	5
1. Considero que os assuntos abordados são interessantes			1 (8%)	4 (33%)	7 (58%)
2. Considero que a duração da sessão foi suficiente			2 (17%)	4 (33%)	6 (50%)
3. Considero que tive oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências			2 (17%)	5 (42%)	5 (42%)
4. Considero que formadora abordou de forma clara e simples as temáticas			1 (8%)	5 (42%)	6 (50%)
5. Considero que os métodos facilitam a compreensão do tema			1 (8%)	5 (42%)	6 (50%)
6. Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados			2 (17%)	3 (25%)	7 (58%)

Obrigada pela sua participação!

Questionário de avaliação das sessões de formação			
2ª Ação	Comunicação com os parceiros de cuidados	**População Alvo:**	Ajudantes de ação direta
Data	18/01/2023	**Módulo**	II
Tema	Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva	**Formador**	Dominique Fernandes

A sua opinião é da máxima importância para melhorar a qualidade das formações. Pretende-se avaliar se a intervenção foi útil, e a satisfação com as sessões. Por favor, assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Totalmente
n 9 participantes (41% de N 22)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O nível de conhecimentos com que iniciei a formação foi melhorado			1 (11%)	4 (44%)	4 (44%)
2. As minhas expetativas foram satisfeitas				5 (56%)	4 (44%)
3. Considero esta formação útil para a minha prática profissional				2 (22%)	7 (78%)
Apreciação dos conteúdos e formação	1	2	3	4	5
1. Considero que os assuntos abordados são interessantes				2 (22%)	7 (78%)
2. Considero que a duração da sessão foi suficiente		1 (11%)	2 (22%)	1 (11%)	5 (56%)
3. Considero que tive oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências			1 (11%)	2 (22%)	6 (67%)
4. Considero que formadora abordou de forma clara e simples as temáticas				1 (11%)	8 (89%)
5. Considero que os métodos facilitam a compreensão do tema				3 (33%)	6 (67%)
6. Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados				4 (44%)	5 (56%)
Considero que adquiri mais conhecimento sobre:	1	2	3	4	5
1. Comunicar com o utente com limitações da fala				2 (22%)	7 (78%)
2. Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição			1 (11%)	2 (22%)	6 (67%)
3. Interagir com cordialidade com a família da pessoa				4 (44%)	5 (56%)
4. Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade			1 (11%)	1 (11%)	7 (78%)
5. Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer				3 (33%)	6 (67%)
6. Lidar com o luto/morte/consolo			1 (11%)	4 (44%)	4 (44%)
7. Resolução de conflitos interpessoais				4 (44%)	5 (56%)
8. Comunicar com a equipa multidisciplinar tendo em vista a continuidade dos cuidados				5 (56%)	4 (44%)

Obrigada pela sua participação!

5.3.2. Ficha de avaliação de conhecimentos aos formandos

Projeto formar para cuidar Data: 11 e 18/01/2023

Ficha de avaliação de conhecimentos – 18/01/2023

Das seguintes questões assinale com uma cruz (X) a opção correta

1. A formação em comunicação é importante porque:
   a) Facilita a coesão entre os parceiros da equipa;
   b) Melhora a capacidade para relacionamentos interpessoais;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
2. Os 4 elementos essenciais do processo de comunicação são:
   a) Emissor, objetivos, mensagem e recetor;
   b) Emissor, mensagem, canal e recetor;
   c) Emissor, voz, gestos e recetor;
3. Dois fatores que influenciam na comunicação são:
   a) Conhecimento e ideologias;
   b) Atitude e prestígio;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
4. Uma atitude facilitadora da comunicação eficaz é:
   a) Atitude de submissão;
   b) Atitude de respeito;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
5. Um obstáculo/barreira que perturba a comunicação é:
   a) Evitar contacto visual;
   b) A Honestidade;
6. O que é a comunicação assertiva?
   a) É uma comunicação aberta e honesta, sem negar os direitos dos outros;
   b) É uma comunicação direta, clara, verdadeira com o outro sem ofender ou agredir;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
7. Para uma comunicação assertiva é necessário
   a) Escutar ativamente;
   b) Saber negociar;
   c) Ambas as opções estão corretas.
8. Algumas estratégias para melhorar a escuta ativa são:
   a) Prestar atenção aos aspetos não verbais e mostrar-se interessado;
   b) Dar feedback e evitar interromper o raciocínio do emissor;
   c) Ambas as opções estão corretas.
9. As caraterísticas do comunicador assertivo são:
   a) Ser Autoconfiante e respeitador;
   b) Ser Honesto e determinado;
   c) Ambas as opções estão corretas.
10. Praticar a comunicação assertiva na instituição ajuda:
    a) A Gerir conflitos sem perda de direitos e a melhorar o clima das relações de trabalho;
    b) A Promover compreensão e a coesão entre os membros da equipa;
    c) Ambas as opções estão corretas.

Obrigada pela participação!

5.3.3. Instrumento de cotação da ficha de avaliação de conhecimentos

Das seguintes questões assinale com uma cruz (X) a opção que lhe parecer mais correta	Pontos
1. A formação em comunicação é importante porque:	5
a) Facilita a coesão entre os parceiros da equipa;	5
b) Melhora a capacidade para relacionamentos interpessoais;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
2. Os 4 elementos essenciais do processo de comunicação são:	
a) Emissor, objetivos, mensagem e recetor;	5
b) Emissor, mensagem, canal e recetor;	10
c) Emissor, voz, gestos e recetor;	5
3. Dois fatores que influenciam na comunicação são:	
a) Conhecimento e ideologias;	5
b) Atitude e prestígio;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
4. Uma atitude facilitadora da comunicação eficaz é:	
a) Atitude de submissão;	5
b) Atitude de respeito;	10
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	0
5. Um obstáculo/barreira que perturba a comunicação é:	
a) Evitar contacto visual;	10
b) A Honestidade;	5
6. O que é a comunicação assertiva?	
a) É uma comunicação aberta e honesta, sem negar os direitos dos outros;	5
b) É uma comunicação direta, clara, verdadeira com o outro sem ofender ou agredir;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
7. Para uma comunicação assertiva é necessário	
a) Escutar ativamente;	5
b) Saber negociar;	5
c) Ambas as opções estão corretas.	10
8. Algumas estratégias para melhorar a escuta ativa são:	
a) Prestar atenção aos aspetos não verbais e mostrar-se interessado;	5
b) Dar feedback e evitar interromper o raciocínio do emissor;	5
c) Ambas as opções estão corretas.	10
9. As caraterísticas do comunicador assertivo são:	
a) Ser Autoconfiante e respeitador;	5
b) Ser Honesto e determinado;	5
c) Ambas as opções estão corretas.	10
10. Praticar a comunicação assertiva na instituição ajuda:	
a) A Gerir conflitos sem perda de direitos e a melhorar o clima das relações de trabalho;	5
b) A Promover compreensão e a coesão entre os membros da equipa;	5
c) Ambas as opções estão corretas.	10
Classificação total:	100

5.3.4. Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos

Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos "comunicação"											
Pergunta	Cotação	9 responderam									% acerto
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	5										
b)	5										
c)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2.		**5**	**5**	**5**	**10**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**56%**
a)	5		x	x		x	x	x			
b)	10				x						
c)	5	x							x	x	
3.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	5										
b)	5										
c)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
4.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**0**	**10**	**0**	**0**	**67%**
a)	5										
b)	10	x	x	x	x	x		x			
c)	0						x		x	x	
5.		**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**94%**
a)	10		x	x	x	x	x	x	x	x	
b)	5	x									
6.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**94%**
a)	5										
b)	5							x			
c)	10	x	x	x	x	x	x		x	x	
7.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	5										
b)	5										
c)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
8.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	5										
b)	5										
c)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
9.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**94%**
a)	5										
b)	5										
c)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
10.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	5										
b)	5										
c)	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	**média 90,6%**
Total:	**100**	**90%**	**95%**	**95%**	**100%**	**95%**	**85%**	**85%**	**85%**	**85%**	

100 % dos formandos alcançou os resultados esperados, com classificação superior a 50% na ficha de avaliação de conhecimentos.

100 % dos formandos demostrou domínio dos conteúdos com classificação igual ou superior a 70% na ficha de avaliação de conhecimentos.

5.3.5. Ficha de avaliação da formação pelo formador

Ficha de avaliação das sessões de formação pelo formador				
2ª Ação	Comunicação com os parceiros de cuidados	**População Alvo**	AAD	**n =12**
Data	11/01/2023	**Módulo**	I	
Tema	Importância de melhorar as habilidades de comunicação na prestação de cuidados	**Formador**	Dominique Fernandes	

Pretende-se avaliar a intervenção e as dinâmicas das sessões. Assinalar com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global dos conteúdos e da formação	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Total/
1. Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					X
2. A metodologia utilizada na componente teórica foi adequada?					X
3. A metodologia utilizada na componente prática foi adequada?				X	
4. A duração da sessão foi adequada?			X		
5. Deu/ houve oportunidade para os formandos esclarecerem dúvidas e partilharem experiências?				X	
6. Usou linguagem clara e simples na abordagem às temáticas?					X
7. O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?				X	
8. Em que grau os formandos foram participativos?				X	

9. Resultado da avaliação global da sessão de formação pelos formandos: De uma forma geral nas respostas às questões do questionário os formandos mostraram-se "muito" ou "totalmente" satisfeitos com a sessão, referiram que o nível de conhecimentos com que tinham iniciado a formação foi "muito" ou "totalmente" melhorado e consideraram esta formação "muito" ou "totalmente" útil para a sua prática profissional.

10. Sugestões para melhorar as futuras sessões de formação: Motivar para a pontualidade e assiduidade. Fomentar o interesse pelos temas. Melhorar a gestão de tempo para que haja maior disponibilidade de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Otimizar o espaço físico.

Bom trabalho!

Ficha de avaliação das sessões de formação pelo formador				
2ª Ação	Comunicação com os parceiros de cuidados	**População Alvo**	AAD	**n= 9**
Data	18/01/2023	**Módulo**	II	
Tema	Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva	**Formador**	Dominique Fernandes	

Pretende-se avaliar a intervenção e as dinâmicas das sessões. Assinalar com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global dos conteúdos e da formação	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatóriamente	4 Muito	5 Total/
1. Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					X
2. A metodologia utilizada na componente teórica foi adequada?					X
3. A metodologia utilizada na componente prática foi adequada?				X	
4. A duração da sessão foi adequada?			X		
5. Deu/ houve oportunidade para os formandos esclarecerem dúvidas e partilharem experiências?				X	
6. Usou linguagem clara e simples na abordagem às temáticas?					X
7. O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?				X	
8. Em que grau os formandos foram participativos?					X

9. Resultado da avaliação global da sessão de formação pelos formandos: De uma forma geral nas respostas às questões do questionário os formandos mostraram-se "muito" ou "totalmente" satisfeitos com a sessão, referiram que o nível de conhecimentos com que tinham iniciado a formação foi "muito" ou "totalmente" melhorado e consideraram esta formação "muito" ou "totalmente" útil para a sua prática profissional.

10. Sugestões para melhorar as futuras sessões de formação: Motivar para a pontualidade e assiduidade. Fomentar o interesse pelos temas. Melhorar a gestão de tempo para que haja maior disponibilidade de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Otimizar o espaço físico.

11. Resultado das fichas de avaliação de conhecimentos: Os resultados esperados foram atingidos por todos os participantes.

Bom trabalho!

6. – 3ª Ação de Formação

"Cuidados de higiene e conforto"

7 e 14 de dezembro 2022

CCPF

FORMADOR: Dominique Fernandes

6.1. Plano de Formação

Data	1 e 8 de Fevereiro 2023;	**Hora**	14h45-15h35
Local/ Espaço	CCPF	**Duração**	50 Minutos
3ª Ação	Cuidados de higiene e conforto		
Módulo	Módulo I	Módulo 2	
Tema da sessão	Avaliação da pele e seus cuidados – higiene oral e higiene das unhas	Procedimentos para o cuidado com as unhas (aula prática)	
Sessão Nº	Uma/Duas		
População alvo	Ajudantes de ação direta (AAD) da valência de apoio à dependência do CCPF		
Formador	Enf.ª Dominique Fernandes		
Objetivo geral	Melhorar conhecimentos e habilidades para a realização de apoio nos cuidados de higiene e conforto nomeadamente higiene oral e higiene das unhas		
Objetivos específicos Modulo I	**1.** Identificar pelo menos 2 funções da pele; **2.** Reconhecer a importância de uma boa vigilância da integridade cutânea; **3.** Identificar os cuidados de higiene como fator que influencia a saúde da pele; **4.** Identificar a importância da higiene oral; **5.** Identificar pelo menos 2 procedimentos necessários à execução de higiene oral;		
Modulo II	**6.** Observar execução de procedimento de higiene das unhas; **7.** Identificar pelo menos 2 materiais e 2 procedimentos necessários à execução de higiene das unhas; **8.** Identificar importância da higiene das unhas		

Planificação

6.1.1. Modulo I – Sessão sobre avaliação da pele e seus cuidados – higiene oral e higiene das unhas

Data: 01/02/2023

Etapa	Objetivos pedagógicos	Conteúdos	Atividades didáticas	Métodos pedagógicos	Materiais didáticos	Tempo (min)	Avaliação
Introdução	Avaliar conhecimentos prévios	Apresentação dos objetivos e do sumário	Enquadramento do tema	Expositivo através do discurso,	Computador diapositivos PowerPoint, retroprojetor, papel e caneta, diálogo, colocação de questões orais	10	Diagnóstica inicial através da colocação de questões orais
	Exercitar a reflexão crítica sobre a importância de avaliação da pele	Papel do AAD na Observação, vigilância e cuidados com a pele	Dinâmica de grupo com exercício de partilha de experiências	Interrogativo com brainstorming, Interativo, Reflexivo			
Desenvolvimento	Melhorar conhecimentos	O que é a pele e para que serve;	Apresentação dos conteúdos	Expositivo/ ativo		25	Formativa. Intercalar; Análise do desempenho e observação da participação dos AAD
		Porquê é crucial uma boa vigilância	Partilhar experiências	Interrogativo, reflexivo			
	Compreender a importância dos cuidados de higiene para manter a integridade da pele, o conforto e o bem-estar	Como manter a saúde da pele	Apresentação dos conteúdos estímulo à participação	Expositivo, Interrogativo, Reflexivo Participativo, Ativo.			
		Higiene oral			Intervenção dos AAD com menção de vivências profissionais		
		Higiene das unhas					
		Quando encaminhar para o profissional de saúde?					
Conclusão	Consolidar conteúdos	Todos os anteriores	Discussão e Síntese	Interativo	Esclarecimento de dúvidas	5	Apreciação geral da sessão através de resposta a questionário
Avaliação	Analisar desempenho	Colocação de questões	Questionário de avaliação	Participativo/ ativo	Papel e esferográfica	5	

Planificação

6.1.2. Modulo II - Sessão sobre Procedimentos para o cuidado com as unhas (aula prática)

Data: 08/02/2023

Etapa	Objetivos pedagógicos	Conteúdos	Atividades didáticas	Métodos pedagógicos	Materiais didáticos	Tempo (min)	Avaliação
Introdução	Avaliar conhecimentos	Apresentação do tema	Breve resumo da sessão anterior	Expositivo através do discurso,	Computador, diapositivos PowerPoint, Retroprojetor, diálogo, colocação de questões orais e de dúvidas, manipulação dos materiais, instrução e treino de execução de procedimentos	10	Diagnóstica inicial, colocação de questões orais
	Exercitar a reflexão crítica sobre experiências	Comunicação dos objetivos e do sumário	Exercício de pensamento	Interrogativo/ interativo			
Desenvolvimento	Melhorar conhecimentos sobre cuidados de higiene	Enumeração dos materiais necessários	Apresentação do material	Expositivo/ ativo, interrogativo		15	Formativa. Intercalar análise do desempenho Observação da participação dos AAD
	Observar uma técnica de higiene das unhas	Instruir Procedimentos a executar	Executar procedimento de higiene das unhas	Exemplificativo, Interativo, Ativo/ reflexivo			
	Identificar a importância da higiene das unhas	Descrição da finalidade da higiene das unhas	Reflexão e partilha de experiências	Reflexivo	Diálogo e Pensamento critico		
Conclusão	Consolidar conteúdos	Todos os anteriores	Discussão e Síntese	Interativo	Esclarecimento de dúvidas	10	Sumativa e Apreciação geral da sessão através de resposta a questionário
Avaliação	Analisar desempenho	Colocação de questões	Questionário de avaliação	Participativo/ ativo	Papel e esferográfica	10	

6.2. Documentação de apoio à 3ª Ação de formação

6.2.1. Material de leitura – Infografia sobre cuidados de higiene oral à pessoa com dependência



6.2.2. Diapositivos PowerPoint projetados

Avaliação da pele e seus cuidados

Cuidados de Higiene oral e higiene das unhas



Enfermeira Dominique Fernandes

ESEL

Sob Orientação de:
Professora Doutora Laura Viegas e
Enfermeira especialiasta Sílvia Matias

Agenda

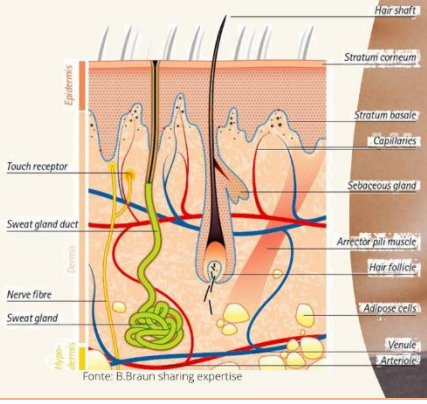


Vamos falar sobre:

1. O que é a pele e para que serve?
2. Porquê é crucial uma boa vigilância
3. Como manter uma boa saúde da pele
4. Cuidados de higiene oral
5. Cuidados de higiene das unhas
6. Quando encaminhar para o profissional de saúde

A pele

A saúde da pele é parte integrante da saúde física e psicossocial podendo afetar a qualidade de vida das pessoas



Fonte: B.Braun sharing expertise

Curiosidades

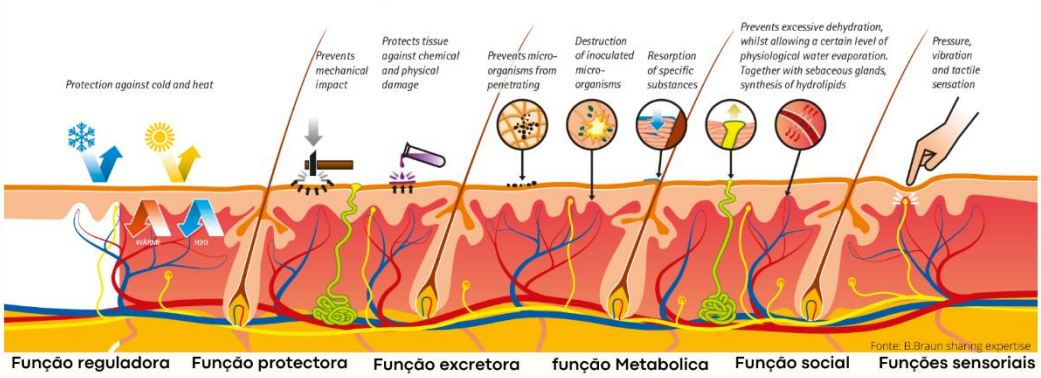
Sabia que ...?
Em 1 centímetro de pele existem:
-65 pequenos músculos ligados a outros tantos pêlos;
-70 receptores do calor;
-15 receptores do frio;
-100 glândulas sebáceas;
-Mais de 500 glândulas sudoríparas;
-Dezenas de milhões de células

(SPDV, s.d.)

A pele é o órgão mais pesado do corpo: a de um adulto pesa entre 4 e 9 Kg!

O que é a pele e para que serve?

A pele é um órgão dinâmico que se renova e se altera continuamente em resposta a estímulos, para manter o equilibrio essencial à sobrevivência.



Função reguladora (temperatura corporal, hidratação, conforto...)

Função protectora (Barreira contra agentes do meio ambiente)

Função excretora (Eliminação de residuos)

função Metabolica (síntese da vitamina D na presença da luz solar, e melanina)

Função social (aparência, identificação)

Funções sensoriais (relação, tacto, pressão, frio, calor, dor...).

Porquê é crucial uma boa vigilância

Notar precocemente as alterações que podem funcionar como alerta e/ou significar sinais e sintomas de problemas e intervir para **prevenir** complicaçãoe

Fluxograma para vigilância da pele



Observar atentamente

Ao longo do tempo as caraterísticas;

Pensar criticamente

O que é habitual na pessoa? Deteta alguma alteração?

Notar alterações

Comparar o que é habitual com as alterações percebidas. Melhorou ou piorou?

Intervir, Comunicar e registar

Partilhar com os parceiros de cuidados programar reavaliações

O papel do AAD é crucial

Para uma boa vigilância da integridade da pele e intervenção precoce sobre os fatores preveniveis.

Zonas de maior pressão



A Integridade da pele comprometida

está associada, a complicações

- úlceras de pressão;
- lesões por Humidade;
- rasgos na pele e infeções;
- dor;
- Cicatrizes, perda elasticidade;
- mobilidade reduzida;
- má qualidade de vida;
- complicações de saúde;
- > custos de saúde;



Higiene

É fácil associar a necessidade de higiene regular para que não ocorra o acúmulo progressivo de sujidade (oleosidade, suor, poeiras e microorganismos).

O papel do AAD é crucial para o conforto e bem estar

Para uma boa vigilância da integridade da pele, prevenção e intervenção precoce sobre os fatores preveniveis.

Manter a pele intacta e sem danos através de medidas simples de cuidados de manutenção da vida, como nutrir, hidratar, **higienizar** e mobilizar.

Complicações

da integridade da pele comprometida:

- úlceras de pressão;
- lesões por Humidade;
- rasgos na pele;
- infeções;
- dor;
- Cicatrizes;
- perda elasticidade;
- redução da mobilidade;
- má qualidade de vida;
- complicações de saúde;
- internamentos;
- > custos de saúde;

Fatores de risco para alterações da pele

Fatores Externos

Danos ambientais

- uso regular de medicamentos;
- uso regular de detergente;
- exposição desadequada ao sol;
- Temperatura (extremos)
- cortes e pancadas;
- microorganismos...

Pressão, Tração, Fricção

Fatores Internos

- Idade - extremos (ex: avançada);
- Alterações da mobilidade e sensibilidade;
- Incontinência...
- Estado nutricional (emagrecido/ excesso peso)

Doenças

- **Da Pele:** Psoríase; Eczema atópico...
- **Outras doenças:** Diabetes, insuficiencia renal, cardiaca, respiratória, **circulatória**, neurológica...

Como manter uma boa saúde da pele?

Conjunto de procedimentos simples, essenciais à manutenção da vida do bem-estar e do conforto.



Como manter uma boa saúde da pele?

Observação e vigilancia

Para detecção precoce de áreas de risco ou de lesões em curso

Diáriamente

-Durante a higiene, nas mudanças de posição, sempre que existam queixas;
- Considerar os fatores de risco internos e externos;
- Perguntar à pessoa se tem algum desconforto.



Usar a visão e o toque

- Perceber expressões e alterações;
-Tocar e aplicar pressão suave para recolher informações sobre:

textura (bolhas, irritações, áspera...)	temperatura
mudanças de cor ou descoloração	Maceração

Como manter uma boa saúde da pele?

Observação e vigilancia

-Aplicar pressão com o dedo por alguns segundos, ao retirar o dedo, se ficar descolorado no local significa que aindanão há lesão

Usar a visão e o toque
-Identificar as alteraçãoes





eritema branqueável



eritema não branqueável

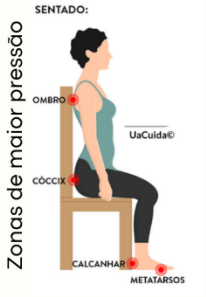
Como manter uma boa saúde da pele?

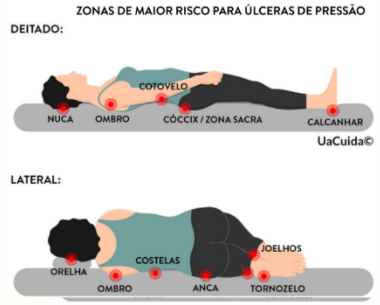
Cuidados de higiene corporal

- Manter a pele limpa e bem seca, aplicar creme hodratante e massajar suavemente se não tiver eritema.

- Garantir o equilibrio entre limpeza e lavagem excessiva;
- **Diáriamente**, espeitando as preferências da pessoa.

- Este é o momento ideal para se inspecionar a pele;
Ter especial atenção às zonas de risco! (dobras, espaços interdigitais, axilas, zonas de pressão como as proeminências ósseas...)





Como manter uma boa saúde da pele?

Cuidados de higiene corporal

Apoiar é permitir autonomia a medida das capacidades, **não substituir** nas tarefas que a pessoa ainda consegue fazer;

Podem ser totais ou parciais, na cama ou no quarto de banho (depende);
Remoção da sujidade, humidade, oleosidade e de odores indesejados do corpo;
Promover o conforto, autoestima, relaxamento e bem estar;

A Ausência pode causar

comichão	vermelhidão	lesões
Odores desagradáveis	humidade	infeções
desconforto	infestaçãoes	por parasitas

Humidade



Como manter uma boa saúde da pele?

Cuidados com a roupa da cama

Adequadas à temperatura ambiente

Limpa, seca, sem vincos e bem esticada
-de fibras naturais, lisa e sempre que possivel sem costuras;
-ponderar dispositivos de alivio de pressão (almofadas, calcanheiras.)

Mobilizações e posicionamentos

Mudar de posição periodicamente e mobilizar

Regular e funcional, garantindo a redistribuição da pressão.
- minimizar o atrito, ativar a circulação, incentivar o movimento;
A imobilidade prejudica a perfusão e influencia a integridade.

Alimentação e hidratação

Diversa equilibrada e adequada.

Estratégia importante para:
-manter a barreira cutânea, a integridade e a saúde da pele;
-garantir a cicatrização ideal (proteina, ómegas 3 e 6, vitaminas A e C).

Cuidados de higiene oral



Um estudo em portugal relata que
56,6%
dos idosos usa protese dentária
(Marktest, 23-01-2018)

A Organização Mundial de Saúde destaca que **a saúde oral do idoso é negligenciada**
(WHO, 2015, p.72)

A má saúde oral tem um impacto profundo na saúde geral, no bem-estar e na qualidade de vida.

- Experiência de **dor**;
- Problemas para comer, mastigar, sorrir;
- Inibição na comunicação devido a falta, descoloração ou dentes danificados;



Influencia na capacidade funcional e vida diária.



Cuidados de higiene oral

Finalidade






-Prevenir infeções e cáries
-Eliminar restos de alimentos e microrganismos
-Estimular a circulação do sangue
-Evitar mau hálito
-Proporcionar limpeza e conforto

Realizar sempre
-tenha a pessoa dentes naturais ou não e
-mesmo que não se alimente por via oral
(ex: uso de sonda)

Quando realizar
-Ao acordar pela manhã ou após pequeno almoço
-Após as refeições (principalmente se usa prótese)
-Antes de dormir (sempre)

Cuidados de higiene oral

Material necessário

- toalha de rosto;
- pasta de dentes ou solução antisséptica
- escova de dentes macia, espátula com compressas ou esponja oral;
- copo com água;
- fio dentário;
- recipiente para água suja;
- lubrificante para os lábios (vaselina/batom de cieiro);
- escova de dentes com filamentos duros ou escova de unhas sem uso anterior (para limpeza de próteses)







1. Avaliar o grau de dependência da pessoa em relação à higiene oral

- **Consegue** fazer?

-Estimular encorajando-a a fazê-lo
-Providenciar os materiais necessários
-Orientar
-Acompanhar a atividade.

- **Não consegue** fazer?

-Realizar os procedimentos

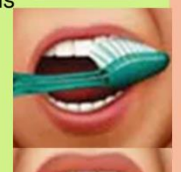
- **Posicionar** a pessoa adequadamente:
- **sentado** ou a um ângulo de 45 graus,
- **deitado** lateralizado com a cabeça de lado;

Cuidados de higiene oral

Como realizar à pessoa dependente:



- Misturar água e colutório no copo - em partes iguais
- Humedecer a boca, e a escova com a pasta;
- Escovar dos dentes com movimentos circulares firmes (superiores e inferiores). Escova a 45 graus;
- Massagar a gengiva;
- Limpar e massagar a língua e a mucosa oral;
- Enxaguar a boca com água limpa ;
- Usar o fio dentário se possivel entre os dentes onde a escova não promove limpeza eficiente;
- Secar o excesso de água exterior;
- Lubrificar os lábios no fim do procedimento.






A **Observar durante** o procedimento:

Mucosa oral, dentes, língua, lábios:

-Integridade,
-cor,
-sensibilidade,
-**mau hálito** (sim ou não)

- verificar adaptação da prótese (se houver).

Cuidados de higiene oral

A prótese

Importante para manter a autoestima e as funções dos dentes na alimentação, na fala e no sorriso.

Sempre que possível manter na boca da pessoa, mesmo enquanto ela dorme.

Cuidados com próteses:

-Retirar prótese;
-Lavar fora da boca com escova de dentes mais dura com movimentos firmes;
-Recolocar molhada ou para melhor adaptação na cavidade oral;

Quando não estiverem em uso, **guardar** em recipiente com tampa e **água limpa**;



Cuidados de higiene das unhas



Segundo o MD.Saúde

20%

dos idosos têm onicomicose

As unhas merecem toda a atenção porque auxiliam na execução de várias tarefas

A **funcionalidade** e o conforto das mãos e pés é **fundamental para a autonomia.**

Unhas grandes e sujas causam transtornos, leões na pele e transmissão de doenças.

- dor, desconforto;
- destruição da unha;
- feridas, infeções;
- efeitos emocionais;
- impacto na qualidade de vida.







Cuidados de higiene das unhas







Finalidade

-Prevenir arranhões, cortes e contaminação
-Eliminar restos de sujidade;
-Proporcionar limpeza e conforto

Manter

- bem cortadas, limadas limpas e secas

Quando realizar

- escovar durante o banho;
- cortar enquando estão amolecidas;
- limar após cortar e hidratar com creme.

Cuidados de higiene das unhas

Material necessário

- toalha;
- papel higiénico
- algodão
- bacia com água,
- sabão neutro;
- escova de unhas;
- corta unhas, alicate...;
- alicate unhas;
- lima de cartão
- creme hidratante



Dica

para amolecer unhas sem por os "pês de molho"

Aplicar em cada unha um pedaço de algodão embebido numa mistura de:

- bicarbonato de sódio;
- sabão com ph neutro;
- creme hidratante ou oleo;
- água.

Proporção de 1:1 (10minutos)
(ex: medida: 1 colher de café)

Cuidados de higiene das unhas

Procedimento

- **Posicionar** mãos ou pés com uma toalha por baixo
- **Molhar,** deixar as unhas de molho para amolecê-las (10 min.);
- **Escovar** as unhas;
- **Enxaguar e secar** entre os dedos, evitar esfregar;
- **Cortar**, em pequenas porções, **em linha reta** não muito rente
  - Evita o aparecimento de unhas encravadas e feridas;
- **Limar** após o corte para arredondar os bicos;
- **Hidratar** com creme (não entre os dedos), favorece a elasticidade;

Não tirar cutículas, pois um simples ferimento pode levar a infeções graves;



Oportunidade para verificar:

- temperatura,
- estado da pele,
- sensibilidade,
- circulação,
- joanetes,
- calos,
- micoses,
- edemas,
- lesões.



Quando falar com o familiar para encaminhar para o profissional de saúde?

Na presença dos seguintes sinais:

Pele

- Vermelhidão não branqueável;
- Descoloração;
- Feridas/ fissuras;
- Dor;
- Infeções;
- Inflamações;
- Comichão; persistente
- Parasitas;
- macerações...

Boca

- Dentes partidos;
- Feridas;
- Dor;
- Sangramento das gengivas;
- Dor e defesa
- Inflamações;
- coloração alterada....

Unhas

- Espessamento
- dor;
- unha encravada;
- inflamações
- escurecimento;
- descolamento;
- presença de exsudado porulento

...

Equipa Formar para Cuidar

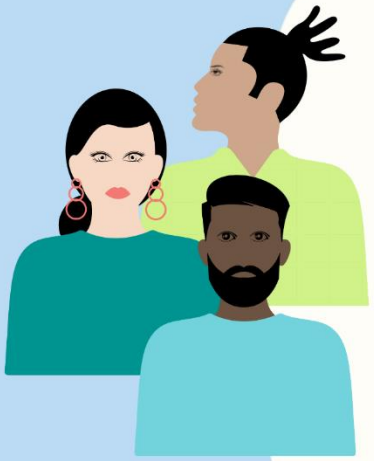
Faça as suas questões ou solicite formação sobre um tema

Sílvia Matias
Enfermeira especialista

Vanessa Silva
Enfermeira especialista

UCC [redacted]

Telefone: [redacted] Telemóvel: [redacted]
Email: ucc.[redacted]@arslvt.min-saude.pt
SITE: https://sites.google.com/view/cuidar65-o-idoso-em-pandemia/ucc-[redacted]?pli=1



Obrigada!

esclareça as suas duvidas se tiver alguma pergunta.

Partilhe as suas experiências e enriqueça a equipa!

Créditos: o design gráfico desta apresentação foi realizado através do Canva

Higiene das unhas

aula prática



Enfermeira Dominique Fernandes

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob Orientação de:
Professora Doutora Laura Viegas e
Enfermeira especialiasta Sílvia Matias

Agenda



Vamos falar sobre:

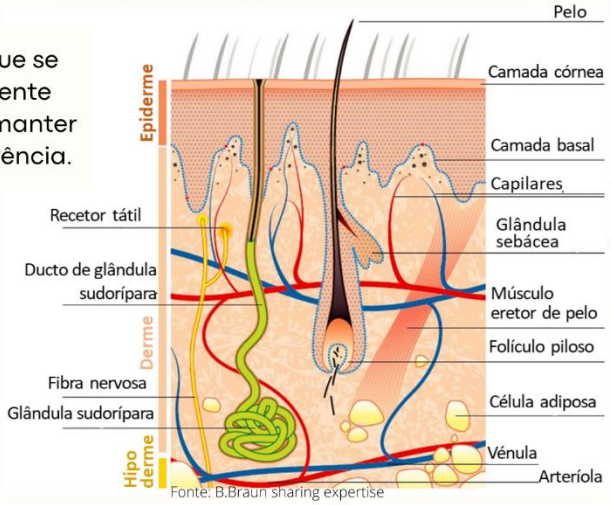
1. Breve Resumo
2. Cuidados às unhas
3. Exemplificação
4. Partilha de experiências e dúvidas
5. Avaliação

O que é a pele e para que serve?

A pele é um órgão dinâmico que se renova e se altera continuamente em resposta a estímulos, para manter o equilibrio essencial à sobrevivência.



Função reguladora
Função protectora
Função excretora
Função Metabolica
Função social
Funções sensoriais



Fonte: B.Braun sharing expertise

O papel do AAD é crucial para o conforto e bem estar

Para uma boa vigilância da integridade da pele, prevenção e intervenção precoce sobre os fatores preveniveis.

Manter a pele intacta e sem danos através de medidas simples de cuidados de manutenção da vida, como nutrir, hidratar, **higienizar** e mobilizar.

Complicações

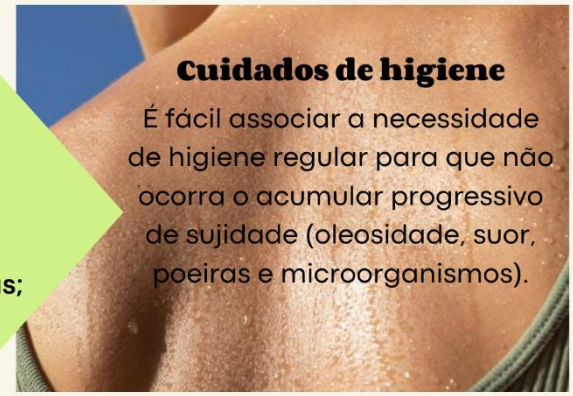
da integridade da pele comprometida:

- úlceras de pressão;
- lesões por Humidade;
- rasgos na pele;
- infeções;
- dor;
- Cicatrizes;
- perda elasticidade;
- redução da mobilidade;
- má qualidade de vida;
- complicações de saúde;
- internamentos;
- > custos de saúde;

Curiosidades

Sabia que ...?
<u>Em 1 centímetro de pele existem</u>:
-65 pequenos músculos ligados a outros tantos pêlos;
-70 receptores do calor;
-15 receptores do frio;
-100 glândulas sebáceas;
-Mais de 500 glândulas sudoríparas;
-Dezenas de milhões de células

(SPDV, s.d.)



Cuidados de higiene

É fácil associar a necessidade de higiene regular para que não ocorra o acumular progressivo de sujidade (oleosidade, suor, poeiras e microorganismos).

A pele é o maior e mais pesado órgão do corpo: a de um adulto pesa entre 4 e 9 Kg!

Como manter uma boa saúde da pele?

Conjunto de procedimentos simples, essenciais à manutenção da vida do bem-estar e do conforto.



Dificuldade de verificação do eritema não branqueável na pele mais escura

Na **pele** mais pigmentada a camada mais externa da epirerme é **mais compacta**, o que lhe confere mais resistência aos estímulos externos.

Isto pode ser um sinal de risco que leva a identificação tardia de lesões preveníveis



Atenção às áreas localizadas, sobre uma proeminência óssea.

Medidas adicionais de verificaçao de alterações das caraterísticas habituais para redução da dificuldade

Comparativamente à pele circundante		
inchada	mais fria	mais dura
cor diferente	mais quente	mais dolorosa

(European Pressure Ulcer Advisory Panel - EPUAP, 2019.)

Cuidados de higiene oral

Finalidade



-Prevenir infeções e cáries
-Eliminar restos de alimentos e microrganismos
-Estimular a circulação do sangue
-Evitar mau hálito
-Proporcionar limpeza e conforto

Realizar sempre
-tenha a pessoa dentes naturais ou não e
-mesmo que não se alimente por via oral (ex: uso de sonda)

Quando realizar
-Ao acordar pela manhã ou após pequeno almoço
-Após as refeições (principalmente se usa prótese)
-Antes de dormir (sempre)

Cuidados de higiene das unhas



Segundo o MD.Saúde
20%
dos idosos têm onicomicose

As unhas merecem toda a atenção porque auxiliam na execução de várias tarefas

A **funcionalidade** e o conforto das mãos e pés é **fundamental para a autonomia.**

Unhas grandes e sujas causam transtornos, leões na pele e transmissão de doenças.

- dor, desconforto;
- destruição da unha;
- feridas, infeções;
- efeitos emocionais;
- impacto na qualidade de vida.







Cuidados de higiene das unhas

Material necessário

- toalha;
- papel higiénico
- algodão
- bacia com água,
- sabão neutro;
- escova de unhas;
- corta unhas, alicate...;
- alicate unhas;
- lima de cartão
- creme hidratante



Dica

para amolecer unhas sem por os "pês de molho"

Aplicar em cada unha um pedaço de algodão embebido numa mistura de:

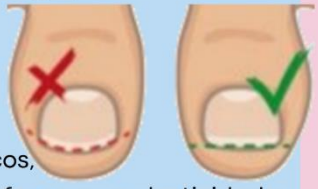
- bicarbonato de sódio;
- sabão com ph neutro;
- creme hidratante ou oleo;
- água.

Proporção de 1:1
(ex: medida: 1 colher. de café)

Cuidados de higiene das unhas

Procedimento

- **Posicionar a pessoa,** mãos ou pés com uma toalha por baixo
- **Molhar,** (no banho ou de molho) para amolecê-las (10 min.);
- **Lavar** com sabão e **escovar** as unhas;
- **Enxaguar e secar** entre os dedos, evitar esfregar;
- **Cortar**, em pequenas porções,
  - Mãos de forma amendoada;
  - Pés **em linha reta** não muito rente;
  - Evita unhas encravadas e feridas;
- **Limar** após o corte para arredondar os bicos,
- **Hidratar** com creme (não entre os dedos), favorece a elasticidade;



Não tirar cutículas, pois um simples ferimento pode levar a infeções graves;

Oportunidade para verificar:

- estado da pele,
- temperatura,
- sensibilidade,
- circulação,
- joanetes,
- calos,
- micoses,
- edemas,
- lesões.

Quando falar com o familiar para encaminhar para o profissional de saúde?

Na presença dos seguintes sinais:

Pele

- Vermelhidão não branqueável;
- Descoloração;
- Feridas/ fissuras;
- Dor;
- Infeções;
- Inflamações;
- Comichão; persistente
- Parasitas;
- macerações...

Boca

- Dentes partidos;
- Feridas;
- Dor;
- Sangramento das gengivas;
- Dor e defesa;
- Mau hálito;
- Inflamações;
- Coloração alterada....

Unhas

- Espessamento
- dor;
- unha encravada;
- inflamações
- escurecimento;
- descolamento;
- presença de exsudado porulento

...

Equipa Formar para Cuidar

Faça as suas questões ou solicite formação sobre um tema

Sílvia Matias
Enfermeira especialista

Vanessa Silva
Enfermeira especialista

UCC [redacted]

[redacted]

[redacted]

SITE: https://sites.google.com/view/cuidar65-o-idoso-em-pandemia/ucc-[redacted]?pli=1



Obrigada!

esclareça as suas duvidas se tiver alguma pergunta.

Partilhe as suas experiências e enriqueça a equipa!

Créditos: o design gráfico das apresentações foi realizado através do Canva

Referências Bibliográficas

B. Braun Sharing expertise. (S.D.). PELE O QUE DEVE SABER. B. Braun Medical, Lda. https://www.bbraun.pt/pt/doentes/tratamento-de-feridas/o-que-deve-saber-sobre-a-sua-pele.html

SPDV. (s.d.). A Pele. Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. https://www.spdv.pt/_a_pele#

Callaghan, R. et al. (2018). Best Practice Statement: Maintaining Skin Integrity. London: Wounds UK, 2018. https://www.wounds-uk.com/resources/details/maintaining-skin-integrity

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

Galvão, A.; Gomes, M.; Ramos, O. (2021). Autocuidado higiene oral em idosos: contributos para o papel do cuidador formal. Revista Científica Internacional da RACS. ISSN 2184-4860. p. 31-32. http://hdl.handle.net/10198/25252

Fonseca, E. et al. (2021). (Lack of) oral hygiene care for hospitalized elderly patients. Revista Brasileira De Enfermagem, 74(Rev. Bras. Enferm., 2021 74 suppl 2). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0415

Marktest. (23-01-2018). Um em cada 4 portugueses usa prótese dentária. Grupo Marktest https://www.marktest.com/wap/a/n/id~2349.aspx

EPUAP/NPIAP/PPPIA - European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão. Guía de consulta rápida. (edição Portuguesa). Emily Haesler (Ed.). https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf

Carvalho, E. (2011). Úlceras por pressão: Conhecer, prevenir e tratar. p177-196. http://bibliotecaatualiza.com.br/cursos/Como_Cuidar_de_Pessoas_com_Feridas_Desafios_para_a_pratica_multiprofissional_capitulo_9.pdf

Questionários de avaliação

6.3. Estratégia de avaliação

6.3.1. Ficha de apreciação da sessão pelos formandos

Questionário de avaliação das sessões de formação			
3ª Ação	Cuidados de higiene e conforto	**População Alvo:**	Ajudantes de ação direta
Data	01/02/2023	**Módulo**	I
Tema	Avaliação da pele e seus cuidados - Higiene oral e Higiene das unhas	**Formador**	Dominique Fernandes

A sua opinião é da máxima importância para melhorar a qualidade das formações. Pretende-se avaliar se a intervenção foi útil, e a satisfação com as sessões. Por favor, assinale com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Totalmente
n 17 participantes (77,30% de N 22)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O nível de conhecimentos com que iniciei a formação foi melhorado			2 (12%)	12 (71%)	3 (18%)
2. As minhas expetativas foram satisfeitas			2 (12%)	10 (59)	5 (29%)
3. Considero esta formação útil para a minha prática profissional			1 (6%)	6 (35%)	10 (59%)
Apreciação dos conteúdos e formação	1	2	3	4	5
1. Considero que os assuntos abordados são interessantes			3 (18%)	6 (35%)	8 (47%)
2. Considero que a duração da sessão foi suficiente			4 (24%)	6 (35%)	7 (41%)
3. Considero que tive oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências			3 (18%)	8 (47%)	6 (35%)
4. Considero que formadora abordou de forma clara e simples as temáticas			2 (12%)	5 (29%)	10 (59%)
5. Considero que os métodos facilitam a compreensão do tema			2 (12%)	7 (41%)	8 (47%)
6. Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados		1 (6%)	1 (6%)	7 (42%)	8 (47%)
Considero que adquiri mais conhecimento sobre:	1	2	3	4	5
1. Lavagem dos dentes e próteses dentárias			2 (12%)	6 (35%)	9 (53%)
2. Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas			3 (18%)	3 (18%)	11 (65%)

Obrigada pela sua participação!

Questionário de avaliação das sessões de formação			
3ª Ação	Cuidados de Higiene e conforto	**População Alvo:**	Ajudantes de ação direta
Data	08/02/2023	**Módulo**	II
Tema	Cuidado com as unhas (aula prática)	**Formador**	Dominique Fernandes

A sua opinião é da máxima importância para melhorar a qualidade das formações. Pretende-se avaliar se a intervenção foi útil, e a satisfação com as sessões. Por favor, assinale com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Totalmente
n 16 participantes (72,70% de N 22)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. O nível de conhecimentos com que iniciei a formação foi melhorado			2 (13%)	11 (69%)	3 (19%)
2. As minhas expetativas foram satisfeitas			3 (19%)	8 (50,00%)	5 (31%)
3. Considero esta formação útil para a minha prática profissional			2 (13%)	3 (19%)	11 (69%)
Apreciação dos conteúdos e formação	1	2	3	4	5
1. Considero os assuntos abordados interessantes			2 (13%)	5 (31%)	9 (56%)
2. Considero que a duração da sessão foi suficiente		3 (19%)	4 (25%)	7 (44%)	2 (13%)
3. Considero que tive oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências			5 (31%)	6 (38%)	5 (32%)
4. Considero que formadora abordou de forma clara e simples as temáticas			2 (13%)	7 (44%)	7 (44%)
5. Considero que os métodos facilitam a compreensão do tema			2 (13%)	9 (56%)	5 (31%)
6. Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados			2 (13%)	10 (63%)	4 (25%)
Considero que adquiri mais conhecimento sobre:	1	2	3	4	5
1. Posicionamentos na cama		1 (6%)	1 (6%)	9 (56%)	5 (31%)
2. Banho na cama		1 (6%)	2 (13%)	10 (63%)	3 (19%)
3. Banho no chuveiro		1 (6%)	1 (6%)	11 (69%)	3 (19%)
4. Lavagem dos dentes e próteses dentárias			2 (13%)	11 (69%)	3 (19%)
5. Higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)		1 (6%)	2 (13%)	7 (44%)	6 (38)
6. Avaliação da pele e cuidados incluindo as unhas			1 (6%)	7 (44%)	8 (50%)
7. Adequação do vestuário ao clima		1 (6%)	2 (13%)	7 (44%)	6 (38%)
8. Vestir/despir		2 (13%)	1 (6%)	8 (50%)	5 (31%)
9. Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé)		1 (6%)	2 (13%)	7 (44%)	6 (38%)
10. Utilização de equipamentos adaptativos (andarilho, bengala, cadeira de rodas…)		2 (13%)	2 (13%)	9 (56%)	5 (31%)
Considero que este projeto "Formar para cuidar" contribuiu para melhorar o meu desempenho na prática profissional				6 (38%)	10 (62%)

Obrigada pela sua participação!

6.3.2. Ficha de avaliação de conhecimentos aos formandos

Projeto formar para cuidar Data: 01 e 08/02/2023

Ficha de avaliação de conhecimentos – 01/02/2023

Das seguintes questões assinale com uma cruz (X) a opção correta

1. A pele é o maior órgão do corpo humano, dinâmico e responde a estímulos:
   a) Tem funções metabólicas, excretoras e sensitivas mantendo o equilíbrio interno;
   b) É a primeira barreira contra o frio, o calor e contra as infeções;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
2. A pele e as mucosas devem ser observadas:
   a) Para notar alterações, prevenir lesões e agir sobre os fatores de risco preveníeis;
   b) Diariamente, durante a higiene, nas mudanças de posição, e sempre que há queixas;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
3. Os cuidados de higiene são essenciais para manter a boa saúde da pele:
   a) Impedem a acumulação progressiva de sujidade (oleosidade, suor, poeiras e microrganismos)
   b) Estimulam a circulação sanguínea, promovem o conforto, o bem-estar e o relaxamento;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
4. A má higiene oral pode levar a:
   a) Problemas para comer, mastigar, sorrir, desconforto e dor;
   b) Inibição na comunicação por vergonha devido a falta, descoloração ou dentes danificados;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
5. Para realizar a higiene oral é necessário:
   a) Que a pessoa tenha dentes estragados e mau hálito;
   b) Posicionar, molhar a boca, massajar as gengivas, escovar os dentes, limpar a língua;
6. Para realizar a higiene oral é essencial o seguinte material:
   a) Água, escova de dentes, pasta de dentes, fio dentário;
   b) Bacia, sabão neutro, elixir/colutório, toalha, pasta de dentes;
   c) Ambas as opções estão corretas.
7. Para executar uma correta higiene das unhas é necessário?
   a) Água, sabão e escova de unhas e toalha;
   b) Corta-unhas ou alicate, lima de cartão e creme hidratante;
   c) Ambas as opções anteriores estão corretas.
8. Ao realizar a higiene das unhas é necessário garantir que;
   a) Estão amolecidas, que não ficam pontiagudas, tem especial cuidado de secar entre os dedos;
   b) Verifica a pele, a temperatura, a sensibilidade, a circulação, calos, micoses, edemas e lesões;
   c) Ambas as opções estão corretas.
9. Manter as unhas limpas e curtas é crucial para:
   a) Manter a funcionalidade e autonomia da pessoa, e prevenir a transmissão de infeções;
   b) Prevenir lesões por traumatismo ou arranhões;
   c) Ambas as opções estão corretas.
10. O Ajudante de ação direta deve:
    a) Assumir o controle e substituir a pessoa em todas as tarefas de apoio no autocuidado;
    b) Avaliar o grau de dependência e estimular a realizar as funções que conseguir;
    c) Ambas as opções estão corretas.

Obrigada pela participação!

6.3.3. Instrumento de cotação da ficha de avaliação de conhecimentos

Ficha de avaliação de conhecimentos	
Das seguintes questões assinale com uma cruz (X) a opção que lhe parecer mais correta	**Pontos**
1. A pele é o maior órgão do corpo humano, dinâmico e responde a estímulos:	
a) Tem funções metabólicas, excretoras e sensitivas mantendo o equilíbrio interno;	5
b) É a primeira barreira contra o frio, o calor e contra as infeções;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
2. A pele e as mucosas devem ser observadas:	
a) Para notar alterações, prevenir lesões e agir sobre os fatores de risco preveníeis;	5
b) Diariamente, durante a higiene, nas mudanças de posição, e sempre que há queixas;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
3. Os cuidados de higiene são essenciais para manter a boa saúde da pele:	
a) Impedem a acumulação progressiva de sujidade (oleosidade, suor, poeiras e microrganismos);	5
b) Estimulam a circulação sanguínea, promovem o conforto, o bem-estar e o relaxamento;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
4. A má higiene oral pode levar a:	
a) Problemas para comer, mastigar, sorrir, desconforto e dor;	5
b) Inibição na comunicação por vergonha devido a falta, descoloração ou dentes danificados;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
5. Para realizar a higiene oral é necessário:	
a) Que a pessoa tenha dentes estragados e mau hálito;	0
b) Posicionar, molhar a boca, massajar as gengivas, escovar os dentes, limpar a língua;	10
6. Para realizar a higiene oral é essencial o seguinte material:	
a) Água, escova de dentes, pasta de dentes, fio dentário;	10
b) Bacia, sabão neutro, elixir/colutório, toalha, pasta de dentes;	5
c) Ambas as opções estão corretas.	10
7. Para executar uma correta higiene das unhas é necessário?	
a) Água, sabão, escova de unhas e toalha;	5
b) Corta-unhas ou alicate, lima de cartão e creme hidratante;	5
c) Ambas as opções anteriores estão corretas.	10
8. Ao realizar a higiene das unhas é necessário garantir que;	
a) Estão amolecidas, que não ficam pontiagudas, tem especial cuidado de secar entre os dedos;	5
b) Verifica a pele, a temperatura, a sensibilidade, a circulação, calos, micoses, edemas e lesões;	5
c) Ambas as opções estão corretas.	10
9. Manter as unhas limpas e curtas é crucial para:	
a) Manter a funcionalidade e autonomia da pessoa, e prevenir a transmissão de infeções;	5
b) Prevenir lesões por traumatismo ou arranhões;	5
c) Ambas as opções estão corretas.	10
10. O Ajudante de ação direta deve:	
a) Assumir o controle e substituir a pessoa em todas as tarefas de apoio no autocuidado;	0
b) Avaliar o grau de dependência e estimular a realizar as funções que conseguir;	10
c) Ambas as opções estão corretas.	0
Classificação total:	100

6.3.4. Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos

Resultado da ficha de avaliação de conhecimentos "higiene e conforto"																	% acerto
Pergunta	Cotação	15 Responderam															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**93%**
a)	5																
b)	5							x			x			x			
c)	10	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x		x	x	
2.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**97%**
a)	5							x									
b)	5													x			
c)	10	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x		x	x	
3.		**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**73%**
a)	5		x			x					x						
b)	5													x			
c)	10	x		x	x		x	x	x	x		x	x		x	x	
4.		**5**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**5**	**80%**
a)	5					x					x						
b)	5	x												x		x	
c)	10		x	x	x		x	x	x	x		x	x		x		
5.		**10**	**10**	**10**	**10**	**0**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**93%**
a)	0					x											
b)	10	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
6.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**100%**
a)	10							x			x	x		x		x	
b)	5																
c)	10	x	x	x	x	x	x		x	x			x		x		
7.		**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**5**	**5**	**10**	**10**	**10**	**5**	**83%**
a)	5					x								x			
b)	5								x		x	x		x		x	
c)	10	x	x	x	x		x	x		x		x	x	x	x		
8.		**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**5**	**5**	**5**	**10**	**5**	**5**	**10**	**5**	**5**	**10**	**76%**
a)	5						x	x	x		x	x			x		
b)	5					x								x			
c)	1	x	x	x	x					x		x	x			x	
9.		**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**5**	**5**	**10**	**5**	**10**	**10**	**5**	**10**	**5**	**83%**
a)	5							x	x		x			x		x	
b)	5						x										
c)	10	x	x	x	x	x				x		x	x		x		
10.		**0**	**10**	**0**	**0**	**10**	**10**	**10**	**10**	**5**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**37%**
a)	0									x				x		x	
b)	10		x				x	x	x	x							
c)	0	x		x	x	x					x	x	x		x		**Média 82%**
Total:	**100**	**85%**	**95%**	**90%**	**90%**	**70%**	**90%**	**80%**	**85%**	**95%**	**60%**	**80%**	**90%**	**60%**	**85%**	**75%**	

100 % dos formandos alcançou os resultados esperados, com classificação superior a 50% na ficha de avaliação de conhecimentos.

87 % dos formandos demostrou domínio dos conteúdos com classificação igual ou superior a 70% na ficha de avaliação de conhecimentos.

6.3.5. Ficha de avaliação da formação pelo formador

Ficha de avaliação das sessões de formação pelo formador				
3ª Ação	Cuidados de higiene e conforto	**População Alvo**	AAD	**n= 17**
Data	01/02/2023	**Módulo**	I	
Tema	Avaliação da pele e seus cuidados – higiene oral e higiene das unhas	**Formador**	Dominique Fernandes	

Pretende-se avaliar a intervenção e as dinâmicas das sessões. Assinalar com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global dos conteúdos e da formação	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Total/
1. Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					X
2. A metodologia utilizada na componente teórica foi adequada?					X
3. A metodologia utilizada na componente prática foi adequada?				X	
4. A duração da sessão foi adequada?			X		
5. Deu/ houve oportunidade para os formandos esclarecerem dúvidas e partilharem experiências?				X	
6. Usou linguagem clara e simples na abordagem às temáticas?					X
7. O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?			X		
8. Em que grau os formandos foram participativos?				X	

9. Resultado da avaliação global da sessão de formação pelos formandos: De uma forma geral nas respostas às questões do questionário os formandos mostraram-se "muito" ou "totalmente" satisfeitos com a sessão, referiram que o nível de conhecimentos com que tinham iniciado a formação foi "muito" ou "totalmente" melhorado e consideraram esta formação "muito" ou "totalmente" útil para a sua prática profissional.

10. Sugestões para melhorar as futuras sessões de formação: Motivar para a pontualidade e assiduidade. Fomentar o interesse pelos temas. Melhorar a gestão de tempo para que haja maior disponibilidade de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Otimizar o espaço físico na dimensão, houve maior adesão de participantes.

Bom trabalho!

Ficha de avaliação das sessões de formação pelo formador				
3ª Ação	Cuidados de higiene e conforto	**População Alvo**	AAD	**n= 16**
Data	08/02/2023	**Módulo**	II	
Tema	Procedimentos para o cuidado com as unhas (aula prática)	**Formador**	Dominique Fernandes	

Pretende-se avaliar a intervenção e as dinâmicas das sessões. Assinalar com uma cruz (**X**) a resposta que melhor traduz a sua opinião, em que 1 corresponde a nada e 5 corresponde a totalmente:

Apreciação Global dos conteúdos e da formação	1 Nada	2 Pouco	3 Satisfatória mente	4 Muito	5 Total/
1. Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					X
2. A metodologia utilizada na componente teórica foi adequada?					X
3. A metodologia utilizada na componente prática foi adequada?				X	
4. A duração da sessão foi adequada?			X		
5. Deu/ houve oportunidade para os formandos esclarecerem dúvidas e partilharem experiências?				X	
6. Usou linguagem clara e simples na abordagem às temáticas?					X
7. O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?				X	
8. Em que grau os formandos foram participativos?				X	

9. Resultado da avaliação global da sessão de formação pelos formandos: De uma forma geral nas respostas às questões do questionário os formandos mostraram-se "muito" ou "totalmente" satisfeitos com a sessão, referiram que o nível de conhecimentos com que tinham iniciado a formação foi "muito" ou "totalmente" melhorado e consideraram esta formação "muito" ou "totalmente" útil para a sua prática profissional.

10. Sugestões para melhorar as futuras sessões de formação: Motivar para a pontualidade e assiduidade. Fomentar o interesse pelos temas. Melhorar a gestão de tempo para que haja maior disponibilidade de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas. Otimizar o espaço físico.

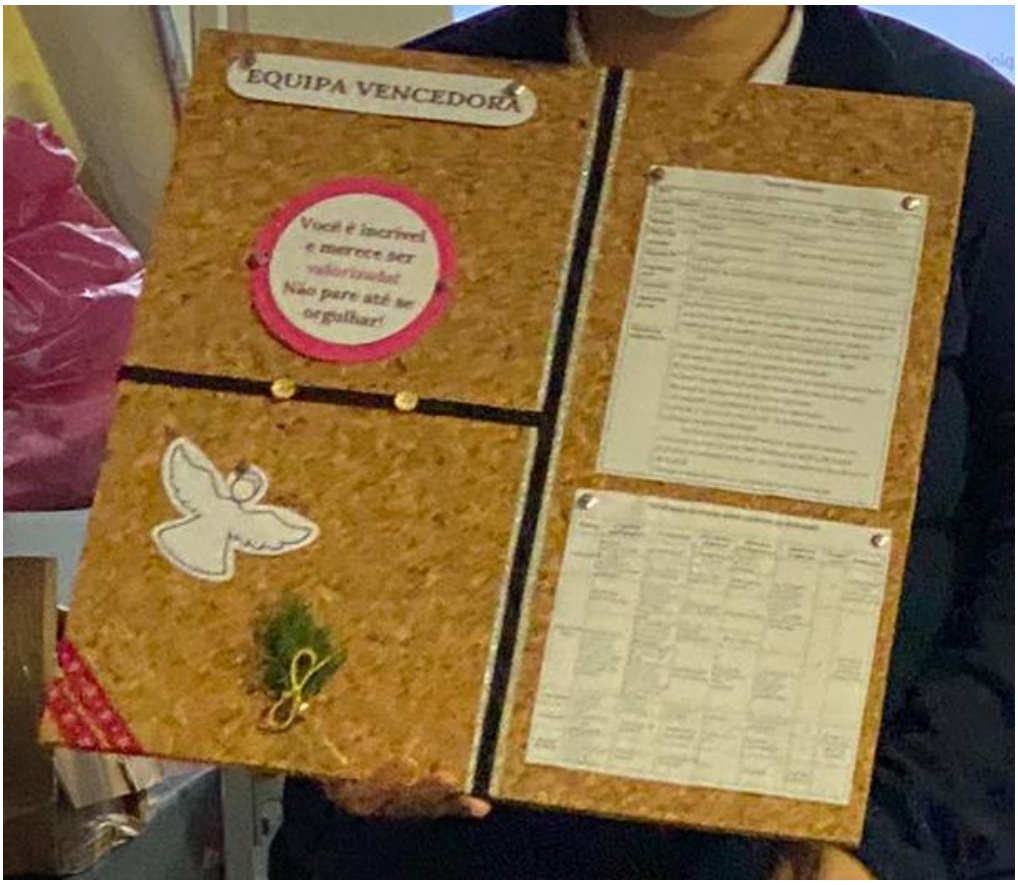
11. Resultado das fichas de avaliação de conhecimentos: Os resultados esperados foram atingidos por todos os participantes.

Bom trabalho!

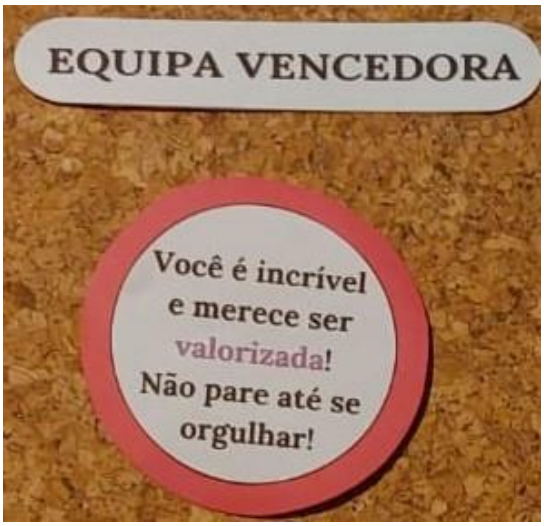
7. Estratégia de Motivação

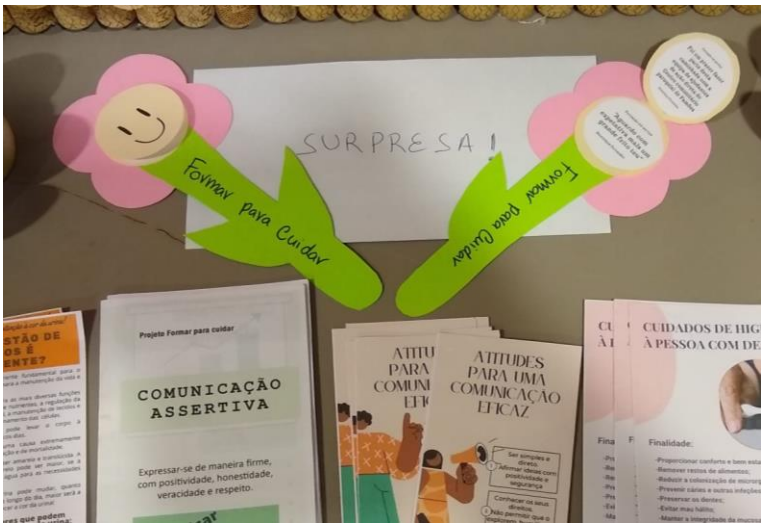
7.1.1. Quadro motivacional

Com o intuito de motivar para a assiduidade, estimular a participação e prevenir a desistência das formações e para incentivar o investimento no desenvolvimento pessoal, foi decidido pelo grupo de parceiros a elaboração de um quadro motivacional para uso da equipa, do qual se deixa foto para registo histórico.



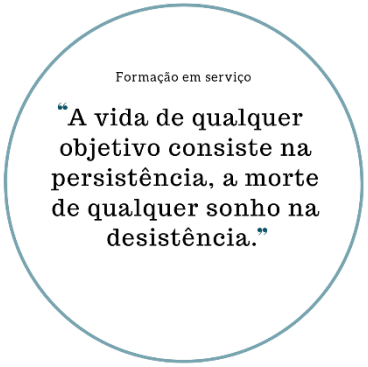
No fim do projeto e após o preenchimento dos questionários, ofereceu-se uma flor de papel com frases encorajadoras para a continuação do investimento na formação!



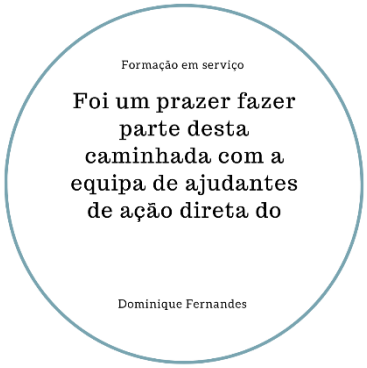


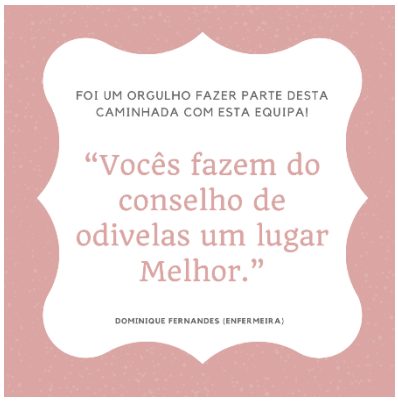
7.1.2. Frases de incentivo e valorização

Os AAD foram estimulados a utilizarem o quadro para auto motivação da equipa, participando e colocando frases inspiradoras para o grupo. Periodicamente a formadora foi colocando as seguintes frases como exemplo:







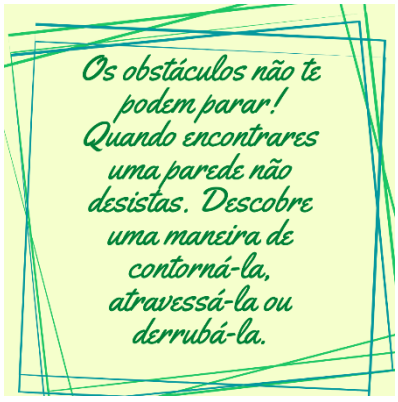


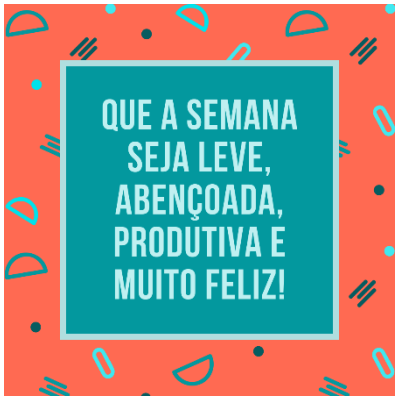


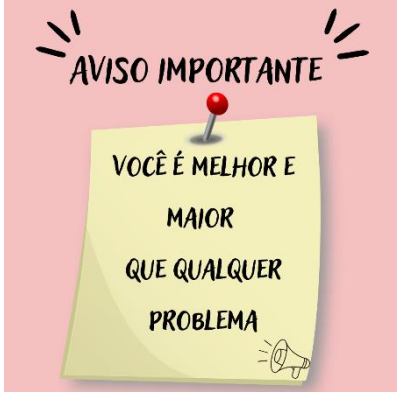














8. Outros documentos de suporte à prática de cuidados

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Condições de segurança

- Verificar condições de segurança para a vitima e para a pessoa que ajuda



Estado de consciência

- Verificar estado de consciencia
- Chamar a pessoa pelos ombros e ver se responde



Permeabilizar a via aérea

- Inclinar a cabeça para trás.
- Elevar o queixo.



Avaliar respiração

- Ver os movimentos torácicos;
- Ouvir os sons respiratórios saídos da boca/ nariz;
- Sentir o ar expirado na face do reanimador.



Não respira

Respira

Posição Lateral de Segurança



Ligar 112

- Dizer o nome, nº de telefone e morada.
- Pedir para transferir para a emergência médica.

30 Compressões Torácicas

De forma ritmada e fazendo descer o tóráx.



2 Insuflações

De forma lenta e profunda, fazendo elevar o tóráx. Só se realiza se existir insuflador manual ou máscara para o efeito.

No final, reavaliar respiração.



POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

PLS garante a manutenção da permeabilidade da via aérea numa vítima inconsciente que respira normalmente:

-Ajoelhe-se ao lado da vítima;



-Remova objetos (óculos, chaves, telemóvel);

-Estenda as pernas da vítima;

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



-Segure o braço mais afastado
-Coloque e fixe o dorso da mão da vítima na face, mais próxima do seu lado;



-Com a outra mão levante a perna do lado oposto acima do joelho dobrando-a, deixando o pé em contacto com o chão,
-Apoe a cabeça e puxe a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado; ;



-Estabilize a perna de forma a que a anca e o joelho formem ângulos retos;
-Incline a cabeça para trás assegurando a permeabilidade da Via Aérea.



Unidade de Cuidados na

Rerefências: INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica; (2017). Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto. Versão 4.0 - 2.ª Edição. Gabinete de Marketing e Comunicação. INEM

Elaborado por Susana Rito e Dominique Fernandes, Estudantes do Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Enf.ª Especialista em Enfermagem Comunitária Sílvia Matias

9. Certificado de participação nas sessões (exemplo)



Referências Bibliográficas

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Diário da República I-A Série (n.º 109/2006, de 06-06-2006).3856-3865. https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934

OCDE (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en.

Portugal, (2016). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), Diário da República, II Série (n.o 187 de 24-09-2021), 96-103. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

APÊNDICE 17: Quadros da preparação operacional

Quadro Geral da preparação operacional por diagnóstico, alinha Metas, estratégias, atividades, intervenções e indicadores de avaliação

Diagnósticos	Metas	Estratégias	Atividade		Data	Local	Objetivos da sessão	Intervenções/ procedimentos	Indicadores de Avaliação
Capacidade para prestar cuidados de apoio à eliminação comprometida, por dificuldade na identificação das características dos fluídos orgânicos resultantes da excreção da eliminação urinária e intestinal;	**O1.** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de apoio à eliminação, até dezembro de 2022;	Formação em Serviço; Comunicação em saúde; Incentivo e Motivação, estímulo à participação e ao envolvimento.	**1ªAção de Formação - Cuidados de apoio à eliminação**	SFeS **(A)** Módulo I	De 16/11/2023 a 08/02/2023	Instalações da entidade social parceira (CCPF) no PSM	**O1.1** - Que os AAD da VAD possam identificar características dos produtos de eliminação urinária e intestinal, até dezembro de 2022; **O1.2** - Que os AAD da VAD possam conhecer o processo de vigilância da eliminação urinária e intestinal, até dezembro de 2022;	- Planificação da SFeS A; - Elaboração do material de apoio à sessão **A**: Apresentação em PowerPoint e infografia **a)**"Dar atenção à cor da urina"; - Planificação do exercício de reflexão inicial da SFeS e a respetiva grelha de observação, e DdG; -Elaboração do questionário de avaliação da SFeS **A**; -Realização da SFeS **A** "vigilância da eliminação"; - Avaliação da SFeS **A** através da resposta do questionário de avaliação;	**De Atividade geral** -% de AAD que teve acesso ao cartaz de divulgação das SFeS; -% de realização dos materiais de apoio às SFeS; -% de realização dos materiais de suporte à prática; -% de realização das SFeS. **De Adesão** -% de adesão dos AAD à SFeS - A, B, C, D, E, F; -% de AAD que visualizou as infografias: **a)**"Dar atenção à cor da urina"; **c)** "Atitudes para uma comunicação eficaz"; **e)** "Cuidados de higiene oral à pessoa com dependência", e o folheto **d)**"Comunicação assertiva"; -% de AAD que participou em DdG para treino da comunicação; -% de AAD que respondeu ao questionário de avaliação (QA) das SFeS - A, B, C, D, E, F; -% de AAD que respondeu à Ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos das AFeS – 1ª, 2ª, 3ª ação; **De utilidade** -% de AAD que considerou as SFeS - A, B, C, D, E, F úteis para a prática profissional; -% de AAD que considerou que as suas expetativas sobre a SFeS - A, B, C, D, E, F foram satisfeitas; -% de AAD que considerou os assuntos abordados "muito ou totalmente" interessantes; -% de AAD que considerou a duração da sessão foi suficiente;
				SFeS **(B)** Módulo II			**O1.3** - Que os AAD do VAD possam conhecer cuidados de estímulo e conforto para o apoio à eliminação urinária e intestinal, até dezembro de 2022; **O1.4** - Capacitar os AAD da VAD para agirem como elo da cadeia de intervenção e comunicarem aquando da identificação de anormalidade dessas características, até dezembro de 2022;	- Planificação da SFeS **B**; Elaboração do material de apoio à sessão **B**: Apresentação em PowerPoint; - Elaboração do questionário de avaliação da SFeS **B**; - Elaboração da ficha de avaliação de conhecimentos da ação de formação "vigilância da Eliminação"; - Realização da SFeS **B** "Cuidados de apoio à eliminação"; - Avaliação da SFeS **B** através da resposta do questionário de avaliação; - Resposta à ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da 1ª ação;	

Comunicação comprometida, por dificuldade na comunicação com os parceiros de cuidados;	**O2.** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre comunicação com os parceiros de cuidados, até janeiro de 2023;	Formação em Serviço; Comunicação em saúde; Incentivo e Motivação, estímulo à participação e ao envolvimento.	**2ª Ação de Formação - Comunicação com os parceiros de cuidados**	SFeS **(C)** Módulo I	De 16/11/2023 a 08/02/2023	Instalações da entidade social parceira (CCPF) no PSM	**O2.1** Que os AAD da VAD, possam identificar fatores que influenciam a comunicação, até janeiro de 2023; **O2.2** Que os AAD da VAD possam conhecer caraterísticas do comunicador assertivo, até janeiro 2023;	- Planificação da SFeS **C**; - Elaboração do material de apoio à sessão **C**: Apresentação em PowerPoint e infografia **c)**"Atitudes para uma comunicação eficaz"; - Preenchimento da grelha de observação direta da participação na SFeS **C**; -Elaboração do questionário de avaliação da SFeS **C**; -Realização da sessão **C** "Importância de melhorar as habilidades de comunicação na prestação de apoio no autocuidado"; - Avaliação da SFeS **C** através da resposta do questionário de avaliação;	-% de AAD que considerou que teve oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências; -% de AAD que considerou que a formadora abordou de forma clara e simples as temáticas; -% de AAD que considerou que os métodos pedagógicos utilizados nas SFeS facilitaram a compreensão dos temas; -% de AAD que considerou os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados; **De resultado** -% de AAD que considerou que o seu conhecimento foi melhorado por ter participado nas SFeS (A, B, C, D, E, F) -% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 caraterísticas dos produtos de eliminação urinária e intestinal; -% de AAD que enunciou que para a continuidade do processo de vigilância é importante registar a observação, e comunicar com os parceiros de cuidados; -% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 problemas da eliminação urinária e intestinal; -% de AAD que enunciou pelo menos 4 cuidados de estímulo à eliminação; -% de AAD que enunciou os cuidados de higiene como fundamentais para promover o conforto e prevenir lesões da pele; -% de AAD que enunciou que vigiar a eliminação é importante porque fornece dados para intervir e/ou pedir ajuda aos profissionais de saúde para minimizar desconforto e complicações;
				SFeS **(D)** Módulo II			**O2.3** Que os AAD da VAD possam conhecer técnicas facilitadoras para uma comunicação assertiva, até janeiro de 2023; **O2.4** Capacitar os AAD da VAD para uma comunicação assertiva com os parceiros de cuidados, até janeiro de 2023;	- Planificação da SFeS **D**; Elaboração do material de apoio à sessão **D**: Apresentação em PowerPoint e Folheto **d)**"Comunicação assertiva"; - Elaboração do questionário de avaliação da SFeS **D**; - Elaboração da ficha de avaliação de conhecimentos da ação de formação "Comunicação com os parceiros de cuidados"; - Realização da SFeS **D** "Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva"; - Avaliação da SFeS **D** através da resposta do questionário de avaliação; - Resposta à ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da 2ª ação;	

Capacidade para prestar cuidados de higiene e conforto comprometida, por dificuldade na avaliação da pele e cuidados à higiene das unhas e higiene oral;	**O3.** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de apoio nos cuidados de higiene e conforto, até fevereiro de 2023;	Formação em Serviço; Comunicação em saúde; Incentivo e Motivação, estímulo à participação e ao envolvimento.	**3ª Ação de formação- Cuidados de higiene e conforto**	SFeS **(E)** Módulo I	De 16/11/2023 a 08/02/2023	Instalações da entidade social parceira (CCPF) no PSM	**O3.1** - Que os AAD da VAD, possam conhecer a importância da integridade da pele na manutenção do bem-estar geral, até fevereiro de 2023; **O3.2** Que os AAD da VAD possam conhecer problemas relacionados com a falta de higiene oral e das unhas, até fevereiro de 2023;	- Planificação da SFeS **E**; - Elaboração do material de apoio à sessão **E**: Apresentação em PowerPoint e infografia **e)**"Cuidados de higiene oral à pessoa com dependência"; - Preenchimento da grelha de observação direta da participação na SFeS **E**; -Elaboração do questionário de avaliação da SFeS **E**; -Realização da sessão **E** "Avaliação da pele e seus cuidados – higiene oral e higiene das unhas"; - Avaliação da SFeS **E** através da resposta do questionário de avaliação;	--% dos AAD que considerou que este projeto "Formar para cuidar" contribui para melhorar o seu desempenho na prática profissional. -% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 fatores que influenciam a comunicação; -% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 caraterísticas do comunicador assertivo; -% de AAD que enunciou corretamente estratégias para melhorar a escuta ativa; -% de AAD que enunciou que praticar comunicação assertiva ajuda a gerir conflitos, a melhorar o clima de trabalho e a coesão entre membros da equipa; -% de AAD que considerou que adquiriu mais conhecimento sobre Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas; -% de AAD que enunciou pelo menos 2 problemas relacionados á má higiene oral; -% de AAD que enunciou a importância de manter as unhas limpas e curtas; -% de AAD que enunciou os procedimentos para realizar uma boa higiene oral; -% de AAD que enunciou os cuidados para realizar a higiene das unhas; -% de AAD que enunciou que a observação da pele deve ser diária, durante a higiene, nas mudanças de posição, e sempre que há queixas; -% de AAD que enunciou que a pele deve ser observada para notar alterações e agir sobre os fatores de risco preveníeis; - % de AAD que demonstrou domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na Ficha de avaliação de conhecimentos da (1ª, 2ª e 3ª Ação de formação);
				SFeS **(F)** Módulo II			**O3.3** Que os AAD da VAD possam conhecer procedimentos para realizar a higiene oral e das unhas, até fevereiro de 2023; **O3.4** Capacitar os AAD da VAD para agirem como elo da cadeia de intervenção e comunicarem aquando da identificação de alterações na pele mucosa oral e unhas, até fevereiro de 2023;	- Planificação da SFeS **F**; Elaboração do material de apoio à sessão **F**: Apresentação em PowerPoint; - Elaboração do questionário de avaliação da SFeS **F**; - Elaboração da ficha de avaliação de conhecimentos da ação de formação "cuidados de higiene e conforto"; - Realização da SFeS **F** "Procedimentos para o cuidado com as unhas (aula prática)"; - Avaliação da SFeS **F** através da resposta do questionário de avaliação; - Resposta à ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da 3ª ação;	

Quadro compacto do planeamento das atividades por Meta, alinha a programação das sessões, recursos, procedimentos desenvolvidos e Indicadores de Resultado

Meta	Atividade		Objetivo	Data/ Local		Recursos	Procedimentos	Indicador de Resultado
O1. Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de apoio à eliminação, até dezembro de 2022;	**1ª Ação de formação**	Módulo I SFeS **A**	**O1.1**	07/12/2022	Entidade social (CCPF) no PSM	Mestranda, Enfermeira especialista, Aluna de mestrado de ESC, Diretora técnica, AAD; Computador, Retroprojetor, Quadro branco, Papel, Caneta, Materiais didáticos, Parceiros da comunidade.	• Reuniões com os parceiros (divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde e planeamento da ação formativa; • Elaboração de cartaz informativo da programação das SFeS; • Divulgação das SFeS; • Construção e dinamização de quadro motivacional; • Elaboração de planos de formação, e planificação de SFeS; • Pesquisa, escolha e elaboração de orientações escritas sobre execução de dinâmicas de grupo sobre comunicação; • Preparação dos materiais necessários à elaboração das DdG (papel, canetas, vendas para os olhos, objetos com formas diversificadas, fita crepe adesiva); • Pesquisa da informação, descodificação do conhecimento adequando a elaboração de material de apoio às SFeS: Construção de apresentações em PowerPoint, e Infografias; • Construção dos QA das sessões, pelos formandos e pelo formador com grelha de observação direta da participação; • Construção das fichas de avaliação de conhecimentos com grelha de cotações; • Dinamização das SFeS (métodos/técnicas pedagógicas); • Preenchimento do questionário de avaliação das SFeS; • Realização da FAC; • Tratamento de dados do QA e da FAC; • Construção e entrega do Dossier pedagógico.	% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 caraterísticas dos produtos de eliminação urinária e intestinal;
			O1.2	07/12/2022				% de AAD que enunciou que para a manutenção da vigilância da eliminação é importante comunicar com todos os parceiros de cuidados e registar a observação;
								% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 problemas da eliminação urinária e intestinal;
		Módulo II SFeS **B**	**O1.3**	14/12/2022				% de AAD que enunciou os cuidados de higiene como fundamentais para promover o conforto e prevenir lesões;
								% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 4 cuidados de estímulo à eliminação;
			O1.4	14/12/2022				% de AAD que enunciou que vigiar a eliminação é importante porque fornece dados para intervir e/ou pedir ajuda aos profissionais de saúde para minimizar desconforto e complicações;
								% de AAD que demonstrou domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na FAC da 1ª Ação na SFeS **B**;
								% de AAD que considerou que o seu conhecimento foi "muito ou totalmente" melhorado por ter participado na 1ª Ação de formação;
O2. Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre comunicação com os parceiros de cuidados, até janeiro de 2023;	**2ª Ação de formação**	Módulo SFeS **C**	**O2.1**	11/01/2023				% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 fatores que influenciam a comunicação;
			O2.2	11/01/2023				% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 caraterísticas do comunicador assertivo;
		Módulo II SFeS **D**	**O2.3**	18/01/2023				% de AAD que enunciou corretamente estratégias para melhorar a escuta ativa;
			O2.4	18/01/2023				% de AAD que enunciou que praticar a comunicação assertiva ajuda a gerir conflitos, a melhorar o clima de trabalho e a coesão entre membros da equipa;
								% de AAD que demonstrou domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na FAC da 2ª Ação na SFeS **D**;
								% de AAD que considerou que o seu conhecimento foi "muito ou totalmente" melhorado por ter participado na 2ª Ação de formação;
O3. Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de apoio nos cuidados de higiene e conforto, até fevereiro de 2023	**3ª Ação de formação**	Módulo SFeS **E**	**O3.1**	01/02/2023				% de AAD que considerou que adquiriu mais conhecimento sobre Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas;
			O3.2	01/02/2023				% de AAD que enunciou problemas relacionados á má higiene oral;
								% de AAD que enunciou a importância de manter as unhas limpas e curtas;
		Módulo II SFeS **F**	**O3.3**	08/02/2023				% de AAD que enunciou os procedimentos para realizar uma boa higiene oral;
								% de AAD que enunciou os cuidados para realizar a higiene das unhas;
			O3.4	08/02/2023				% de AAD que enunciou que a pele deve ser observada para notar alterações e agir sobre os fatores de risco preveníeis;
								% de AAD que demonstrou domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na FAC da 3ª Ação na SFeS **F**;
								% de AAD que considerou que o seu conhecimento foi "muito ou totalmente" melhorado por ter participado na 3ª Ação de formação;

APÊNDICE 18: Grelha de registo da observação participante

Grelha com competências e critérios de desempenho a observar, que facilite a avaliação e a seleção de comportamentos indicadores de aprendizagem.

Quadro – Registo da observação participante

Grelha de registo da observação participante						
Competências gerais e critérios de desempenho	Data					
	07/12/2022	14/12/2022	11/01/2023	18/01/2023	01/02/2023	08/02/2023
Partilham experiências de situações do dia a dia autonomamente, de forma responsável e criativa?	3- Foi necessário estimular a partilha;	2	2	1	1	1
Estruturam o pensamento próprio e comunicam as suas ideias, verbal e não verbalmente de forma adequada?	3- Inicial em comunicar, foi necessário exemplificar;	2	3	1	1	1
Mobilizam os saberes adquiridos para abordar situações e problemas do dia a dia e compreenderem a realidade?	4- Inicial, mas depois da partilha dos conteúdos programáticos fizeram-se analogias;	3	3	2	2	1
Envolvem-se no questionamento da realidade, mostram curiosidade por problemas indicando os fatores responsáveis em questão?	3- Inicial, mas posteriormente houve debate;	3	3	1	1	1
Refletem criticamente e comunicam os processos de forma organizada formulando um juízo crítico?	5- Em sistematizar organizadamente os processos mentais da prática diária;	4	3	2	2	1
Articulam conhecimentos e saberes para proporem estratégias de resolução?	4- Na mobilização, seleção e transformação da informação em conhecimento;	3	2	2	2	1
Adotam estratégias adequadas à tomada de decisão e à resolução de problemas?	3- De concisão e perspicácia;	3	2	1	1	1
Concordam com a preocupação da equipa sobre as dificuldades partilhadas?	1- Concordam com a equipa;	1	1	1	1	1
Manifestam empatia pelas dúvidas dos outros?	1- Reconhecem as situações	1	1	1	1	1
Envolvem-se na discussão?	4- Inicialmente por desconhecimento?	3	2	2	1	1
Avaliam as SFeS? Preenchem os questionários de avaliação e as fichas de avaliação de conhecimentos	2- Demonstram Disponibilidade e interesse,	1	1	1	1	2
São assíduos, são pontuais?	4- Atraso de 15m e baixa adesão inicial, dificultou a programação. Foi necessário repetir a SFeS para os AAD do outro polo.	5	4	5	3	2

Legenda: **1**- Sem dificuldade **2**-Pouca dificuldade **3**-Alguma Dificuldade
4-Muita dificuldade **5**-Total dificuldade

De seguida apresenta-se o planeamento das dinâmicas de grupo para as SFeS

Dinâmicas para a 1ª Ação de formação

Modulo I – SFeS A

1º Exercício: De reflexão inicial. Autoanálise e autodescoberta

Objetivo: Promover a autoconfiança, promover a reflexão e o pensamento critico

Demonstrar boas práticas. Avaliar áreas para aprofundar conhecimentos.

Desenvolvimento: Pedir para descrever como se faz a vigilância da eliminação urinária e intestinal diariamente [observação da urina e das fezes (quem, quando, onde, como, porquê)]. Existe dificuldade?

Refletir sobre a capacidade de comunicar sistematicamente os processos de execução das funções diárias. Promover a consciencialização sobre a necessidade de reflexão sobre os comportamentos que temos de forma automatizada a toda a hora quando tomamos decisões, para o qual existe um método, mas não estamos conscientes de que o fazemos. A autoanálise é fundamental para entender quais os pontos positivos e negativos, além de se aprender com os bons (e maus) exemplos.

Ter conhecimento sobre a saúde é estar ciente dos problemas de saúde comuns, dos serviços de saúde disponíveis, das práticas saudáveis, da capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente. Consciencializar que o apoio ao autocuidado não se executa uma dimensão de cada vez, a complexidade existe porque todas as dimensões existem em simultâneo, e deve-se pensar como é que umas influenciam as outras por exemplo - estamos a comunicar sobre eliminação visando promover a autonomia, o conforto, a segurança…

Reflexão supervisionada da prática. Como vigiar eliminação? Quando, onde e porquê?...

- Estou na casa de um utente a prestar apoio. Uma das minhas tarefas *na volta* é a mudança da fralda. Como costumo fazer? Pensar em voz alta e relatar o passo a passo! sugestão: **A** -Abro a fralda, limpo, enrolo a fralda, coloco uma nova, adapto bem, posiciono e aconchego…;

Sugestões??? Ver se alguém se lembra de falar sobre o exercício de pensar que fazemos automaticamente sempre a toda a hora quando tomamos decisões de mudar ou não mudar a fralda, alguém falou no indicador de humidade da fralda, da observação das caraterísticas da urina e das fezes, da observação da pele, da

decisão de colocar ou não o creme? Envolveram-se no exercício de reflexão e pensamento critico? **Trabalhar as partilhas**, se não conseguirem comunicar organizadamente os processos partilhar a sugestão D

Sugestão D: Observo atentamente a fralda, vejo que está molhada e penso: urinou e simultaneamente vi que a urina é clara e penso: é normal, simultaneamente vi que a quantidade é moderada, nada me chamou a atenção, porque é habitual para aquela pessoa, sigo com o procedimento: abro a fralda olho para o conteúdo e simultaneamente confirmo que está tudo normal, quase em simultâneo visualizo a pele, nada me chama a atenção porque está tudo normal, limpo-realizo a higiene dos genitais (tem preceito), seco, coloco creme barreira se indicado, coloco a nova, ajusto, aconchego, posiciono e … Questionar a respeito, algo a acrescentar, criticas?...

E se é final do dia e a fralda esteve sempre seca? O que isso quer dizer? É habitual? Ou houve uma alteração do padrão? O que fazemos? Registamos? A quem informar?

A família? A direção técnica? Os enfermeiros?

Dar exemplos de má prática. Questionar a respeito.

Preencher grelha de análise

Módulo II – SFeS B

1º Exercício de reflexão – autoanálise,

Objetivo: Desenvolver o pensamento crítico

Desenvolvimento: Lançar a pergunta:

E se a pessoa fosse autónoma o que é que faria? Se a pessoa tivesse a capacidade e a autonomia, que regras de higiene ditariam os seus hábitos psicossocioculturais?

Esperar respostas, ouvir, trabalhar as partilhas, se não conseguirem comunicar organizadamente os processos partilhar sugestões. Incentivar a autoanálise e o autorretrato: o que faço habitualmente no autocuidado?

Incentivar o questionamento: o que eu faço para solucionar o meu problema?

O que eu faço quando substituo as pessoas no autocuidado aproxima-se daquilo que elas fariam? Pedir para descrever os processos de pensamento para a tomada de decisão como no Módulo I.

Preencher grelha de análise

Dinâmicas para a 2ª Ação de formação

Modulo I – SFeS C

1º Exercício: da complexidade da comunicação

Objetivo: sensibilizar para a complexidade da comunicação

Material: folha em branco e uma esferográfica ou lápis.

Desenvolvimento: Deverá ter atenção e seguir todas as indicações.

Indicações: no centro da folha desenhe um quadrado, dentro desse quadrado desenhe dois quadrados iguais, de seguida desenhe um retângulo que deve ser na vertical, na parte de cima junto ao quadrado desenhe um triângulo, por fim no lado direito do triângulo desenhe um retângulo na vertical…

No final revela-se o resultado para gerar o impacto e compreensão que a comunicação é revestida de complexidade, a interpretação difere de pessoa para pessoa, e que com as mesmas indicações o resultado pode ser diferente e representar a criatividade e a perspetiva de cada um. Ouvir os comentários, esclarecer as dúvidas

Preencher grelha de análise

Modulo II – SFeS D

1º Exercício de comunicação – Sentir Objetos e Sentir Palavras

Objetivo: reconhecer que o tato é um meio/canal/linguagem de comunicação e transferência de conhecimento, sentimentos e emoções.

Material: Vários objetos, todos diferentes, um para cada participante, Tapa olhos **(oferecer os tapa olhos)**

Desenvolvimento: Deverá ter atenção e seguir todas as indicações.

Indicações: vendar os olhos e dar um objeto para cada participante que deve ficar com ele por 2 minutos. De seguida recolhe-se os objetos e colocam-se em cima da mesa misturados. Tiram-se as vendas dos participantes e pede-se para cada um procurar o seu objeto em cima da mesa. Perceber se todos têm o objeto correto. Conseguiram identificar visualmente o objeto apenas por sentirem as suas particularidades em 2 minutos. No final constata-se que é possível linguagem não verbal-tátil e transferência de reconhecimento para linguagem não verbal-visual. Este exercício serviu para motivar e introduzir a técnica de comunicação com pessoa cega e surda.

2º Exercício de comunicação:

Objetivo: Instruir técnica de comunicação com pessoa cega e surda

Desenvolvimento: Pedir um voluntário de entre os elementos do grupo, pedir para fechar os olhos e confiar na experiência e sua capacidade de perceção.

Escrever a palavra que vai transmitir para os outros verem. Tocar gentilmente na mão, abri-la e utilizar a palma para escrever uma palavra com a ponta do dedo indicador. Por exemplo a palavra **AMOR** – escrever uma letra de cada vez com pequenas pausas entre elas. Inicia-se com uma palavra e treina-se para funcionar com frases inteiras.

Pedir para o recetor dar feedback, referindo que palavra percebeu? Perceber se o recetor percebeu bem? Se o feedback for a palavra que se escreveu após o fecho dos olhos então confirma-se que funciona!

3º exercício de comunicação - O corpo fala

Objetivo: demonstrar a importância da linguagem corporal durante uma interação.

Desenvolvimento: dar uma série de instruções ao grupo, que deverá reproduzi-las o mais rápido possível. O detalhe é que, enquanto se orienta o grupo a realizar determinada ação (como tocar o nariz), a pessoa que dá as instruções deve fazer outra ação, como tocar a testa. Observar quantas pessoas fazem a ação pedida, e quantas imitam os gestos que faz. Nesta dinâmica os participantes verificam que a maioria imita o gesto da ação que o animador realiza em vez de cumprir a ação que foi verbalmente indicada.

4º exercício – Jogo em equipa contra o dinamizador

Objetivo : Treinar a comunicação em equipa para encontrar estratégias para ganhar o jogo.

Material: Fita crepe -

Desenvolvimento: com a fita crepe desenhar vários X no chão para as pessoas se posicionarem, fazer um X a mais do que o número de participantes. A dinâmica inicia com a indicação para irem trocando de lugar, tentando impedir o dinamizador de ocupar o lugar livre. Pedir para trabalharem em equipa e não deixarem o dinamizador ocupar o lugar livre. O dinamizador anda e tentar ocupar o lugar livre. A equipa comunica? Repetir e orientar a comunicarem para encontrar uma estratégia. O correto

é (combinarem e conseguirem encontrar consenso na resolução do problema) ser sempre a pessoa que está mais longe do dinamizador a ir ocupar o X livre.

5º Exercício – Dinâmica dar banho ao elefante com mimica

Objetivo: Ilustrar a repercussão que pequenos erros têm sobre o resultado de um processo. Demonstrar a importância da comunicação não verbal.

Nº de Participantes: mínimo de 5 participantes

Desenvolvimento: Os participantes ficam fora da sala. Escolhe-se um voluntário para iniciar a dinâmica.

O dinamizador explica a essa pessoa oralmente e por gestos, como dar banho ao elefante seguindo um conjunto de passos estabelecido. Exemplo: Molhar o corpo todo do elefante e mimica como se estivesse a esguichar água por uma mangueira, e dá voltas ao elefante, depois mimica e refere que está a ensaboar o corpo, mimica que levanta as orelhas para esfregar e lavar, a cauda, as patas, passa por água e por fim seca com a toalha.

Posteriormente à explicação, diz-se ao voluntário, que este terá de passar a mensagem para outro participante do grupo através de gestos sem comunicação verbal. O outro participante irá repassar para um terceiro o que entendeu, também através de mímica, não podendo haver comunicação verbal, de forma alguma. Apenas o último participante a assistir a mímica vai dizer o que entendeu.

No final o dinamizador conduzirá uma discussão dirigida sobre as distorções verificadas durante o trânsito da mensagem. Correlacionar com a cadeia de processos dentro da rotina do ambiente de trabalho ou familiar, para treinar a paciência, a compreensão, a empatia, a tolerância e a construção de estratégias para minimizar as distorções.

Dica: Em grandes grupos escolhe-se um sub-grupo de voluntários para participar e os demais ficam como observadores.

Preencher grelha de análise

Dinâmicas para a 3ª Ação de formação

Módulo I – SFeS E

1º - Exercício de reflexão: Curiosidades sobre a pele

Objetivo: sensibilizar sobre a importância da pele na manutenção do equilíbrio interno e no bem-estar geral, promover a partilha de saberes anteriormente adquiridos, provocar admiração para fixação do conhecimento.

Material: a própria pele - observação e toque. Pode usar-se uma lupa ou espelho de aumentação.

Desenvolvimento: lançar a questão retorica: Sabia que…? Em 1cm de pele existem: - 65 pequenos músculos eretores ligados a tantos pelos? …

E vai se dizendo uma curiosidade de casa vez para gerar surpresa e promover o debate, e vai-se incentivando para se observar e analisar a sua própria pele, com toque, elasticidade. Trabalhar as partilhas

Preencher grelha de análise

Módulo II- SFeS F

1º Exercício – Aula Prática – Cuidados às unhas

Objetivo: Dar a conhecer os materiais, os procedimentos, a organização e as estratégias para cortar as unhas dos pés com onicomicose e onicogrifose ligeira a moderada sem amolecimento prévio.

Material: Um voluntário programado, avental, luvas, toalha, alicate, limas, borrifador com água, creme algodão

Desenvolvimento: executar cuidados aos pés descrevendo passo a passo, esclarecimento de dúvidas, desmistificação; instruir prestação de apoio no autocuidado. Dar espaço a colocação de questões e esclarecimento de dúvidas

Preencher grelha de análise

APÊNDICE 19: Plano de sessão informativa para a equipa multidisciplinar da UCC

Plano

Sessão informativa para a equipa multidisciplinar da UCC			
Data	10 Fevereiro 2023;	**Hora**	14h30 -15h00
Local	UCC NP	**Duração**	30 minutos
Tema da sessão	Projeto Formar para Cuidar		
População alvo	Equipa Multidisciplinar da UCC NP		
Formador	Enf.ª Dominique Fernandes		
Objetivo geral	Partilhar principais resultados referentes ao Diagnóstico de Situação, as estratégias adotadas de resposta às necessidades encontradas, a operacionalização e a execução do projeto de intervenção comunitária Formar para Cuidar		
Objetivos específicos	1. Contextualizar a pertinência da intervenção (Abordar a vulnerabilidade do AAD como interveniente na área da prestação de apoio no autocuidado de saúde às PeSD nas AVDs); 2. Apresentar a metodologia do planeamento em saúde do projeto Formar para cuidar; 3. Apresentar o diagnóstico de situação relativo a este grupo vulnerável; 4. Apresentar a preparação operacional de resposta às necessidades encontradas; 5. Perspetivar a avaliação da execução; 6. Refletir sobre os desafios encontrados na execução; 7. Refletir sobre o desenvolvimento pessoal que resultou deste exercício de aprendizagem.		

Planificação de sessão sobre o Projeto Formar para Cuidar

Etapas	Objetivo específico	Atividades didáticas	Métodos pedagógicos	Materiais didáticos	Tempo (min)	Avaliação
Introdução	1	Enquadramento da SFeS; Comunicação dos objetivos e do sumário;	Expositivo Interrogativo	Computador Diapositivos PowerPoint Retroprojetor Tela branca	5	Inicial, colocação de questões
		Apresentação e contextualização do tema;				
Desenvolvimento	2 3 4 5	Metodologia do planeamento em saúde;	Expositivo Interrogativo		15	Continua Observação direta da participação
		Diagnóstico de situação; Necessidades formativas;				
		Preparação operacional;				
		Ponto de situação; Apreciação geral da execução;				
Conclusão	6 7	Reflexão; Discussão; Partilha de experiências;	Expositivo Interrogativo Reflexivo Interativo		10	Continua Observação direta da participação

APÊNDICE 20: Avaliação da execução das atividades

Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Formar para Cuidar- intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta

Avaliação da Execução das atividades

Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes

Lisboa
Fevereiro 2023

Índice

Introdução 3

1 Ação de Formação em Serviço 3

1.1 Elaboração do material de divulgação e de apoio às Sessões de Formação 3

1.2 – Sessões de Formação em Serviço 8

Índice de Quadros

Quadro 1 - Do Planeamento das Ações de formação, alinha atividades, objetivos, estratégias, procedimentos, com os indicadores de atividade 5
Quadro 2 - Da Avaliação dos Indicadores de Atividade 6
Quadro 3 - Da 1ª Ação de Formação - Atividades e procedimentos desenvolvidos alinhados com os objetivos, recursos e Indicadores de resultado 9
Quadro 4 - Da 2ª Ação de Formação - Atividades e procedimentos desenvolvidos alinhados com os objetivos, recursos e Indicadores de resultado 10
Quadro 5 - Da 3ª Ação de Formação - Atividades e procedimentos desenvolvidos alinhados com os objetivos, recursos e Indicadores de resultado 11
Quadro 6 - Da Avaliação dos Indicadores de Impacte ou Resultado 12

Introdução

Após a identificação dos objetivos operacionais (**O1.** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de apoio à eliminação, até dezembro de 2022; **O2.** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a comunicação com os parceiros de cuidados, até janeiro de 2023; **O3.** Capacitar 40% dos AAD da VAD na aquisição de conhecimentos sobre a prestação de apoio nos cuidados de higiene e conforto, até fevereiro de 2023) e racionalização dos recursos, considerou-se a Formação em Serviço (FS) a estratégia mais adequada como forma de intervenção para transformar a realidade de maneira mais eficiente. Para tal construíram-se 3 ações de formação para capacitar os AAD na aquisição de conhecimento que melhore a comunicação e a prestação de apoio nos cuidados às PeSD, nomeadamente nas AVDs de eliminação urinária/intestinal e higiene corporal. Cada ação de formação foi organizada por dois módulos, operados um em cada sessão de formação em serviço (SFeS).

Segundo a Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento 2018-2022 (ENED 2018-2022). Uma ação pedagógica "visa promover leituras críticas sobre… as causas e consequências das desigualdades sociais… , assim como visa mobilizar para a transformação dessas realidades." Implica "conhecer, refletir, problematizar, encontrar ou criar propostas alternativas para as situações ou modelos que reproduzem a injustiça e tentar concretizar essas mesmas propostas. Implica um envolvimento ativo dos sujeitos na revisão das suas perspetivas e práticas." (p.18)

Neste contexto este documento com a avaliação da execução deste projeto pretende tornar visível a eficiência na obtenção dos benefícios em ganhos em saúde, mais especificamente na aquisição e melhoria dos conhecimentos.

1. - Ação de Formação em Serviço

1.1. Elaboração do material de divulgação e de apoio às Sessões de Formação

A ENED 2018-2022 refere que a produção de "recursos e conteúdos é essencial para que as atividades de capacitação e formação sejam devidamente fundamentadas em conhecimento científico, recursos pedagógicos e metodologias educativas adequadas" (p.21). Seguindo recomendações de Comissão Europeia (2021), todo o material produzido ficou arquivado em formato escrito no local de intervenção para

flexibilizar a formação dos adultos, permitindo a consulta posterior no tempo e na hora que os AAD estiverem disponíveis, o seu uso quando necessário, e assim aumentar a retenção da informação disponível. Seguindo orientações da ENED 2018-2022, todo o material foi deixado em formato digital no local de estágio, para divulgar conteúdos de referência, os recursos pedagógicos, bem como conhecimento científico e potenciar a reprodução de boas práticas.

O primeiro procedimento após a fixação dos objetivos e escolha das estratégias de resposta em reunião de proximidade a 16/11/2022, foi programar as SFeS, escolhendo as datas que melhor se ajustaram à dinâmica do grupo. Após a programação foi elaborado um cartaz informativo da programação das SFeS e feita a respetiva divulgação. Para tal entregou-se o cartaz às diretoras técnicas que o difundiram impresso e digitalmente. A avaliação da divulgação da programação das sessões foi realizada na primeira SFeS **A**, em que todos os AAD presentes (n16) responderam que tinham visualizado o cartaz e alguns tinham-no impresso, para além disso as diretorias técnicas afirmam que a amostra toda teve contacto com o cartaz através das linhas de comunicação interna da instituição (email e WhatsApp da equipa).

A utilização de um quadro motivacional que ficou afixado na área de serviço e de passagem obrigatória e na área dos vestiários dos AAD permitiu manter a proximidade com o grupo, tendo sido semanalmente afixadas frases de encorajamento, incentivo, e lisonja para despertar o interesse, motivar para a aprendizagem e inspirar para a adesão à formação. O quadro serviu também para fazer a divulgação dos planos de sessão e dos materiais de leitura e de suporte á prática, tendo contribuído muito para a mestranda adquirir competências de dinamização de grupos, acompanhamento/ apoio motivacional, e gestão de tempo.

No planeamento das Ações de formação procedeu-se à produção de diversos documentos de apoio à realização das sessões e materiais de leitura e suporte à prática, nomeadamente 6 planos de sessão, 6 apresentações em PowerPoint, 4 materiais de leitura, 1 grelha de registo de observação participante, 1 questionário de avaliação das sessões pelos formandos, 1 questionário de avaliação das sessões pelo formador, 3 fichas de avaliações de conhecimentos adquiridos -1 por ação de formação. O quadro 1 apresenta a síntese dos procedimentos realizados e alinha as atividades com os indicadores de execução distribuídos por atividade, adesão e utilidade.

Quadro 1 - Do Planeamento das Ações de formação, alinha atividades, objetivos, estratégias, procedimentos, com os indicadores de atividade

Atividades			Objetivo da sessão	Data	Recursos	Estratégias	Procedimentos	Indicadores de avaliação
Ação de Formação em Serviço	1ª Ação de Formação	Módulo I SFeS **A**	O1.1	De 16/11/2023 a 08/02/2023 nas instalações da entidade parceira (CCPF) no PSM	Instalações da UCC NP, Instalações do CCPF no PSM, Mestranda, Enfermeira especialista, Aluna de CMEEEC, Diretora técnica, AAD; Impressora, Computador, Retroprojetor, Quadro branco, Papel, Caneta, Materiais didáticos.	Formação em Serviço; Comunicação em saúde; Incentivo e Motivação, Estímulo à participação e ao envolvimento.	•Reuniões com os parceiros (divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde e planeamento da ação formativa; •Elaboração de cartaz informativo da programação das SFeS; •Divulgação das SFeS; •Construção e dinamização de quadro motivacional; •Planificação das SFeS - elaboração de planos de formação e preparação de instrumentos de avaliação; •Pesquisa, escolha e elaboração de orientações escritas sobre execução de dinâmicas de grupo (DdG) sobre comunicação; •Preparação dos materiais necessários à elaboração das DdG (papel, canetas, vendas para os olhos, objetos com formas diversificadas, fita crepe adesiva); •Pesquisa da informação, descodificação do conhecimento adequando a elaboração de material de apoio às SFeS: Construção de apresentações em PowerPoint, e Infografias; •Construção de Questionário de Avaliação (QA) das sessões pelos formandos, questionário de avaliação pelo formador com grelha de observação direta da participação e construção de fichas de avaliação de conhecimentos (FAC) com grelha de cotações; •Dinamização das SFeS (métodos/técnicas pedagógicas); •Preenchimento do questionário de avaliação das SFeS; •Realização da Ficha de Avaliação de Conhecimentos; •Tratamento de dados do QA e da FAC; •Registos em Sclinico; •Construção do Dossier pedagógico e entrega a entidade social parceira;	**Indicadores de atividade** % de AAD que teve acesso ao cartaz informativo da programação das SFeS; % de realização dos materiais de apoio às SFeS e de suporte à prática; % de realização das SFeS; **Indicadores de Adesão** % de adesão às SFeS (A, B, C, D, E, F); % de AAD que visualizou o material de leitura de suporte à prática; % de AAD que participou em DdG para treino da comunicação; -% de AAD que respondeu ao questionário de avaliação (QA) das SFeS; -% de AAD que respondeu à Ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos; **Indicadores de Utilidade** % de AAD que considerou que as suas expectativas foram “muito ou totalmente” satisfeitas; % de AAD que considerou a SFeS “muito ou totalmente” útil para a sua prática profissional; % de AAD que considerou que os assuntos abordados são “muito ou totalmente” interessantes; % de AAD que considerou a duração da sessão “muito ou totalmente” suficiente; % de AAD que considerou que teve “muita ou total oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências; % de AAD que considerou que a formadora abordou de forma “muito ou totalmente” clara e simples as temáticas; % de AAD que considerou que os métodos pedagógicos utilizados nas SFeS facilitaram “muito ou totalmente” a compreensão dos temas; % de AAD que considerou os meios audiovisuais e a documentação entregue “muito ou totalmente” adequados; % dos AAD que considerou que este projeto “Formar para cuidar” contribuiu muito ou totalmente para melhorar o seu desempenho na prática profissional;
		Módulo II SFeS **B**	O1.2					
	2ª Ação de Formação	Módulo I SFeS **C**	O1.3					
			O1.4					
		Módulo II SFeS **D**	O2.1					
			O2.2					
	3ª Ação de Formação	Módulo I SFeS **E**	O2.3					
			O2.4					
		Módulo II SFeS **F**	O3.1					
			O3.2					
			O3.3					
			O3.4					

A participação em dinâmicas de grupo (DdG) de exercício da comunicação foi avaliada por observação e análise direta das participações durante as SFeS. Os materiais de leitura de apoio e suporte à prática foram apresentados a todos os AAD da VAD, em várias oportunidades, foram entregues durante as SFeS, afixados no quadro motivacional e divulgados pelas diretorias técnicas.

A análise dos indicadores de execução ou atividade que se apresentam no quadro 2, mostram que todas as intervenções e atividades programadas foram realizadas, exibindo que o planeamento foi eficaz na concretização dos objetivos propostos e que os participantes ficaram muito satisfeitos com a qualidade da formação. Sempre que adequado apresentou-se também a média dos resultados e a percentagem relativamente a amostra total.

Quadro 2 - Da Avaliação dos Indicadores de Atividade

Indicadores de atividade geral	Previsto	Obtido	Média
% de AAD que teve acesso ao cartaz informativo da programação das SFeS; $\frac{N.º \text{ de AAD que teve acesso ao cartaz}}{N.º \text{ total de AAD da amostra}} X\ 100$	100%	22/22 = **100%**	100%
% de realização dos materiais de divulgação, apoio às SFeS e suporte à prática; $\frac{N.º \text{ de Materiais } Realizados}{N.º \text{ de } Materiais \text{ Programados}} X\ 100$	100%	23/23 = **100%**	100%
% de realização das SFeS; $\frac{N.º \text{ de SFeS Realizadas}}{N.º \text{ de SFeS Programados}} X\ 100$	100%	06/06 = **100%**	100%
Indicadores de adesão	**Previsto**	**Obtido**	**Média**
% de adesão dos AAD às SFeS; $\frac{N.º \text{ de AAD presentes na SFeS}}{N.º \text{ total de AAD da amostra}} X\ 100$	40%	16/22x100 = **A 73%** 10/22x100 = **B 46%** 12/22x100 = **C 55%** 09/22x100 = **D 41%** 17/22x100 = **E 77%** 16/22x100 = **F 73%**	61%
% de AAD que respondeu ao questionário de avaliação (QA) das SFeS; $\frac{N.º \text{ de AAD que respondeu ao QA}}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	16/16x100 = A 100% 10/10x100 = **B** 100% 12/12x100 = **C** 100% 09/09x100 = **D** 100% 17/17x100 = **E** 100% 16/16x100 = **F** 100%	100%
% de AAD que respondeu à ficha de avaliação (FAC) ; $\frac{N.º \text{ de AAD que respondeu ao FAC}}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	10/10x100 = **B** 100% 09/09x100 = **D** 100% 15/16x100 = **F** 94%%	98%
% de AAD que visualizou o material de leitura de suporte à prática; $\frac{N.º \text{ de AAD que visualizou o material}}{N.º \text{ total de AAD da amostra}} X\ 100$	70%	22/22x100 = **a)** 100% 22/22x100 = **c)** 100% 22/22x100 = **d)** 100% 22/22x100 = **e)** 100%	100%

% de AAD que participou em dinâmicas de grupo (DdG) para partilha de experiências e de exercício das técnicas de comunicação; $\frac{N.º \text{ de AAD que participou em DdG}}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS D}} X\ 100$	70%	09/09x100 = 100%*	
		09/22 = 41% ***	
Indicadores de utilidade	**Previsto**	**Obtido**	**Média**
% de sucesso na Ficha de Avaliação de Conhecimentos (FAC) da ação de formação; $\frac{N.º \text{ de AAD com pontuação } \geq 50\% \text{ na FAC}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC}} X\ 100$	70%	10/10x100 = 1ª- 100%**	100%**
		09/09x100 = 2ª- 100%**	
		15/15x100 = 3ª- 100%**	
% de AAD que considerou que as suas expectativas em relação às SFeS foram muito ou totalmente satisfeitas; $\frac{N.º \text{ de AAD que respondeu "muito ou totalmente"}}{N.º \text{ total de AAD participantes nas SFeS}} X\ 100$	70%	16/16x100 = **A** 100%	95%
		10/10x100 = **B** 100%	
		12/12x100 = **C** 100%	
		09/09x100 = **D** 100%	
		15/17x100 = **E** 88%	
		13/16x100 = **F** 81%	
% de AAD que considerou as SFeS muito ou totalmente úteis para a sua prática profissional; $\frac{N.º \text{ de AAD que respondeu "}muito\ ou\ totalmente\text{"}}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	16/16x100 = A 100%	97%*
		10/10x100 = B 100%	
		12/12x100 = C 100%	
		09/09x100 = D 100%	
		16/17x100 = E 94%	
		14/16x100 = F 88%	
% de AAD que considerou que os assuntos abordados são muito ou totalmente interessantes; $\frac{N.º \text{ de AAD que espondeu "}muito\ ou\ totalmente\text{"}}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	16/16x100 = **A** 100%	92%*
		09/10x100 = **B** 90%	
		11/12x100 = **C** 92%	
		09/09x100 = **D** 100%	
		14/17x100 = **E** 82%	
		14/16x100 = **F** 88%	
% de AAD que considerou a duração da sessão muito ou totalmente suficiente; $\frac{N.º \text{ de AAD que respondeu "}muito\ ou\ totalmente\text{"}}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	15/16x100 = **A** 94%	77%*
		09/10x100 = **B** 90%	
		10/12x100 = **C** 83%	
		06/09x100 = **D** 67%	
		13/17x100 = **E** 76%	
		09/16x100 = **F** 56%	
% de AAD que considerou que teve muita ou total oportunidade de esclarecer dúvidas e partilhar experiências; $\frac{N.º\ de\ AAD\ que\ respondeu\ "muito\ ou\ totalmente"}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	16/16x100 = **A** 100%	87%*
		10/10x100 = **B** 100%	
		10/12x100 = **C** 83%	
		08/09x100 = **D** 89%	
		14/17x100 = **E** 82%	
		11/16x100 = **F** 69%	
% de AAD que considerou que a formadora abordou de forma muito ou totalmente clara e simples as temáticas; $\frac{N.º\ de\ AAD\ que\ respondeu\ "muito\ ou\ totalmente"}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	16/16x100 = **A** 100%	95%*
		10/10x100 = **B** 100%	
		11/12x100 = **C** 92%	
		09/09x100 = **D** 100%	
		15/17x100 = **E** 88%	
		14/16x100 = **F** 88%	
% de AAD que considerou que os métodos pedagógicos utilizados nas SFeS facilitaram muito ou totalmente a compreensão dos temas;	70%	16/16x100 = **A** 100%	95%*
		10/10x100 = **B** 100%	
		11/12x100 = **C** 92%	
		09/09x100 = **D** 100%	

$\frac{N.º \text{ de AAD que respondeu } "muito\ ou\ totalmente"}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$		15/17x100 = **E** 88% 14/16x100 = **F** 88%	
% de AAD que considerou os meios audiovisuais e a documentação entregue "muito ou totalmente" adequados; $\frac{N.º \text{ de AAD que considerou } "muito\ ou\ totalmente" \text{ adequados}}{N.º \text{ total de AAD participantes na SFeS}} X\ 100$	70%	16/16x100 = **A** 100% 10/10x100 = **B** 100% 10/12x100 = **C** 83% 09/09x100 = **D** 100% 15/17x100 = **E** 88% 14/16x100 = **F** 88%	93%*
% dos AAD que considerou que este projeto "Formar para cuidar" contribuiu para melhorar o seu desempenho na prática profissional; $\frac{N.º \text{ de AAD que respondeu "muito ou totalmente"}}{N.º \text{ total de AAD que responderam ao QA da SFeS } \mathbf{F}} X\ 100$	70%	16/16x100 = 100%* 16/22x100 = 73% ***	

Legenda: * dos participantes nas SFeS ** dos que responderam ao questionário *** da amostra

O resultado de 61% de média de adesão às SFeS apesar de baixo, é um bom resultado, acima das previsões e reflete o esforço de motivação realizado antecipando a baixa adesão e o abandono da formação descrita na literatura. Os AAD consideraram que a duração da SFeS deveria ser maior, porque os assuntos são interessantes e apesar da oportunidade para esclarecimento de dúvidas, ficou ainda muito por partilhar. Existe dicotomia entre o desejo de mais tempo de partilha com o comportamento de falta de pontualidade no início das SFeS e com a necessidade de terminar no horário estabelecido, justificadas com o volume de trabalho diário.

1.2. Sessões de Formação em Serviço

A RCM n.º 94/2018 refere que as aprendizagens na educação para o desenvolvimento, estendem-se a todos os domínios da vida. "A dimensão do 'lifewide learning' (educação abarcando todos os aspetos da vida) enfatiza a complementaridade entre aprendizagens formais, não formais e informais" (Alheit & Dausien, 2006, p. 178, CEC, 2000, p. 9). No contexto desta Ação de formação, o domicílio da PeSD é um local de aprendizagem informal, onde se executam as funções profissionais diárias, e onde surge uma variedade inesperada de situações às quais o AAD tem de se adaptar. O momento de FS nas instalações da entidade social é um momento de aprendizagem não formal, serve como preciosa oportunidade para a equipa partilhar, refletir, e aproximar experiências e situações significativas e organizar as aprendizagens informais para consolidar conhecimento.

Os quadros 3, 4 e 5 especificam os procedimentos e alinham as atividades com os objetivos e indicadores de resultado de cada sessão da ação de formação.

1.2.1 – 1ª Ação de formação – Modulo I e II- SFeS A e B

Quadro 3 - Da 1ª Ação de Formação - Atividades e procedimentos desenvolvidos alinhados com os objetivos, recursos e Indicadores de resultado

Atividade		Procedimentos	Objetivo da Sessão	Data	Local	Recursos	Indicador de Resultado
1ª ação - "Cuidados de apoio à eliminação"	Módulo I SFeS **A**	- Avaliação da divulgação do cartaz das sessões; - Oferta de quadro motivacional; - Dinamização da Sessão **A** (métodos/técnicas pedagógicas); - Exercício de Reflexão inicial; - Apresentação PowerPoint "vigilância da eliminação"; - Infografia **a)** "Dar atenção à cor da urina"; - Resposta ao questionário de Avaliação;	**O1. 1**	07/12/ 2022	CCPF no PSM	Mestranda, Enfermeira especialista, Alunas de CMEEEC, Diretora técnica, AAD; Computador, Retroprojetor, Quadro branco, Papel, Caneta, Materiais pedagógicos.	% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 caraterísticas dos produtos de eliminação urinária e intestinal;
			O1. 2	07/12/ 2022			% de AAD que enunciou que para a manutenção da vigilância da eliminação é importante comunicar com todos os parceiros de cuidados e registar a observação; % de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 problemas da eliminação urinária e intestinal;
	Módulo II SFeS **B**	- Dinamização da Sessão **B** (métodos/técnicas pedagógicas); - Exercício de reflexão inicial; - Apresentação PowerPoint "Cuidados de apoio à eliminação"; - Resposta ao questionário de avaliação pelos formandos; - Resposta à ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da 1ª ação	**O1. 3**	14/12/ 2022			% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 4 cuidados de estímulo à eliminação; % de AAD que enunciou os cuidados de higiene como fundamentais para promover o conforto e prevenir lesões;
			O1. 4	14/12/ 2022			% de AAD que enunciou que vigiar a eliminação é importante porque fornece dados para intervir e/ou pedir ajuda aos profissionais de saúde para minimizar desconfortos e complicações;
	O1.1 Que os AAD da VAD possam identificar características dos produtos de eliminação urinária e intestinal, até dezembro de 2022; O1.2 Que os AAD da VAD possam conhecer o processo de vigilância da eliminação urinária e intestinal, até dezembro de 2022; O1.3 Que os AAD do VAD possam conhecer cuidados de estímulo e conforto para o apoio à eliminação urinária e intestinal, até dezembro de 2022; O1.4 Capacitar os AAD da VAD para agirem como elo da cadeia de intervenção e comunicarem aquando da identificação de anormalidade dessas características, até dezembro de 2022;						% de AAD que demonstrou domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na FAC da 1ª ação na SFeS **B**; % de AAD que considerou que o seu conhecimento foi "muito ou totalmente" melhorado por ter participado nas SFeS **A** e **B**.

1.2.2 – 2ª Ação de formação – Modulo I e II- SFeS C e D

Quadro 4 - Da 2ª Ação de Formação - Atividades e procedimentos desenvolvidos alinhados com os objetivos, recursos e Indicadores de resultado

Atividade		Procedimentos	Objetivo da sessão	Data	Local	Recursos	Indicador de Resultado
2ª ação - "Comunicação com os parceiros de cuidados"	Módulo I SFeS **C**	- Dinamização da Sessão **C** (métodos/técnicas pedagógicas); - Apresentação PowerPoint "Importância de melhorar as habilidades de comunicação na prestação de cuidados"; - Exercício da complexidade da comunicação; - Infografia **c)** "Atitudes para uma comunicação eficaz"; - Resposta ao questionário de Avaliação;	**O2.1**	11/01/ 2023	CCPF no PSM	Mestranda, Enfermeira especialista, Alunas de CMEEEC, Diretora técnica, AAD; Computador, Retroprojetor, Quadro branco, Papel, Caneta, Materiais pedagógicos.	% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 fatores que influenciam a comunicação;
			O2.2	11/01/ 2023			% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 caraterísticas do comunicador assertivo;
	Módulo II SFeS **D**	- Dinamização da Sessão **D** (métodos/técnicas pedagógicas); - Apresentação PowerPoint "Técnicas e estratégias para uma comunicação assertiva"; - Exercícios de treino e simulação de estratégia de comunicação com pessoa surda muda; - Dinâmicas de grupo com exercícios práticos; - Folheto **d)** "Comunicação assertiva"; - Resposta ao questionário de avaliação pelos formandos; - Resposta à ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da - 2ª ação.	**O2.3**	18/01/ 2023			% de AAD que enunciou corretamente estratégias para melhorar a escuta ativa;
			O2.4	18/01/ 2023			% de AAD que enunciou que praticar a comunicação assertiva ajuda a gerir conflitos, a melhorar o clima de trabalho e a coesão entre membros da equipa;
		O2.1 Que os AAD da VAD, possam identificar fatores que influenciam a comunicação, até janeiro de 2023; O2.2 Que os AAD da VAD possam conhecer caraterísticas do comunicador assertivo, até janeiro 2023; O2.3 Que os AAD da VAD possam conhecer técnicas facilitadoras para uma comunicação assertiva, até janeiro de 2023; O2.4 Capacitar os AAD da VAD para uma comunicação assertiva com os parceiros de cuidados, até janeiro de 2023;					% de AAD que demonstrou domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na FAC da 2ª ação na SFeS **D**; % de AAD que considerou que o seu conhecimento foi "muito ou totalmente" melhorado por ter participado nas SFeS **C** e **D**;

1.2.3 – 3ª Ação de formação – Modulo I e II- SFeS E e F

Quadro 5 - Da 3ª Ação de Formação - Atividades e procedimentos desenvolvidos alinhados com os objetivos, recursos e Indicadores de resultado

Atividade		Procedimentos	Objetivo da sessão	Data	Local	Recursos	Indicador de Resultado
3ª ação - "Cuidados de higiene e conforto"	Módulo I SFeS **E**	- Dinamização da Sessão **E** (métodos/técnicas pedagógicas); - Exercício de Reflexão inicial; - Apresentação PowerPoint "Avaliação da pele e seus cuidados – higiene oral e higiene das unhas"; - Infografia **e)** "Cuidados de higiene oral à pessoa com dependência"; - Resposta ao questionário de Avaliação;	**O3.1**	01/02/ 2023	CCPF no PSM	Mestranda, Enfermeira especialista, Alunas de CMEEEC, Diretora técnica, AAD; Computador, Retroprojetor, Quadro branco, Papel, Caneta, Materiais pedagógicos.	% de AAD que considerou que adquiriu mais conhecimento sobre Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas;
			O3.2	01/02/ 2023			% de AAD que enunciou pelo menos 2 problemas relacionados á má higiene oral; % de AAD que enunciou a importância de manter as unhas limpas e curtas;
	Módulo II SFeS **F**	- Dinamização da Sessão **F** (métodos/técnicas pedagógicas); - Exercício de reflexão inicial; - Apresentação PowerPoint "Procedimentos para o cuidado com as unhas (aula prática)"; - Resposta ao questionário de avaliação pelos formandos; - Resposta à ficha de avaliação de conhecimentos adquiridos da -3ª Ação;	**O3.3**	08/02/ 2023			% de AAD que enunciou os procedimentos para realizar uma boa higiene oral; % de AAD que enunciou os cuidados para realizar a higiene das unhas;
			O3.4	08/02/ 2023			% de AAD que enunciou que a observação da pele deve ser diária, durante a higiene, nas mudanças de posição, e sempre que há queixas; % de AAD que enunciou que a pele deve ser observada para notar alterações e agir sobre os fatores de risco preveníeis;
		O3.1 Que os AAD da VAD, possam conhecer a importância da integridade da pele na manutenção do bem-estar geral, até fevereiro de 2023; O3.2 Que os AAD da VAD possam conhecer problemas relacionados com a falta de higiene oral e das unhas, até fevereiro de 2023; O3.3 Que os AAD da VAD possam conhecer procedimentos para realizar a higiene oral e das unhas, até fevereiro de 2023; O3.4 Capacitar os AAD da VAD para agirem como elo da cadeia de intervenção e comunicarem aquando da identificação de alterações na pele mucosa oral e unhas, até fevereiro de 2023;					% de AAD que demonstrou domínio de conteúdos com pontuação ≥ a 70% na FAC da 3ª ação na SFeS **F**; % de AAD que considerou que o seu conhecimento foi "muito ou totalmente" melhorado por ter participado nas SFeS **E** e **F**;

De seguida faz-se a avaliação das SFeS analisando os indicadores de resultado, para se perceber o sucesso da ação formativa em termos do contributo para a e aprendizagem. Importa referir que na SFeS F apesar de terem participado 16 AAD apenas 15 (94%) respondeu à ficha de avaliação de conhecimentos.

Quadro 6 - Da Avaliação dos Indicadores de Impacte ou Resultado

Indicadores de Resultado	Meta	Obtido	Média
% de AAD com domínio de conteúdos demonstrado por pontuação ≥70% na Ficha de Avaliação de Conhecimentos adquiridos (FAC) da ação de formação. $\frac{N.º \text{ de AAD com pontuação } \geq 70\% \text{ na FAC}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC}} X\ 100$	40%	09/10x100 = **1ª**- 90%** 09/09x100 = **2ª**- 100%** 13/15x100 = **3ª**- 87%**	92%** = 47%***
% de AAD que considerou que o seu conhecimento foi melhorado por ter participado em SFeS; $\frac{N.º \text{ de AAD que considera que o conhecimento foi } muito\ ou\ totalmente\ melhorado}{N.º \text{ total de AAD que respondeu ao questionário de avaliação (QA) das SFeS}} X\ 100$	40%	16/16x100 = **A** 100%* 10/10x100 = **B**100%* 12/12x100 = **C**100%* 08/09x100 = **D** 89%* 15/17x100 = **E** 88%* 14/16x100 = **F** 88%*	94%* = 57%***
% de AAD com domínio de conteúdos demonstrado FAC da 1ª ação. $\frac{N.º \text{ de AAD com pontuação } \geq 70\% \text{ na FAC}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{1ª\ ação}} X\ 100$	40%	09/10x100 = 90%** = 41%***	
% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 caraterísticas dos produtos de eliminação urinária e intestinal; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{1ª\ ação}} X\ 100$	40%	10/10x100 = 100%** = 46%***	
% de AAD que enunciou que para a manutenção da vigilância da eliminação é importante registar a observação, e comunicar com todos os parceiros de cuidados; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{1ª\ ação}} X\ 100$	40%	09/10x100 = 90%** = 41%***	
% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 3 problemas da eliminação urinária e intestinal; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{1ª\ ação}} X\ 100$	40%	10/10x100 = 100%** = 46%***	
% de AAD que enunciou pelo menos 4 cuidados de estímulo à eliminação; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{1ª\ ação}} X\ 100$	40%	09/10x100 = 90%** = 41%***	
% de AAD que enunciou os cuidados de higiene como fundamentais para promover o conforto e prevenir lesões da pele; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{1ª\ ação}} X\ 100$	40%	10/10x100 = 100%** = 46%***	
% de AAD que enunciou que vigiar a eliminação é importante porque fornece dados para intervir e/ou pedir ajuda aos profissionais de saúde para minimizar desconforto e complicações; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC do da } \mathbf{1ª\ ação}} X\ 100$	40%	10/10x100 = 100%** = 46%***	
% de AAD com domínio de conteúdos demonstrado na Ficha de Avaliação de Conhecimentos adquiridos (FAC) da 2ª ação.	40%	09/09x100 = 100%** = 41%***	

$\frac{N.º \text{ de AAD com pontuação } \geq 70\% \text{ na FAC}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{2ª\ ação}} X\ 100$		
% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 fatores que influenciam a comunicação; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{2ª\ ação}} X\ 100$	40%	09/09x100 = 100%**= 41%***
% de AAD que enunciou corretamente pelo menos 2 caraterísticas do comunicador assertivo; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{2º\ ação}} X\ 100$	40%	09/09x100 = 100%** = 41%***
% de AAD que enunciou corretamente estratégias para melhorar a escuta ativa; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{2ª\ ação}} X\ 100$	40%	09/09x100 = 100%** = 41%***
% de AAD que enunciou que praticar a comunicação assertiva ajuda a gerir conflitos, a melhorar o clima de trabalho e a coesão entre membros da equipa; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{2ª\ ação}} X\ 100$	40%	09/09x100 = 100%** = 41%***
% de AAD com domínio de conteúdos demonstrado na Ficha de Avaliação de Conhecimentos adquiridos (FAC) da 3ª ação. $\frac{N.º \text{ de AAD com pontuação } \geq 70\% \text{ na FAC}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{3ª\ ação}} X\ 100$	40%	13/15x100 = 87%**= 59%***
% de AAD que considerou que adquiriu mais conhecimento sobre Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas; $\frac{N.º \text{ AAD que responderam "muito ou totalmente"}}{N.º\ total\ de\ AAD\ que\ respondeu\ ao\ QA\ da\ SFeS\ \boldsymbol{F}} X\ 100$	40%	15/16x100 = 94%* = 68%***
% de AAD que enunciou pelo menos 2 problemas relacionados á má higiene oral; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{3ª\ ação}} X\ 100$	40%	15/15x100 = 100%** = 68%***
% de AAD que enunciou a importância de manter as unhas limpas e curtas; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{3ª\ ação}} X\ 100$	40%	15/15x100 = 100%** = 68%***
% de AAD que enunciou os procedimentos para realizar uma boa higiene oral; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{3ª\ ação}} X\ 100$	40%	14/15x100 = 93%** = 64%***
% de AAD que enunciou os cuidados para realizar a higiene das unhas; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{3ª\ ação}} X\ 100$	40%	13/15x100 = 87%** = 59%***
% de AAD que enunciou que a observação da pele deve ser diária, durante a higiene, nas mudanças de posição, e sempre que há queixas; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{3ª\ ação}} X\ 100$	40%	14/15x100 = 93%** = 64%***
% de AAD que enunciou que a pele deve ser observada para notar alterações e agir sobre os fatores de risco preveníeis; $\frac{N.º \text{ AAD que respondeu corretamente}}{N.º \text{ total de AAD que realizou a FAC da } \mathbf{3ª\ ação}} X\ 100$	40%	14/15x100 = 93%** = 64%***
Legenda: * dos participantes nas SFeS ** dos que responderam à FAC *** da amostra		

As avaliações dos indicadores de impacte ou resultado mostram que os objetivos operacionais definidos em termos de capacitar para a aquisição de conhecimentos foram todos atingidos. Os participantes consideram que adquiriram e melhoraram o conhecimento sobre os conteúdos abordados, e que compreendem melhor os conteúdos das temáticas trabalhadas. A comunicação com os parceiros de cuidados foi melhorada, a capacidade para prestar cuidados de apoio à eliminação e a capacidade para prestar apoio nos cuidados de higiene oral e higiene das unhas foi melhorada.

APÊNDICE 21: Divulgação do projeto em eventos científicos

Participação em Eventos Científicos na divulgação da Informação sobre o projeto de intervenção comunitária

1. Participação no II Colóquio Internacional de Envelhecimento, Saúde e Cidadania, submissão de resumo e apresentação de Comunicação em formato de Poster intitulado "O enfermeiro como promotor de ambiente domiciliário saudável", que decorreu no dia 28 de outubro de 2022, em formato presencial e online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

2. Participação nas V Jornadas de Intervenção Psicossocial na Comunidade – Pensar o Idoso e o envelhecimento: Promover a Vida, submissão de resumo e apresentação de Comunicação Livre em formato de E-Poster intitulado “O Enfermeiro como Promotor da Formação Continua em Serviço com Ajudantes de Ação Direta, tendo obtido uma menção honrosa, que se realizaram On-Line, nos dias 26 e 27 de janeiro de 2023 com a duração total de 14 horas.

3. Submissão de resumo e co-autoria de Comunicação Livre em formato de E-Poster intitulado “Formação em serviço com Ajudantes de ação direta: Intervenção de enfermagem comunitária no equilíbrio dos níveis de saúde da comunidade” apresentado no IV Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade, promovido pela AUCC, nos dias 30 e 31 de março de 2023, na Figueira da Foz.

O enfermeiro como promotor de ambiente domiciliar saudável

Fernandes, D.; Santos, A.; Silva, M.; Viegas, L.

Palavras-Chave: Idoso, Ambiente domiciliar, Cuidadores, Enfermagem.

Introdução

Fatores Biológicos | Fatores Ambientais
Saúde da Pessoa
Fatores Socioculturais | Fatores Contextuais

Dahlgren Whitehead (2007)

Declaração de Alma-Ata - Cuidados de Saúde Primários.

Determinantes Sociais de Saúde.

Agenda 2030 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

PNS 2021-2030 "Saúde sustentável, de tod@s para tod@s".



Pessoa — Indivíduo, Cuidadores...
Processo - Perda gradual de autonomia
Contexto - Domicílio
Tempo — Ciclo vida: Envelhecimento

Oliveira, V.H. (2019)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC)

Capacitação → Modificação do ambiente → Ganhos em Saúde

Objetivo

Identificar a relevância da intervenção do enfermeiro em vários domínios para modificar o ambiente onde o idoso vive e se desenvolve para o tornar mais favorável à sua saúde.

Metodologia

Pesquisa em bases de dados sobre temáticas que envolveram três projetos de intervenção comunitária cuja finalidade foi:

Idoso na gestão da medicação

Capacitar o próprio para o uso Seguro da medicação:

- *Sessões de educação para a saúde individuais e em grupo.*

Idoso com perda de funcionalidade

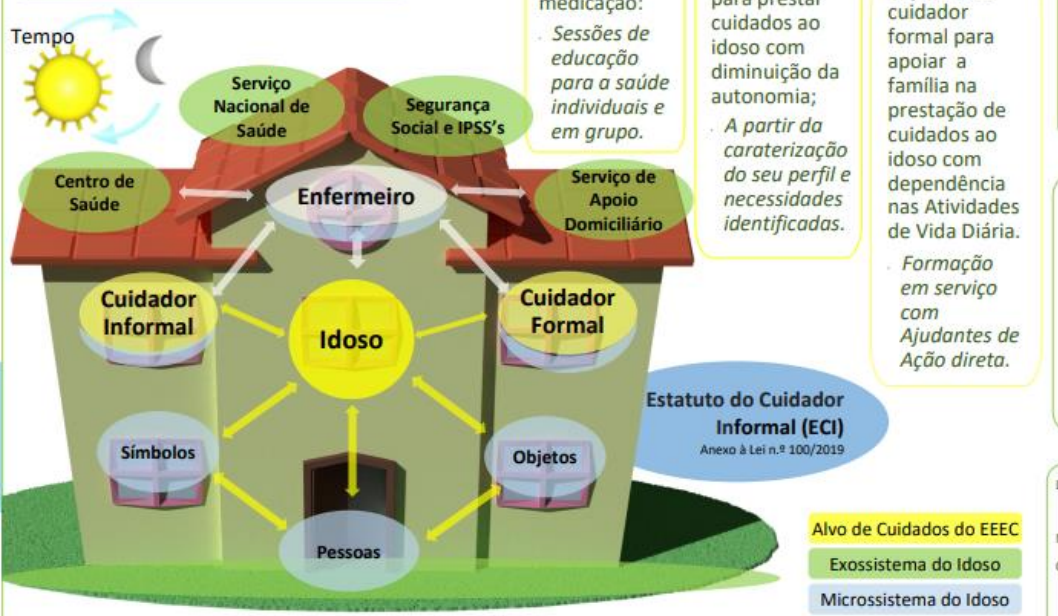
Capacitar o cuidador informal (CI) para prestar cuidados ao idoso com diminuição da autonomia;

- *A partir da caraterização do seu perfil e necessidades identificadas.*

Idoso em cuidados continuados integrados e Serviço de Apoio Domiciliário

Capacitar o cuidador formal para apoiar a família na prestação de cuidados ao idoso com dependência nas Atividades de Vida Diária.

- *Formação em serviço com Ajudantes de Ação direta.*



Alvo de Cuidados do EEEC
Exossistema do Idoso
Microssistema do Idoso
Macrossistema do Idoso

Nota: Intervenção dinâmica nos ambientes ao longo do ciclo de vida, trans e inter sectorial, e multinível (micro, meso, exo e macrossistémica) (Ministério da Saúde, 2015).

Resultados (esperados)



Conclusões

A forma como os fatores determinantes do contexto domiciliário exercem influência no desenvolvimento dos idosos depende da sua multidimensionalidade. A intervenção do enfermeiro nas três dimensões estudadas é um contributo na melhoria do ambiente onde o idoso vive e se desenvolve. Para que a influência exercida pelos fatores favoreça mais e melhor saúde, sem deixar ninguém para trás, a intervenção deve ser da responsabilidade de todos e para todos sempre no respeito pelos direitos, liberdades e garantias individuais.

Referências Bibliográficas

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up – Part1 and Part 2, in Studies on social and economic determinants of population health, No. 2 and 3, World Health Organization, Regional Office for Europe.https://apps.who.int/iris/handle/10665/107791

Ministério da saúde (2019). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://pns.dgs.pt/

Oliveira, V.H.(2019). Teoria bioecológica do desenvolvimento humano: fases e ampliações da abordagem. SEMOC - Semana de Mobilização Científica (22: 2019: Salvador, Ba). http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1324/1/Teoria%20bioecol%C3%B3gica%20do%20desenvolvimento%20humano%3A%20fases%20e%20amplia%C3%A7%C3%B5es%20da%20abordagem.pdf

OECD (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en.

Declaração de conflitos de interesse - nada a declarar.

O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DA FORMAÇÃO CONTINUA EM SERVIÇO COM AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA

Fernandes, D. & Viegas, L.

Palavras-Chave: Ajudantes de Ação Direta; Formação; Dependência; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Introdução

As alterações funcionais do envelhecimento podem levar à situação de dependência para o autocuidado de saúde (WHO 2015; 2022). Promover a vida numa sociedade envelhecida, pode passar por aumentar a qualidade dos serviços de apoio no autocuidado de saúde no domicílio. Capacitar ajudantes de ação direta alinha com objetivo de melhoria continua da prestação de cuidados da rede nacional de cuidados continuados integrados (Decreto-lei n.º 101/2006).

Objetivo

Identificar as necessidades formativas de ajudantes de ação direta (AAD) de um equipamento com resposta social com valência de apoio à dependência na área metropolitana de Lisboa.

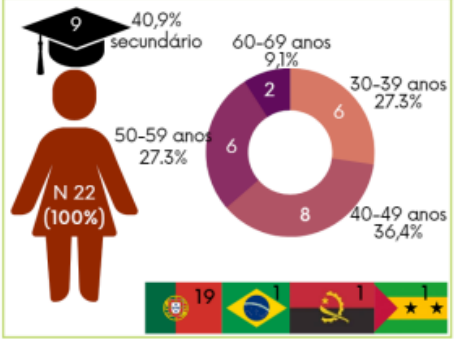
Material e métodos

Estudo: observacional transversal analítico. **Metodologia** do Planeamento em saúde (Etapa do diagnóstico da situação). **Amostra:** 22 AAD de um equipamento social com valência de apoio à dependência na área metropolitana de Lisboa. **Instrumento de recolha de dados:** questionário com questões sócio demográficas e escala de avaliação de necessidades de formação nas atividades da função de apoio no autocuidado de saúde. Cumpridos os **requisitos Éticos** (parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo).

Tratamento de dados: Estatística descritiva, recorrendo ao software estatístico IBM SPSS versão 28.

Resultados

Figura 1. **Distribuição por sexo, idade e nacionalidade**



Fonte: Produção própria

Quadro 1. **Necessidades formativas em % de respostas "com dificuldade" por área de atividades de apoio**

36,36% nos cuidados de promoção da segurança;
37,73% nos cuidados de higiene e conforto;
38,64% nos cuidados de promoção da autonomia;
41,55% nos cuidados com alimentação;
45,45% na comunicação.
46,36% nos cuidados de apoio à eliminação;

Figura 2. **Distribuição por tempo de experiência na área e formação inicial**

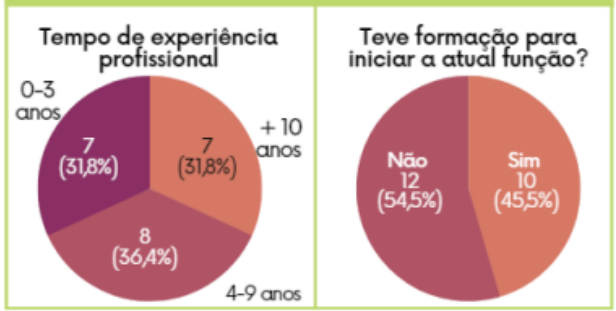
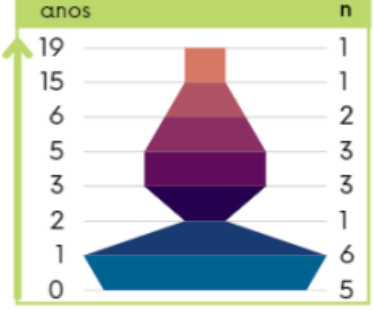


Figura 3. **Tempo de trabalho na instituição**



Fonte: Produção própria

Discussão

Os dados espelham a vulnerabilidade deste grupo profissional sendo consistentes com OCDE (2020) que refere baixas qualificações para a função que desempenham, que não acompanham o aumento da complexidade dos cuidados prestados no domicílio (Portugal, 2016). O envelhecimento demográfico impõe uma crescente procura por serviços de apoio, justapondo escassez de recursos humanos numa ocupação exigente, com níveis salariais baixos e não atrativa para reter trabalhadores suficientes.

Conclusões

Os resultados conferem relevância à intervenção comunitária do Enfermeiro especialista em formação em serviço com AAD, capacitando-os para a prestação de cuidados. Investir em formação é investir em saúde porque o aumento da capacitação melhora a autoconfiança, segurança, qualidade do serviço, a satisfação, potenciando resultados positivos em saúde, valorizando o país e impulsionando o desenvolvimento económico e coesão social.

Referências Bibliográficas

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Diário da República I-A Série (n.º 109/2006, de 06-06-2006).3856-3865. https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934

OCDE (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en.

Portugal, (2016). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e

World Health Organization. (2015). World report on Ageing And Health. https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463

World Health Organization. (2022). WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/357828.

Formação em serviço com Ajudantes de Ação Direta:

Intervenção de Enfermagem Comunitária no equilíbrio dos níveis de saúde da comunidade

Fernandes, D.; Viegas, L.; Matias, Sílvia

Palavras chave: Ajudantes de Ação Direta; Formação; Enfermagem em Saúde Comunitária

Introdução: A Formação em serviço dos Ajudantes de Ação Direta (AAD) é relevante, num cenário demográfico de duplo envelhecimento que perspetiva a necessidade crescente destes profissionais, para melhorar a resposta social integrada com cuidados de saúde que visa promover a qualidade de vida de pessoas em situação de dependência. (Portaria n.º 38/2013). A intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na capacitação dos AAD, alinha com o objetivo de melhoria da prestação de cuidados da RNCCI (Decreto-lei n.º 101/2006).

Objetivos do estudo: Caraterizar e identificar as necessidades formativas dos AAD de uma instituição de resposta social, com valência de apoio à dependência na área metropolitana de Lisboa.

Métodos: Metodologia do Planeamento em Saúde (etapa do diagnóstico da situação). **Estudo** observacional transversal analítico com parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. **Amostra:** 22 AAD de uma instituição social com valência de apoio à dependência na área metropolitana de Lisboa, responderam a questionário com questões sócio demográficas e escala de avaliação de necessidades de formação nas atividades da função de apoio no autocuidado de saúde. **Tratamento de dados:** Estatística descritiva, recorrendo ao software estatístico IBM SPSS versão 28.

Resultados:

Figura 1. Distribuição por sexo, idade, escolaridade e nacionalidade



Figura 2. Distribuição por tempo de experiência na área e formação inicial

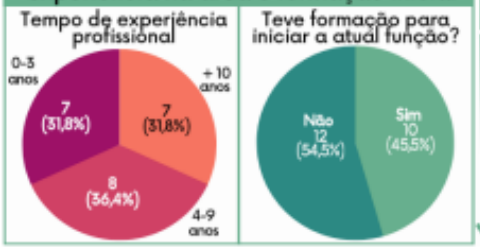


Figura 3. Distribuição por tempo de trabalho na instituição



Figura 4. Necessidades formativas em % de respostas "com dificuldade" por área de atividades de apoio

- 46,36% nos cuidados de apoio à eliminação;
- 45,45% na comunicação com os parceiros de cuidados;
- 41,55% nos cuidados com alimentação;
- 38,64% nos cuidados de promoção da autonomia;
- 37,73% nos cuidados de higiene e conforto;
- 36,36% nos cuidados de promoção da segurança;

45,4% Perceciona o seu nível de formação como reduzido

Discussão/ Conclusão: Os dados espelham a vulnerabilidade deste grupo profissional sendo consistentes com OCDE (2020), que refere baixas qualificações para a função que desempenham e não acompanham o aumento da complexidade dos cuidados prestados no domicílio (Portugal, 2016). Os resultados conferem relevância à intervenção comunitária do Enfermeiro especialista como dinamizador de formação em serviço com AAD, capacitando-os para a prestação de cuidados e potenciando uma mudança positiva para equilibrar as forças que ameaçam a sua saúde e a daqueles de quem cuidam.

A UCC ao intervir em formação está a investir em saúde, porque o aumento da capacitação melhora a autoconfiança, a qualidade do serviço, a segurança e a satisfação. A formação impulsiona o desenvolvimento económico, a coesão social e fortalece o sistema de saúde.

Referências Bibliográficas:

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Diário da República I-A Série (n.º 109/2006, de 06-06-2006).3856-3865. https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934

OCDE (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en.

Portugal, (2016). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e

Portaria n.º 38/2013. (2013). Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Diário da República. Série I (n.º 21/2013, de 30-01-2013). 605 - 608. ELI: https://data.dre.pt/eli/port/38/2013/01/30/p/dre/pt/html

ANEXOS

ANEXO I: PARECER INTERMÉDIO

Parecer Intermédio
Processo 050/CES/INV/2022

- **Título do projeto**

«Formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta»

- **Investigador principal e instituição de afiliação**

Dominique Suzana Monteiro Da Veiga Fernandes, Enfermeira na Unidade Saúde Santa Casa do Bairro Padre Cruz/ Telheiras da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Mestranda 13º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- **Contacto do investigador principal**

dominiquefernandes@campus.esel.pt

- **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Sr.ª Professora Doutora Laura Maria Monteiro Viegas, ESEL

Sr.ª Enfermeira Especialista, em Enfermagem Comunitária Sílvia Matias

- **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**

Não aplicável.

- **Local do estudo**

Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha

Centro Comunitário Paroquial de Famões

Fundamentação

«(...)

Paula Monteiro | Assessoria <paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt> 21/06/2022, 14:58
para mim

Boa tarde Dr.ª Dominique Fernandes,

Solicita-me a Comissão de Ética da ARSLVT, de lhe enviar o parecer em anexo, emitido pela secção de investigação.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro
Secretariado
Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT

ANEXO II: PARECER FAVORÁVEL

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ars lvt
LISBOA E VALE DO TEJO

Exma. Senhora
Dr.ª Dominique Fernandes
dominiquefernandes@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5047/CES/2022	

Assunto: formar para cuidar: intervenção comunitária com Ajudantes de Ação Direta.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 08.07.2022 e emitiu um parecer favorável a este 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

LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Diretivo da
ARSLVT, I.P.

Comissão de Ética da ARSLVT-PROCESSO 050/CES/INV/2022 Externos Caixa de entrada ×

Paula Monteiro | Assessoria <paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt> terça, 9/08/2022, 15:36
para mim

Dr.ª Dominique Fernandes,

Solicita-me a Comissão de Ética da ARSLVT, de lhe enviar o parecer em anexo, emitido pela secção de investigação.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro
Secretariado
Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT

ANEXO III: BILHETE DE IDENTIDADE E PROGRAMAS ATIVOS NA UCC

Bilhete de identidade da UCC acedido em (03/10/2022)



Programas ativos na UCC dirigidos à população ao longo de todo o ciclo vital



ANEXO IV: OECD HEALTH STATISTICS 2021

Coloco a fonte porque já não está disponível, uma vez que clicando nos links abre as definições revistas da health statististics 2022/2023

https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=a29d8d56-e227-4e7b-a90f-b2232b074723

http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=25781359-6878-43ee-aa97-561f408756b6



OECD Health Statistics 2021
Definitions, Sources and Methods

Practising caring personnel (personal care workers)

This category includes both Health care assistants in institutions (ISCO-08 5321) and Home-based personal care workers (ISCO-08 5322).

Health care assistants (ISCO-08 code: 5321) provide direct personal care and assistance with activities of daily living to patients and residents in a variety of health care settings such as hospitals, clinics, and residential nursing care facilities. They generally work in implementation of established care plans and practices, and under the direct supervision of medical, nursing or other health professionals or associate professionals.

Inclusion
- **Nursing aide (clinic or hospital)**
- **Patient care assistant**
- **Psychiatric aide**
- **Foreign health care assistants practising in the country**

Exclusion
- **Nurse (professional and associate professional).**

Home-based personal care workers (ISCO-08 code: 5322) provide routine personal care and assistance with activities of daily living to persons who are in need of such care due to effects of ageing, illness, injury, or other physical or mental condition in private homes and other independent residential settings.

Inclusion
- **Home care aide**
- **Nursing aide (home)**
- **Personal care provider**
- **Foreign personal care workers practising in the country**

Exclusion
- **Nurse (professional and associate professional)**
- **Social worker**

ANEXO V: CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS

II Colóquio Internacional
Envelhecimento, Saúde e Cidadania

Certificado

Certifica-se que **Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes**, nascido(a) a 1979-06-03, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 12470603, participou no ***II Colóquio Internacional de Envelhecimento, Saúde e Cidadania "Longevidade e cuidados de Enfermagem: uma exigência para a formação dos enfermeiros"***, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que decorreu no dia 28 de outubro de 2022, em formato *online*.

Coimbra, 28 de outubro de 2022

Pel'A Comissão Organizadora

Professora Doutora Maria de Lurdes Almeida

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Amaral

II Colóquio Internacional
Envelhecimento, Saúde e Cidadania

Certificado

Certifica-se que a comunicação em formato de poster "**O enfermeiro como promotor de ambiente domiciliário saudável**", do(s) autor(es) Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes, Ana Isabel Salgueirinho dos Santos, Maria Eveline Fernandes Baltazar Silva e Laura Maria Monteiro Viegas, enquadrada no eixo temático *Envelhecimento saudável*, foi apresentada por *Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes*, no âmbito do ***II Colóquio Internacional de Envelhecimento, Saúde e Cidadania***, que decorreu no dia 28 de outubro de 2022, em formato presencial e online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 28 de outubro de 2022

Pel'A Comissão Organizadora

Professora Doutora Maria de Lurdes Almeida

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Amaral

PROGRAMA

28 de outubro de 2022

08:30 Abertura do Secretariado

09:00 Sessão de Abertura

Conceição Alegre - Vice-Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnfC
João Apóstolo - Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), ESEnfC
Maria de Lurdes Almeida - Coordenadora da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem do Idoso, ESEnfC
Luís Barreira - Representante da Ordem dos Enfermeiros

09:30 Painel 1 - Formação em Enfermagem Gerontogeriátrica

Orientação de estudantes em ensino clínico na área de Enfermagem do Idoso e Geriatria
Dina Costa, em ensino clínico na área de Enfermagem do Idoso e Geriatria

Os estudantes de enfermagem em ensino clínico: perspetiva da parceria institucional
Marta Rocha, Casa do Pai - Coimbra

Envelhecimento, Saúde e Cidadania: percurso em ensino clínico no contexto da área opcional
Gabirela Rolim, Ex-Estudante da ESEnfC/ERPI Águeda

Autopercepção das competências gerontogeriátricas dos enfermeiros recém-licenciados
João Tavares, Universidade de Aveiro/UICISA: E

Contributos da formação especializada de 2ª nível no desenvolvimento de competências em Enfermagem Gerontogeriátrica
Sérgio Abrunheiro, CHUC/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Moderador: Isabel Gil, ESEnfC

11:00 Painel 2 - Enfermagem Gerontogeriátrica: perspetivas e desafios

Envelhecimento, da população: resposta e desafios
Luís Barreira, Ordem dos Enfermeiros

O passado, o presente e os novos desafios da formação em Enfermagem Gerontogeriátrica
Maria de Lurdes Almeida, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/UICISA: E

Mitos e realidade s da prática de cuidados gerontogeriátricos
Joana Ferreira, Consultoria em Gestão de Lares

Percurso e desafios da investigação em Enfermagem Gerontogeriátrica
João Apóstolo, UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Moderador: Adriana Coelho, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

14:00 Painel 3 - Enfermagem Gerontogeriátrica: experiências internacionais

Relevância da Gerontogeriatria na Formação graduada e pós-graduada para a prestação de cuidados de saúde no Brasil
Larissa Chaves Pedreira, Universidade Federal da Bahia

Clinical Practice and Education in Gerontogeriatric Nursing
Elizabeth Capezuti, Hunter - Bellevue School of Nursing – Hunter College of Cuny

Moderador: João Tavares, Universidade de Aveiro

15:30 Comunicações Livres

Moderadores: Paula Cordeiro, Suzana Duarte e Alberto Barata, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

17:00 Encerramento

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM

CCOMS ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA



Certificado

Certifica-se que **Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes** e **Laura Maria Monteiro Viegas**, apresentaram a ***Comunicação Livre em forma de Poster, O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DA FORMAÇÃO CONTINUA EM SERVIÇO COM AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA,***

tendo obtido uma ***Menção Honrosa,***

nas **V Jornadas de Intervenção Psicossocial na Comunidade – Pensar o Idoso e o envelhecimento: Promover a Vida,**

que se realizaram On-Line, nos dias 26 e 27 de janeiro de 2023.

Porto, 27 de janeiro de 2023

A Presidente das Jornadas
Assunção Nogueira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

iXUS formação e consultadoria, lda.

DGERT ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA

V Jornadas **INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NA COMUNIDADE**

Pensar o idoso e o envelhecimento: Promover a Vida



26 E 27 DE JANEIRO DE 2023

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que o(a)

Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes,

participou nas

V Jornadas de Intervenção Psicossocial na Comunidade

- Pensar o idoso e o envelhecimento: Promover a Vida,

que se realizou On-Line, via ZOOM, em 26 e 27 de janeiro de 2023, com a duração total de 14 horas.

Porto, 27 de janeiro de 2023

A Presidente das Jornadas
Assunção Nogueira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

iXUS formação e consultadoria, lda.

DGERT ENTIDADE FORMADORA CERTIFICADA



IV Congresso Nacional AUCC

"Uma associação em Prol da Comunidade"



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes, Laura Maria Monteiro Viegas e Sílvia Manuel Matias Esperança** foram autores do **Poster "Formação em serviço com ajudantes de ação direta: Intervenção de enfermagem comunitária no equilíbrio dos níveis de saúde da comunidade"** apresentado no IV Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade, promovido pela AUCC, nos dias 30 e 31 de março de 2023, na Figueira da Foz, no Centro de Artes e Espetáculos, com a duração de 14h.

Figueira da Foz, 31 de março de 2023

Presidente da AUCC

José Barbosa Lima