



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**

Relatório de Estágio

**Capacitação dos Cuidadores Formais do Serviço de
Apoio Domiciliário: um projeto de intervenção
comunitária**

Maria Helena Carvalheira Pedrosa



Lisboa

2021



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

**Capacitação dos Cuidadores Formais do Serviço de
Apoio Domiciliário: um projeto de intervenção
comunitária**

Maria Helena Carvalheira Pedrosa



Orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa



Lisboa

2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Dedico este relatório
aos meus filhos, Carolina e João Pedro, por serem o melhor de mim e darem
sentido à minha vida.
Ao meu marido, pelo apoio e incentivo.
Aos meus pais, *in memoriam*, pelos valores que me transmitiram e pela eterna
saúde que deixaram.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador pedagógico, Professor Doutor Edmundo Sousa pela sua orientação e supervisão.

Ao meu orientador clínico, enfermeiro chefe Paulo Silva pela sua orientação, disponibilidade e um agradecimento especial pelo apoio e incentivo principalmente nos momentos mais difíceis.

Às IPSS e às cuidadoras formais que contribuíram para que este estudo fosse possível.

Aos professores, colegas do mestrado, equipa da USPAS, e amigos que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal ao longo deste percurso.

À minha amiga Margarida pelo apoio.

À minha filha Carolina, um especial agradecimento pela ajuda na formatação.

Ao meu marido e aos meus filhos pelo carinho e apoio constante e pela compreensão das minhas ausências, ao longo desta caminhada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAD	-	Ajudantes de Ação Direta
ACES AR	-	Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho
AIVD	-	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APA	-	<i>American Psychological Association</i>
AVD	-	Atividades básicas da Vida Diária
CATICA	-	Centro de Assistência à Terceira Idade de Coima e Arredores
CF	-	Cuidadoras Formais
CI	-	Consentimento Informado
CIPE	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMB	-	Câmara Municipal do Barreiro
Covid -19	-	Doença provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2
CSPAM	-	Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes
CSPSA	-	Centro Social e Paroquial de Santo André
CSSA	-	Centro Social de Santo António
EEECSP	-	Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
ERPI	-	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ESEL	-	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EUROSTAT	-	<i>Statistical Office of the European Union</i> (Serviço de Estatísticas da União Europeia)
GEP	-	Gabinete de Estratégia e Planeamento
IEFP	-	Instituto de Emprego e Formação Profissional
INE	-	Instituto Nacional Estatística
IPSS	-	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ICN	-	<i>International Council of Nurses</i> (Conselho Internacional de Enfermeiros)
ISSO	-	<i>International Organization for Standardization</i> (Organização

Internacional para Padronização)

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

MPSNP - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PEG - *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy* (Gastrostomia Percutânea Endoscópica)

PLSAR - Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho

PORDATA - Base de dados de Portugal Contemporâneo

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses*

RSI - Rendimento Social de Inserção

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SCMB - Santa Casa da Misericórdia do Barreiro

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNG - Sonda Nasogástrica

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

USPAS - Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio

WHO - World Health Organization

% - percentagem

RESUMO

O crescente aumento da esperança de vida e consequente aumento da população idosa nos países desenvolvidos e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, tem vindo a aumentar o número de idosos com a sua autonomia comprometida. A estes fatores, acresce a alteração da dinâmica familiar, sendo fundamental que haja profissionais que sejam capazes de dar resposta às necessidades destes indivíduos/famílias. Mas estes profissionais, na sua maioria, não têm formação previa para cuidar de idosos ou têm-na insuficiente necessitando de capacitação.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária tem como competências específicas, entre outras, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Através da aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde, desenvolvemos o projeto "Capacitação dos Cuidadores Formais do Serviço de Apoio Domiciliário: um projeto de intervenção comunitária" com o objetivo de capacitar as cuidadoras formais, do Serviço de Apoio Domiciliário das quatro Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho do Barreiro, que prestam cuidados a idosos dependentes em contexto domiciliário, no tema cuidados ao utente na mobilização, posicionamento e transferência.

A amostra constituiu-se de 58 participantes femininas que através da aplicação direta de um questionário identificaram as suas necessidades de formação.

Foram realizadas sessões de educação para a saúde a 100% das participantes e após avaliação dos resultados da intervenção, constatou-se que estas conseguiram identificar: três complicações da imobilidade e a sequência de passos na transferência (100%); a mecânica corporal para prevenir lesões músculo-esqueléticas das cuidadoras (98,28%); e a finalidade do posicionamento (96,55%).

Palavras-chave: capacitação, cuidador formal, domicílio, enfermagem comunitária, idoso dependente.

ABSTRACT

The growing increase in life expectancy and the consequent increase in the elderly population in developed countries and the prevalence of chronic non-transmittable diseases has been increasing the number of elderly people with their autonomy compromised. In addition to these factors, there is a change in family dynamics, and it is essential that there are professionals who are able to respond to the needs of these individuals/families. But these professionals, for the most part, do not have prior training in taking care of the elderly or have insufficient training, requiring capacitation.

Nurses specializing in community health have the specific competences, among others, of contributing to the process of capacitation groups and communities.

Through the application of the Health Planning methodology, the project "Capacitation of Formal Caregivers of the Home Support Service: a community intervention project" was developed, with the objective of capacitating formal caregivers of the Home Support Service of the four Private Solidarity Institutions in Barreiro council, which provide care for dependent elderly people in the home context, in the theme of user care in mobilization, positioning and transfer.

The sample consisted of 58 female participants who, through the direct application of a questionnaire, identified their training needs.

Health education sessions were held for 100% of the participants and after evaluating the results of the intervention, it was found that they were able to identify: three complications of immobility and the sequence of steps in the transfer (100%); body mechanics to prevent musculoskeletal injuries of caregivers (98.28%); and the purpose of the positioning (96.55%).

Keywords: capacitation, formal caregiver, home, community nursing, dependent elderly.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. O envelhecimento.....	18
1.2. O ato de cuidar	20
1.3. O cuidador e o cuidador formal.....	21
1.4. Redes de serviços e equipamentos sociais	24
1.5. A capacitação do cuidador formal - Formação de adultos.....	26
1.6. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	29
2. METODOLOGIA	31
2.1. Diagnóstico da situação	31
2.1.1. Contextualização do Local da Intervenção.....	32
2.1.2. População, População Alvo e Amostra.....	34
2.1.3. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados	34
2.1.4. Apresentação dos Dados	36
2.1.5. Diagnósticos de Enfermagem	41
2.2. Definição de Prioridades.....	43
2.3. Fixação de Objetivos.....	45
2.4. Seleção de Estratégias.....	46
2.5. Elaboração de Programas e Projetos	47
2.6. Preparação da Execução	48
2.7. Avaliação	49
2.7.1. Indicadores de execução ou atividade	50
2.7.2. Indicadores de impacto ou resultado	51
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
4. QUESTÕES ÉTICAS	54
5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	55
6. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	69
Anexo I. Etapas do Processo de Planeamento em Saúde	70

Anexo II. Autorização do Diretor Executivo do ACES AR.....	72
Anexo III. Autorização da Coordenadora da USPAS do ACES AR	74
Anexo IV. Autorização da autora do questionário	76
Anexo V. Declarações do Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes	78
Anexo VI. Declarações do Centro Social e Paroquial de.....	81
Santo André.....	81
Anexo VII. Declarações do Centro Social de Santo António.....	84
Anexo VIII. Declarações do CATICA	87
Anexo IX. Parecer da Comissão de Ética da Saúde da ARS LVT	90
APÊNDICES	92
Apêndice I. PRISMA <i>Flow Diagram</i>	93
Apêndice II. <i>Scoping Review</i>	95
Apêndice III. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2015) adaptado ao estudo.	104
Apêndice IV. Instrumento de colheita de dados: Questionário	106
Apêndice V. Consentimento Informado	110
Apêndice VI. Cronograma	113
Apêndice VII. Identificação de todas as atividades desenvolvidas com dificuldade	115
Apêndice VIII. Apresentação dos gráficos das dificuldades das CF por áreas	117
Apêndice IX. Temas que as CF gostariam de ver abordados em futuras ações de formação.....	121
Apêndice X. Problemas priorizados pelo método de Grelha de Análise.....	126
Apêndice XI. Cronograma de Atividades	128
Apêndice XII. Planeamento Pedagógico da Sessão de Formação	130
Apêndice XIII. Cronograma da realização das Sessões de Formação e número de participantes.....	133
Apêndice XIV. Divulgação das Sessões de Formação	135
Apêndice XV. Folha de Registo de Presenças na Sessão de Formação	138
Apêndice XVI. Apresentação em <i>Power Point</i> da sessão formativa	140

Apêndice XVII. Grelha de Observação.....	147
Apêndice XVIII. Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	149
Apêndice XIX. Certificado de Participação.....	152
Apêndice XX. Guia de Boas Práticas “Cuidados ao utente na Mobilização Posicionamento e Transferência”	154

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Composição da amostra	36
Gráfico 2. Distribuição das CF por grupos etários	37
Gráfico 3. Distribuição das CF segundo as habilitações literárias	38
Gráfico 4. Distribuição das CF com formação na área da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente	38
Gráfico 5. Número de anos de atuação nesta área	39

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Identificação das variáveis.....	35
Quadro 2. Diagnósticos de enfermagem	43

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Caraterização da amostra relativamente à idade.....	37
<i>Tabela 2.</i> Número de anos de experiência profissional nesta área	38
<i>Tabela 3.</i> Dificuldades identificadas em atividades e por área temática, mais expressivas	40
<i>Tabela 4.</i> Indicadores de execução ou de atividade	50
<i>Tabela 5.</i> Indicadores de impacto ou resultado	52

INTRODUÇÃO

Portugal é um dos países com a população mais envelhecida do espaço europeu e o envelhecimento é atualmente uma realidade de grande preocupação na sociedade portuguesa (Rosa, 2016). A pertinência deste tema prendeu-se com o facto do concelho do Barreiro apresentar um índice de envelhecimento superior ao da média nacional, se a este fenómeno acrescentarmos a dificuldade que as famílias têm de apoiar esta população, necessitando de recorrer a cuidadores formais das IPSS e a maioria destes profissionais não terem formação previa e experiência profissional quando iniciam as suas funções podendo apresentar necessidades de formação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem as suas competências específicas aprovadas no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República, 2ª série – n.º 135 de 16 de julho de 2018. que são entre outras, estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Este relatório resulta do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, como requisito para a obtenção do grau de mestre.

Formulámos a questão de pesquisa “Os cuidadores formais dos Serviços de Apoio Domiciliário da resposta social do concelho do Barreiro, que prestam cuidados a idosos dependentes, apresentam necessidades de formação? Se sim, em que temas?”.

Definimos como **objetivo geral**, capacitar as cuidadoras formais, do Serviço de Apoio Domiciliário das quatro Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho do Barreiro, que prestam cuidados a idosos dependentes em contexto domiciliário, nos temas por estas identificados com necessidades de formação. E, como **objetivos específicos**: identificar as dificuldades das cuidadoras formais na execução das atividades; planear e realizar intervenções que contribuam para a aquisição de conhecimentos nos temas identificados com dificuldade; avaliar as intervenções desenvolvidas com as cuidadoras formais; avaliar a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no fim da sessão formativa; e divulgar os resultados do

estudo para a comunidade.

Este relatório está redigido de acordo com a norma do *American Psychological Association* (APA) 7ª edição, o “Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações Norma APA” da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e o Novo Acordo Ortográfico. Apresenta-se estruturado em três partes. A primeira consiste no enquadramento teórico, justificação e pertinência do tema com a apresentação dos resultados da *Scoping Review*, abordagem de alguns índices demográficos, definição de conceitos, assim como o modelo teórico de enfermagem que o suporta. Na segunda parte, referimos a metodologia utilizada que foi a do Planeamento em Saúde segundo Imperatori e Giraldes (1993) e Nunes (2016) com as várias etapas desde o diagnóstico de situação, até à avaliação, e na terceira parte apresentamos as questões éticas. Termina com uma conclusão onde apresentamos os resultados, explanamos os constrangimentos com que nos deparamos durante as várias fases de preparação metodológica deste projeto, uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido e a aquisição de competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária de acordo com a OE e de mestre de acordo com os descritores de Dublin. Por fim apresentamos as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a elaboração do enquadramento teórico e como metodologia investigativa, realizámos uma *Scoping Review* segundo o protocolo do *Joanna Briggs Institute (JBI)* (2015). Segundo este, uma *Scoping Review* é necessária para mapear a evidência científica existente, os trabalhos de investigação publicados nos vários países ao longo do tempo de forma a perceber o que já existe e as lacunas de conhecimento sobre determinados temas ou disciplinas. (JBI, 2015)

Neste caso, os estudos que existem sobre as necessidades de formação dos cuidadores formais, que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário, e as intervenções comunitárias orientadas para a capacitação destes. Os resultados encontrados e a respetiva seleção dos artigos estão esquematizados no *PRISMA Flow Diagram* (Apêndice I) e na *Scoping Review* (Apêndice II).

1.1. O envelhecimento

O envelhecimento apresenta-se como um dos problemas centrais do século XXI, transformando as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas (Cabral et al, 2013). Mas também pode ser uma oportunidade para a criação de políticas e de serviços apropriados (OMS, 2015). O envelhecimento pode ser definido como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos” e desenvolve-se ao longo da vida (DGS, 2006, p.5). Deve ser analisado sob duas grandes perspetivas: o envelhecimento individual, que assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida, mas também o populacional ou demográfico, quando se verifica ao nível da região ou país traduzindo-se no aumento do número de pessoas idosas juntamente com o decrescente número de pessoas em idade ativa na população total (EUROSTAT, 2020).

A Europa é o continente mais envelhecido do mundo com 20,3% de pessoas com 65 anos ou mais (EUROSTAT, 2020) e em Portugal, a tendência para o crescimento da população idosa é semelhante aos restantes países da Europa (INE, 2012), embora com números ainda mais expressivos. Comparativamente, Portugal tem um índice de envelhecimento de 161,3% e a Europa de 132,3%, um índice de dependência 33,6% e a Europa de 31,4%, e a esperança de vida aos 65 anos de 19,9 anos e na Europa

de 20,4 anos (PORDATA, 2020). Superior ao da média nacional, o concelho do Barreiro (onde se desenvolveu o nosso projeto) apresenta um índice de envelhecimento de 189,8% (PORDATA, 2020).

O envelhecimento é ainda um fenómeno de múltiplos fatores, dinâmico, universal e transversal a todos, complexo e influenciando as relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente (DGS, 2006) pelo que é difícil delimitar a partir de quando se considera uma pessoa idosa, no entanto, consideramos idoso, a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2002).

Sendo a saúde um dos aspetos fundamentais no processo do envelhecimento (Ribeiro e Paúl, 2011), o aumento significativo da população idosa e da esperança de vida, faz-se acompanhar do aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e “as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida” (DGS, 2006, p. 12).

Segundo Cabral et al. (2013) viver mais também acentua riscos do isolamento social e da solidão propriamente dita, do aumento das relações de dependência, não só física e mental, como também económica, quer da família, do estado e das instituições tendo a família, a comunidade e a sociedade um forte impacto na forma como se envelhece. A qualidade de vida das pessoas idosas depende também da maneira como as gerações seguintes fornecem ajuda mútua e apoio quando necessário (WHO, 2002).

O idoso, quer pela diminuição das suas capacidades decorrentes do processo de envelhecimento fisiológico, quer seja por motivos de doença, fatores ambientais ou falta de recursos, pode carecer de apoio constante, de supervisão e da ajuda de terceiros para satisfazerem as suas necessidades humanas básicas e a realização das tarefas da vida diária, tornando-se necessária a intervenção de cuidadores. Considera-se pessoa dependente, aquela que durante um período, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outrem para realizar certas atividades da vida diária (Andrade, 2009). Estas atividades, que outrora eram asseguradas pelos familiares femininos, passaram a ser desempenhadas, na sua maioria, por mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho ou por familiares também eles num processo de envelhecimento. A manutenção dos idosos no seu domicílio ou inseridos no seio familiar é a abordagem preferencial na resposta às suas necessidades de apoio.

Coimbra e Brito (1999) referem que para “garantir ao idoso uma vida com qualidade, tão independente quanto possível, sem isolamento ou marginalização social, o mesmo deve estar integrado no seu meio familiar e comunitário” (p.30). Neste contexto, os cuidados assegurados pelos serviços de apoio domiciliário são uma resposta que beneficia tanto o idoso quanto “os cuidadores, retirando-lhes alguma sobrecarga (...) favorecendo a permanência do idoso no domicílio” (Santos, 2007, p. 5).

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, poderá ser a resposta aos desafios relacionados com o envelhecimento e a longevidade dos indivíduos, dando um desfecho positivo ao fato de vivermos mais tempo (Ribeiro e Paúl, 2018).

É um desafio para a atual governação adotar políticas sociais e de saúde que correspondam às necessidades, não só, da população idosa, mas também da população ativa com idosos a seu cargo com o aumento da oferta de redes de apoio e serviços. Emerge, ainda, a necessidade de todos os profissionais alocados nos serviços que lidam com a população idosa, de se mostrarem preparados e capacitados para dar resposta às suas necessidades específicas, assim como para a promoção da saúde e do seu bem-estar.

1.2. O ato de cuidar

Ao longo dos tempos e dependendo da cultura, o ato de cuidar pode ter demonstrações diversas, mas envolve afetividade e uma preocupação com o outro. Segundo Collière (1989), sendo o cuidar o fundamento de todos os cuidados, estava presente quando uma pessoa ajudava outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida, a vida do grupo e da espécie, “desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso «tomar conta» da vida para que ela possa permanecer” (p. 27). A ação de cuidar tem estado sempre presente em todas as etapas do ciclo de vida, “somos cuidados a partir do nascimento, durante a adolescência, a idade adulta, à medida que vamos envelhecendo e, de um modo muito especial, quando adoecemos, no fim da vida e na morte”, além de que o cuidar é universal, plural e encontra-se vinculado a aspetos culturais, conferindo-lhe diversidade (Antón et al., 2016, p.13). O cuidar envolve conhecimento sobre quem se cuida, quais as suas capacidades e limitações sendo um processo de inter-relação com envolvimento e comprometimento do cuidador com a pessoa cuidada, a nível pessoal, moral, social,

espiritual, cultural e pode traduzir o encontro entre diferentes gerações com os filhos a cuidarem dos pais e jovens adultos a cuidarem de pessoas idosas. Mas também, idosos a cuidarem de idosos e dos próprios filhos. É um processo integral e complexo que envolve tanto o cuidador como a pessoa cuidada, daí a afirmação “cuidar com” (Pinto et al., 2019).

A prevalência de cuidadores do sexo feminino, em profissões associadas ao ato de cuidar, está relacionado a uma simbologia feminina em que a mulher é a cuidadora dos filhos, do lar e dos idosos (Vicente e Delgado, 2009). Apesar da sociedade ter evoluído nesse conceito, ainda hoje é predominante o sexo feminino no cuidado a idosos.

Cuidar de pessoas idosas, envolve a consciência do próprio cuidador, o estar disponível e disposto a envolver-se com o outro, mas de forma organizada e com conhecimento para gerir os problemas existentes e promover a qualidade de vida. (Berger, 1995). Cuidar é como "ajudar a viver estimulando todas as necessidades de ser pessoa" (Collière, 1989, p.49).

1.3. O cuidador e o cuidador formal

O cuidador é a pessoa que cuida, presta apoio e assistência a um indivíduo em situação de dependência, podendo esta situação ser permanente e irreversível ou transitória (WHO, 2004). Settineri, et al. (2014) definem cuidador como o “responsável pelo cuidado de alguém que tenha problemas de saúde mental, deficiências físicas ou cuja saúde seja prejudicada por doença ou velhice” (p. 31) e mantém uma relação de proximidade físico-afetiva podendo ser familiar, amigo, vizinho e/ou profissional.

A prestação de cuidados pode assumir o cuidado informal e o cuidado formal sendo os “cuidados informais, os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos” e o cuidador informal alguém muito próximo da pessoa dependente, que presta os cuidados de uma forma sistemática, solitária e sem a ajuda de outros membros da família (Sequeira, 2007, p. 97). Escolhe-se este cuidador em função “das características e experiências pessoais de cada membro da família e ainda pelo contexto em que ele se encontra” (Sequeira, 2007, p. 101), podendo ser um membro da família sem uma ocupação formal ou que se encontra em situação de desemprego, por exemplo. Os cônjuges e filhos por motivos relacionados com a cumplicidade

desenvolvida ao longo do convívio mútuo e o facto de esta constituir uma obrigação e um dever familiar, são os mais frequentes. (Baum e Page, 1991; Silverstein e Litak, 1993, citados por Guedes, 2011). O cuidador informal normalmente é um familiar, mas também pode ser um amigo ou vizinho que assume cuidar da pessoa idosa informalmente, quase sempre sem preparação e remuneração (Brêtas e Yashitome, 2000). Aos idosos em situação de abandono pelos familiares ou pela ausência destes, muitas vezes são os vizinhos ou amigos que assumem este papel.

Nos últimos anos, em Portugal, tem-se discutido a situação dos cuidadores informais e a necessidade de estes terem apoio enquanto cuidam dos seus entes próximos. Nesse contexto foi recentemente aprovado o Estatuto do Cuidador Informal que “regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio”. (Lei n.º 100/2019). Revela-se uma medida de apoio tanto para o cuidador como para a pessoa cuidada e define cuidador informal principal e cuidador informal não principal e a pessoa cuidada como “quem necessite de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de uma prestação social contemplada na lei” (Lei n.º 100/2019). Designa-se cuidador principal ou primário como aquele que assume a responsabilidade principal de cuidar e realiza mais de metade dos cuidados à pessoa cuidada e cuidador não principal ou secundário como aquele que presta apoio de retaguarda ao principal (Martin, 2005). Desde sempre o contexto familiar é reconhecido como o principal para a promoção e manutenção da independência e da saúde dos seus membros e a família como a principal entidade prestadora de cuidados aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia deixa de ser possível (Brêtas e Yashitome, 2000). Porém, constata-se que esta situação tem vindo a alterar-se devido a variados fatores e principalmente no âmbito da família (Sequeira, 2007). A diminuição do agregado familiar com predomínio das famílias nucleares, menor número de filhos, maior incidência de situações de instabilidade conjugal, maior número de famílias onde a carreira profissional assume um maior destaque em função da necessidade relacionada com a manutenção do emprego (Sequeira, 2007) principalmente das mulheres, uma vez que a maioria do cuidado informal aos idosos dependentes é desenvolvido por mulheres (Brito, 2002; Lage, 2004). Ainda associada à existência de doença(s) e aos efeitos do processo de envelhecimento, com deterioração física (e mental), com necessidade de cuidados constantes e complexos torna-se cada vez mais importante um cuidador com capacitação profissional, o cuidador formal (Gaioli et al., 2012).

Os cuidadores formais definem-se como trabalhadores auxiliares de apoio a idosos que, na sua maioria, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que trabalham e que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (WHO, 2004). Com um conceito um pouco diferente relativamente às qualificações do cuidador formal, Oliveira et al. (2007) definem cuidador formal “como aquele que tem uma formação específica para os cuidados que presta e geralmente é remunerado” e Born (2006) acrescenta que na maior parte dos casos, tem treino específico para a função que exerce, mantendo um vínculo profissional para com o ato de cuidar. Complementando, Sequeira (2007) refere que o cuidador formal é um profissional que presta cuidados e geralmente possui “uma preparação específica para o desempenho deste papel” e está integrado no âmbito de uma atividade profissional, na qual “se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional de saúde” (p. 97). Dalton et al. (2003) conceptualizam o cuidador formal, como quem apoia o indivíduo dependente nas atividades básicas da vida diária (AVD), nas atividades que fazem parte da vivência do quotidiano (ex., deslocar-se de uma divisão da casa para outra) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (ex., comprar itens pessoais, gerir finanças). Estes cuidadores, também asseguram a limpeza da casa, tratamento de roupas e resolução de algumas situações aos idosos que vivem em agregados unipessoais e/ou sem familiar próximo. Com um conceito mais abrangente, promotor da saúde e de um envelhecimento saudável, Paulin (2011) refere que o cuidador formal tem como função auxiliar e supervisionar os indivíduos mais idosos nas suas atividades de vida diária, de autocuidado e lazer, para uma promoção e manutenção da sua funcionalidade diária. Estes profissionais proporcionam um importante apoio quer a nível instrumental quer a nível afetivo ultrapassando muitas vezes os papéis formais previstos mantendo uma relação de natureza altamente personalizada com os utentes/famílias (Paúl, 1997). São profissionais pouco valorizados socialmente, mas com uma procura cada vez maior quer pelas instituições quer a nível privado, face às necessidades, cada vez mais prementes, das famílias.

Em Portugal e de acordo com a legislação em vigor chamam-se Ajudantes de Família ou Ajudantes de Ação Direta (AAD) enquadrando-se na prestação de cuidados formais e ao longo deste relatório designamos por cuidadoras formais (CF). Estas deveriam possuir formação adequada às funções que desempenham, mas na maioria das situações não é o que se verifica apesar de se encontram devidamente

enquadradas na legislação.

Quanto às suas competências, são profissionais não diferenciados e prestam cuidados sem a orientação de um técnico superior de saúde. Estes trabalham sob a orientação da instituição, com forte aposta na formação contínua e na sua estabilidade na instituição (Miguel et al., 2007; Sampaio et al., 2011; Sousa e Menezes, 2015). Nas instituições, a maioria destes profissionais é recrutado através do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) sem que seja exigida experiência ou formação prévia e fazem a sua integração com os colegas mais experientes e quando não têm qualquer tipo de formação profissional, constroem a sua aprendizagem em contexto profissional com os seus pares e através de formação proporcionada pela instituição. Denota-se um interesse por parte das instituições, públicas e privadas em recrutar profissionais com formação específica na área de prestação de cuidados a idosos, mas devido à sua escassez, as instituições promovem ações de formação em contexto profissional de forma a colmatar essas necessidades.

1.4. Redes de serviços e equipamentos sociais

As estruturas e serviços de apoio a idosos têm assumido um papel fundamental na prestação de cuidados à população idosa em situações de dependência (Spilsbury et al., 2011). Os idosos representam um desafio para a edificação de soluções criativas e inovadoras “inspiradas em abordagens holísticas, integradoras, dignificantes e humanizadas” (Costa, 2002, p. 19).

Em 2006 através do Decreto-Lei N.º 101/2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com o objetivo de prestar cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, promovendo a sua recuperação, autonomia e funcionalidade global. A prestação dos cuidados é assegurada através de unidades de internamento nas tipologias de: Convalescença; Média Duração e Reabilitação; Longa Duração e Manutenção; Cuidados Paliativos e pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Estas últimas são equipas multidisciplinares, inseridas nos cuidados de saúde primários para a prestação de cuidados domiciliários (Decreto-Lei N.º 101/2006). Salientamos que na tipologia de Longa Duração e Manutenção existe a modalidade de Descanso do Cuidador, possibilitando que o cuidador informal principal descanse, por períodos de 30 dias, no máximo até 90 dias por ano.

Em todas as tipologias os custos referentes aos cuidados de saúde são assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde, ou por outros subsistemas de saúde e só os custos referentes ao apoio social são comparticipados pelo utente, de acordo com os rendimentos do agregado familiar e em complementaridade pela Segurança Social.

Ao consultarmos a Carta Social (GEP, 2017) no âmbito das respostas sociais direcionadas à prestação de cuidados a idosos, estas podem ser agrupadas em entidades lucrativas e não lucrativas. Dentro das não lucrativas temos as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras equiparadas ou entidades oficiais e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). Verifica-se que estas são a maioria e que o seu número tem aumentado desde 2000. Dentro destas, de acordo com a tipologia, temos com expressividade crescente o Centro de Dia, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Todas estas tipologias tiveram um incremento ao longo dos últimos anos, quer no número de vagas quer no número de utentes (GEP, 2017).

As IPSS são instituições constituídas pela iniciativa de particulares sob a forma de institutos ou Instituições da Igreja Católica, designadamente Centros Sociais Paroquiais, e estão sujeitas ao cumprimento de normas reguladoras comuns e sob a tutela do Instituto de Segurança Social e com apoio financeiro do estado. Têm o seu enquadramento legal no Decreto-Lei n.º 172-A/2014.

Existe cada vez mais a necessidade de os cuidadores informais partilharem, parcial ou totalmente, os cuidados com outros cuidadores organizados em redes de apoio formais, nomeadamente o SAD. O SAD tem o seu enquadramento legal na Portaria n.º 38/2013 e é definido como

a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. (Portaria n.º 38/2013).

O SAD tem como objetivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes/famílias mantendo-os no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o internamento em estruturas residenciais, contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado onde estão inseridas, promover o desenvolvimento da autonomia e reforçar competências e capacidades das famílias/cuidadores (Portaria n.º 38/2013). Consiste na deslocação ao domicílio de profissionais designados de

Auxiliares de Ação Direta (AAD) de forma a prestar cuidados e serviços diversificados em função das necessidades dos utentes/famílias, preferencialmente todos os dias da semana. Estes podem ser cuidados pessoais, higiene habitacional e das roupas, fornecimento e apoio nas refeições e atividades de animação e socialização (Portaria n.º 38/2013). Sendo as últimas, raramente proporcionadas. Este serviço conta com profissionais muitas vezes sem formação e alguns abarcam esta profissão como último recurso para entrar no mercado laboral.

1.5. A capacitação do cuidador formal - Formação de adultos

Os cuidadores formais apresentam necessidades de conhecimento para cuidar dos idosos sendo pertinente a sua capacitação através de formação contínua em que se destacam as contribuições da enfermagem (Colomé et al.,2011). Formação contínua no sentido de um processo de desenvolvimento profissional dos indivíduos para alcançarem uma dimensão experiencial e não apenas técnica e que também se pode chamar de “aprendizagem ao longo da vida” e em que assumem o protagonismo do seu processo de formação (Canário, 2013).

Sendo a aprendizagem um processo que decorre ao longo da vida, as teorias de aprendizagem devem ser adaptadas de acordo com a maturidade dos estudantes e os vários contextos formativos. Diferente das crianças e jovens em que o modelo pedagógico é centrado no professor, sendo este quem toma as decisões sobre o que é aprendido, os adultos necessitam de uma aprendizagem que valorize a sua experiência no decurso da sua vida e na qual tenham um papel mais interventivo. Segundo Carvalho (2010), Knowles baseando-se em Linderman introduziu nos anos 70 o termo andragogia como “a arte e a ciência de ajudar adultos a aprender” e refere que Bellan (2005) destaca que andragogia “é a ciência que estuda como os adultos aprendem” (p.81). Miller (2004) refere três categorias da aprendizagem, relativamente a faixa-etária da população a que se destina: a pedagogia destinada a crianças ou com maturidade cognitiva similar; a andragogia como o ensino específico para adultos; e a gerontogogia que se destina a aprendizagem de adultos idosos através da exploração dos potenciais presentes nesta faixa-etária. DeAquino (2007, p.13) refere que existe um contínuo no qual a pedagogia, também conhecida como aprendizagem direcionada, “encontra-se numa extremidade, e a andragogia, aprendizagem facilitada, encontra-se noutra”. Segundo Hamze (2008) citado em Carvalho, (2010) a andragogia procura compreender o adulto e reflete-se num

somatório de trocas de conhecimentos entre o professor (facilitador do conhecimento) e o estudante, sendo a aprendizagem mais centrada no estudante e na independência e autogestão dessa aprendizagem, e a sua aplicação prática. A andragogia apresenta-se atualmente como uma alternativa à pedagogia e refere-se à educação centrada no estudante, para pessoas de todas as idades e para se obter eficácia e eficiência no processo de aprendizagem, é necessário encontrar a combinação correta entre as duas abordagens.

Os adultos, necessitam que se lhes mostre a importância prática do que estão a estudar e a diferença que esse conhecimento fará nas suas vidas. Têm um motivo para aprender e focam-se nos assuntos da aula que têm maior aplicação prática para o seu trabalho e pretendem o desenvolvimento das competências que utilizam no desempenho do seu papel social; esperam uma imediata aplicação prática do que aprendem; preferem aprender para resolver problemas e desafios e apresentam motivações internas mais intensas do que motivações externas (Knowles, 2005). Ao contrário das faixas etárias mais jovens, os adultos têm muitas responsabilidades e tem de as conjugar com as exigências da aprendizagem que apresentam diversos obstáculos (falta de tempo, dinheiro, confiança, etc.) que influenciam o seu processo formativo.

As características que fundamentam a andragogia como método de aprendizagem são: o despertar a consciência da necessidade do adulto se instruir, não impor o método, mas criá-lo com o estudante na base da realidade em que vive, sendo o professor o incentivador da busca autónoma de conhecimentos e propor o conteúdo como uma contribuição para melhorar as suas condições de vida. É necessário auxiliar os estudantes a colocar os seus projetos de aprendizagem em prática e que estes estejam implicados nos seus próprios processos de avaliação. As características deste método são de fundamental importância no processo de educação do adulto que por se tratar de uma pessoa já dotada de uma consciência formada, tem hábitos de vida e situações de trabalho que não podem ser arbitrariamente modificados (Pinto, 2007). O modelo andragógico é ainda baseado em vários outros pressupostos, dentre os quais destacamos: a necessidade de Saber - os adultos investem energia se sabem que ganharão algo em aprender; o autoconceito do aprendiz - os adultos respondem ao autoconceito de serem responsáveis pela própria vida e pelo que acontece com ela, inclusive pelo que

aprende e o papel das experiências de quem aprende Chotguis (2007) citado em Carvalho (2010)

Os adultos acumulam mais experiências e de diferentes tipos e esta experiência ao longo da vida, traduz-se em conhecimento, que segundo Perrenoud (2003) “os conhecimentos são adquiridos” e vão-se experienciando, não são transmitidos geneticamente. A maioria dos indivíduos aprendem melhor com diferentes formas de aprendizagem e o formador deverá adotar uma mistura de diferentes métodos de ensino para tornar as aulas mais dinâmicas e interativas (Honey, 1992). Os estudantes adultos necessitam de oportunidades de aprendizagem personalizadas em que eles podem participar ativamente (Kroehnert, 2007), pensar ativamente para executarem e refletir sobre o que aprendem, interagir com os pares e formadores para praticar e aprender e desenvolver novas competências.

O adulto aprende fazendo, necessita de experienciar novas habilidades, novos conceitos para enriquecer o seu espólio do saber ser e do saber fazer (Canário, 2013). Segundo Le Boterf (1995) competência é um saber agir responsável (saber decidir, saber o que fazer concretamente em determinada situação) que é reconhecido pelos outros, implica saber como mobilizar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto profissional. Considera-se competência um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), respetivamente saber, saber fazer e ser. Podemos inferir que um profissional competente é aquele que aplica o conhecimento numa prática que domina e tem atitude para o realizar. Segundo Paulos (2010) a formação consiste no processo em que a pessoa é preparada para desempenhar, com qualidade, as tarefas específicas da função que ocupa na instituição. Devendo potenciar a transmissão de informações com o desenvolvimento de competências, atitudes e conceitos (Chiavenato, 1999).

Relativamente às cuidadoras formais, estas necessitam de uma formação inicial e contínua que lhes permita adquirir competências e saberes para melhor prestar cuidados aos seus utentes e essa formação deve ter uma componente técnica e comportamental (Paulos, 2010). O trabalhador deve dominar um conjunto de saberes, saber-fazer e saber-ser para o seu exercício profissional e sendo a AAD uma profissão com forte cariz relacional é fundamental o saber-ser e o saber-estar (Jacob, 2002).

Consideramos que a abordagem formativa às cuidadoras formais deve ser dinâmica, que vá de encontro às suas necessidades e expectativas, que seja em contexto profissional adaptada às suas disponibilidades e que estas sejam participantes ativos

no processo educativo. Relativamente aos conteúdos, que abordem os conceitos, a fundamentação teórica dos cuidados que prestam, a forma correta de os executar e que sejam capazes de os exemplificar durante a sessão de formação permitindo-lhes adquirir e consolidar os saberes, com o saber fazer, e interagirem com os utentes com uma postura assertiva, sabendo SER.

1.6. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O modelo teórico de enfermagem escolhido para a ancoragem da intervenção comunitária, foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP) que estuda os comportamentos e determinantes que levam à promoção da saúde, dentro do paradigma da transformação. Este modelo foi criado em 1982 tendo sido alterado várias vezes pela sua autora até 2019. Como teorias de sustentação para a construção deste modelo temos a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos da psicologia (Victor et al., 2005). A teoria da aprendizagem social define que o desenvolvimento e funcionamento da pessoa decorrem da relação triádica recíproca entre os estímulos internos, os estímulos externos, e o comportamento (Melo-Dias e Silva, 2019). Ou seja, o comportamento do individuo resulta de fatores pessoais, acontecimentos e comportamentos em permanente interação que se influenciam reciprocamente e que são adotados em função do que o individuo valoriza e entende ser capaz de realizar. A autoeficácia consiste numa convicção do próprio, nas suas capacidades de realizar e alterar um comportamento e percebe que essa alteração lhe traz benefícios.

O modelo ou teoria viabilizam “a aproximação do enfermeiro com os constructos teóricos, facilitando escolhas e adequações destes para sua prática profissional” (Victor et al., 2005, p.240).

A promoção da saúde subjacente na teoria de Nola Pender consiste em capacitar as pessoas/comunidades a tornarem-se conscientes e responsáveis no controlo dos determinantes que influenciam os seus comportamentos de saúde e a adotarem medidas que conduzam ao seu bem-estar. Sendo estas resultado da sua vontade em potenciar a saúde, aumentar o seu bem-estar e qualidade de vida. A pessoa é o conceito central pelo papel determinante na sua saúde, sendo capaz de tomar decisões, resolver problemas e no seu potencial em mudar comportamentos de saúde. Devido a complexidade da promoção da saúde, a enfermagem contribui para

o empoderamento dos indivíduos/comunidades através da orientação para o autocuidado (Pender et al., 2015).

O MPSNP caracteriza-se pela inter-relação de três pontos principais:

1. As características e experiências individuais;
2. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar;
3. O comportamento de promoção da saúde desejável.

Aplicando o modelo ao nosso estudo podemos elencar como características e experiências individuais o sexo, idade, habilitações literárias, formação e os anos de experiência profissional das CF. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, através da resposta ao questionário em que as CF percebem barreiras para ação, identificam as suas necessidades de formação e sentimentos em relação ao seu comportamento quer por influência dos pares, da coordenadora do SAD e dos utentes/famílias. E por último, como resultado do comportamento, o compromisso com o plano de ação, neste caso com as sessões de formação propostas, como resposta a colmatar as necessidades apresentadas e adotar/alterar comportamentos de promoção da saúde relativamente aos idosos de que cuidam ou seja, a alteração dos seus comportamentos após capacitação. Assim, os comportamentos das cuidadoras formais são influenciados por fatores pessoais (idade, habilitações literárias), interpessoais (relações com os utentes e familiares, com os pares ou coordenadora do SAD) e situacionais (anos de experiência, experiência do dia-a-dia,) que podem ser facilitadores ou impeditivos da adoção de determinado comportamento de saúde. Através da reflexão ao preencherem o questionário, identificaram as suas dificuldades e vislumbraram que poderiam alterar determinado ou determinados comportamentos. Desde que motivadas estão convictas que podem alterar esse comportamento com o compromisso de frequentarem sessões de educação para a saúde e posteriormente tomar a decisão de adotar comportamentos promotores de saúde, contribuindo para a promoção da saúde dos idosos que cuidam (Apêndice III).

2. METODOLOGIA

A metodologia adotada foi a do planeamento em saúde, que segundo Imperatori e Giraldes (1993) define-se como a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (p. 23). Não consiste apenas no planeamento dos serviços de saúde, mas requer o envolvimento de todos os intervenientes do setor económico e social, que condicionam a saúde da população que se pretende intervir (Imperatori e Giraldes, 1993). É ainda “um processo que consiste em planificar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação com vista a intervir sobre uma realidade em saúde” (Rodrigues, 2021, p.12).

Esta metodologia obedece a uma sequência de etapas interdependentes (Anexo I) num processo contínuo e dinâmico em que a avaliação apesar de ser uma das etapas, está presente ao longo de todo o processo do planeamento em saúde. O planeamento em saúde constitui uma ferramenta técnica e administrativa indispensável à gestão, traduzindo o desejo de mudança ao decidir sobre o que fazer no presente para conseguir chegar ao futuro desejado e equacionando durante o processo, atributos como a eficácia, a eficiência, a qualidade e a equidade (Nunes, 2016). É um processo incorporado na decisão clínica em enfermagem (Melo, 2020, p.4) e de acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018, Regulamento n.º 428/2018).

2.1. Diagnóstico da situação

É a primeira etapa do processo do planeamento em saúde com o objetivo de identificar os problemas de saúde da população que se quer estudar e determinar as suas necessidades (Tavares, 1990) para posterior intervenção. Este deve ser claro e sucinto para que seja facilmente apreendido por todos os intervenientes (Imperatori e Giraldes, 1992) mas rigoroso e aprofundado de forma a conhecer a população, o seu contexto e os seus determinantes. É indispensável para adequar as intervenções ao que as populações sentem como necessidade.

2.1.1. Contextualização do Local da Intervenção

A intervenção comunitária foi desenvolvida no âmbito do estágio na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS), polo do Barreiro, integrada no ACES Arco Ribeirinho nos períodos de 2 de março a 28 de outubro 2020 e de 23 de novembro a 7 de maio 2021.

No concelho do Barreiro, o SAD é assegurado pela Santa Casa da Misericórdia do Barreiro (SCMB), quatro IPSS, a saber, Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes (CSPPAM), Centro Social e Paroquial de Santo André (CSPSA), Centro Social de Santo António (CSSA) e o Centro de Assistência à Terceira Idade de Coima e Arredores (CATICA) e por duas empresas lucrativas. Neste contexto comunitário foram contactadas as cinco instituições que compõem a Rede Solidária do Concelho do Barreiro, que têm SAD na sua carteira de serviços, prestando cuidados ao idoso dependente no seu domicílio e que no total assistem 310 pessoas. Esta proposta de intervenção comunitária pretendeu contribuir para que a população idosa do concelho do Barreiro usufrua de SAD com qualidade, tentando alcançar a excelência e o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária deve articular as suas intervenções com os respetivos parceiros, de forma a responder às necessidades da população que assiste.

O primeiro contato com as instituições parceiras, foi por telefone, com a respetiva coordenadora do SAD, e posteriormente formalizado por email aos presidentes das instituições e provedora e obtivemos autorizações das quatro IPSS que participaram no estudo. Relativamente à SCMB, aguardámos a sua resposta formal, mas no início de agosto 2020 informaram-nos, e foi do domínio público, que por apresentarem utentes e funcionários que testaram positivo a SARS COV 2 estava vedado o acesso à instituição.

Caraterizámos sumariamente cada uma das instituições de acordo com as informações que nos foram facultadas pelos seus interlocutores e que se encontra disponível em cada instituição. O Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes (CSPPAM) teve origem na década de 30 e tem como principal objetivo desenvolver respostas sociais para a população idosa do Barreiro, com vista à satisfação das suas necessidades bio-psico-sociais, respeitando os hábitos e a individualidade do utente e gerindo todos os recursos da instituição e da comunidade envolvente, integrando sempre a família. A sua área geográfica de intervenção é na união das freguesias do Barreiro e Lavradio e na união das freguesias da Verderena e Alto do Seixalinho e a

sua área social de intervenção é aos idosos e famílias. Tem como valências o Centro de Dia e o SAD e ambos funcionam 7 dias por semana das 8:00 horas às 20:00 horas, com capacidade, respetivamente, para 50 e 100 utentes.

O Centro Social e Paroquial de Santo André (CSPSA) foi fundado em 1984 e tem como principais objetivos apoiar as famílias das crianças, dos adolescentes e idosos. A sua área geográfica de intervenção é também na união das freguesias da Verderena, Alto do Seixalinho e Santo André e sua área social de intervenção é a famílias, infância, juventude e idosos. As valências de apoio a idosos são o Centro de Dia e o SAD que funcionam de 2^a. a 6^a. feira, respetivamente das 7:30 horas às 18:30 horas com capacidade para 40 utentes e das 8:00 horas às 18:30 horas com capacidade para 35 utentes.

O Centro Social de Santo António (CSSA) é destas, a instituição mais recente e foi fundada em 1990. Tem como principais objetivos o apoio à família, às crianças e aos jovens, o apoio à integração social e comunitária, a proteção aos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho. Tem o Projeto “CSSA XXI” que se insere na área social com o SAD e visa alargar posteriormente também para a valência de Centro de Dia e Lar. A sua área geográfica de intervenção é a freguesia de Santo António. O SAD funciona 7 dias por semana das 8:00 horas às 18:00 horas, e assiste 25 utentes.

O Centro de Assistência à Terceira Idade de Coima e Arredores (CATICA) foi fundado em 1984, tem como missão desenvolver respostas em projetos sociais e educativos que possibilitem a integração e inclusão social de indivíduos, grupos e/ou famílias. A freguesia de Coima é a sua área geográfica de intervenção, sendo a sua área social de intervenção a infância, a juventude, os idosos e as famílias. Como valências de apoio a idosos tem o Centro de Dia e o SAD que funcionam de 2^a a 6^a feira, das 8:00 horas às 17:00 horas com capacidade, respetivamente, para 50 e 70 utentes.

Presentemente todas estas instituições não têm em funcionamento a valência de Centro de Dia devido às restrições que a situação pandémica a Covid-19 impôs. Porém, os utentes que frequentavam o Centro de Dia e que apresentavam necessidades de apoio, foram integrados no SAD.

2.1.2. População, População Alvo e Amostra

Define-se população, como um conjunto de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e a amostra é uma réplica em miniatura da população alvo, sendo representativa desta e em que as características da população devem estar presentes (Fortin, 1999)

Inicialmente pretendíamos que o estudo abrangesse todos os cuidadores formais do SAD da Rede Solidaria do concelho do Barreiro (SCMB, CSPPAM, CSPSA, CSSA, CATICA) que prestassem cuidados a idosos dependentes no domicílio, sendo essa a nossa população. Mas, pelas razões já evocadas anteriormente a nossa população alvo constituiu-se pelas cuidadoras formais do SAD das quatro IPSS do concelho do Barreiro (CSPPAM, CSPSA, CSSA, CATICA), que prestassem cuidados ao idoso dependente, no domicílio, que satisfizessem os critérios de inclusão e não estivessem abrangidos pelos critérios de exclusão. Definimos como critérios de inclusão, todas as cuidadoras formais do SAD de cada uma das instituições independentemente do seu vínculo laboral, que preenchessem o questionário voluntariamente e na sua totalidade, e que prestassem cuidados a idosos dependentes em contexto domiciliário. Como critérios de exclusão definimos, as cuidadoras formais que não prestassem cuidados em contexto domiciliário, que só prestassem cuidados a outros que não idosos, que entregassem os questionários incompletos e que não preenchessem ou assinassem o Consentimento Informado. Assim, a nossa população alvo foi de 66 CF.

A nossa amostra foi não probabilística e a técnica de amostragem utilizada foi intencional ou de conveniência, ou seja, as participantes foram convidadas a participar no estudo, e a amostra constituiu-se de todas as cuidadoras formais dos SAD que cumpriam os critérios de inclusão e que não estivessem inseridas nos critérios de exclusão. Dessas, 6 CF não preencheram os questionários (férias, atestado) e 2 CF entregaram o questionário incompleto, pelo que a nossa amostra foi de 58 CF distribuídas pelas quatro IPSS e representa 87,88% da população alvo.

2.1.3. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário, que segundo Fortin (1999) é um instrumento que através do qual se pretende recolher informação real sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças,

conhecimentos, sentimentos e opiniões. O questionário foi adaptado de um outro que já tinha sido aplicado no estudo desenvolvido por Correia (2019) e que nos pareceu adequado uma vez que era aplicado também a cuidadoras formais de SAD (Apêndice IV).

Este questionário constituiu-se por três partes. Na parte A, a caracterização sociodemográfica (perguntas fechadas). A parte B, com avaliação das necessidades de formação das cuidadoras formais através do preenchimento de uma escala tipo *Likert* com 5 pontos de concordância, relativamente ao grau de dificuldade com que desempenham as suas funções, sendo 1 “sem dificuldade” e 5 “tenho sempre dificuldade”. A parte C, é relativa á opinião das CF sobre a importância da formação, com uma pergunta fechada e uma pergunta aberta onde indicam os temas que gostariam de ver abordados em futuras formações e a sua ordem de preferência.

As características dos elementos da nossa amostra necessitam ser medidas e avaliadas, pelo que identificámos como variáveis as representadas no Quadro 1.

Quadro 1. Identificação das variáveis

VARIÁVEIS	
Sexo	qualitativa, nominal
Idade	quantitativa, contínua
Habilitações Literárias	qualitativa, ordinal
Tem formação na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente	qualitativas, nominal
Há quanto tempo trabalha nesta área	quantitativa, contínua
Atividades desempenhadas	qualitativas, nominal
Importância das ações de formação	qualitativas, nominal
Temas que gostasse de ver abordados em ações de formação	qualitativa, nominal

Realizámos o pré-teste a 12 CF do CATICA e na sua sequência foram alteradas as perguntas relativas às habilitações literárias por verificarmos que estava a ser usada a nomenclatura antiga para designar as classes referentes ao 1º, 2º ciclo e o 3º ciclo não estava contemplado na pergunta.

O questionário foi de administração direta, ou seja, foram as próprias participantes a preencher (Quivy, 1992, p. 190) e com um tempo de aplicação de aproximadamente 20 minutos. As cuidadoras formais que voluntariamente quiseram participar e que se encontravam na instituição preencheram o questionário durante a nossa presença ficando posteriormente pendente a entrega das que se encontravam ausentes por

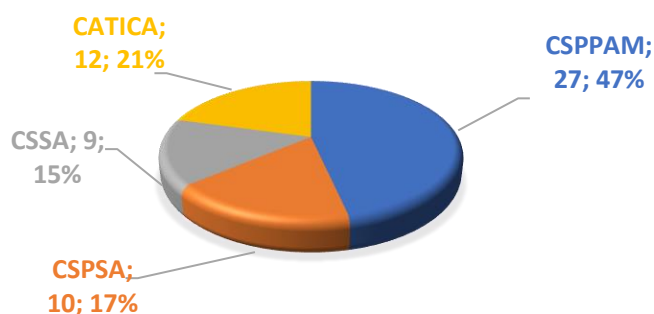
folga, férias ou atestado médico. Nas várias instituições esse período decorreu de 26 de outubro a 11 de novembro de 2020, data da recolha total dos questionários.

2.1.4. Apresentação dos Dados

Os dados recolhidos através dos questionários aplicados às CF foram introduzidos no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 27. Foi efetuado o tratamento estatístico através da análise descritiva das variáveis usadas (dependentes e independentes, quantitativas e qualitativas) e com recurso a escalas de medida (nominal, ordinal, de intervalos e de razão), medidas de tendência central (média, mediana, moda) e medidas de dispersão (desvio padrão) que caracterizam o valor das variáveis em estudo.

Iniciamos a apresentação dos dados com a caracterização sociodemográfica da amostra, sendo esta constituída por 58 cuidadoras formais, na sua totalidade do sexo feminino e distribuídas pelas quatro instituições que aceitaram participar no estudo, sendo o CSPPAM a de maior expressão na amostra e o CSSA com menor expressão, como se observa no Gráfico1.

Gráfico 1. Composição da amostra



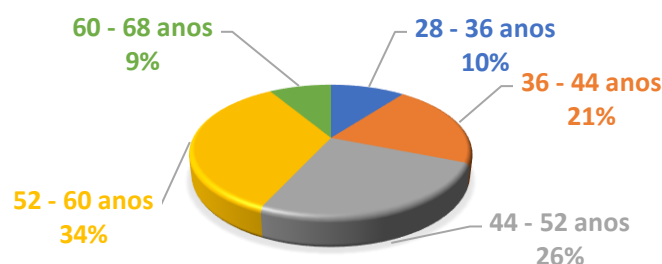
Quanto à variável idade, constatámos que a idade mínima das CF é 28 anos e a máxima 66 anos, mas apesar da grande amplitude de idades, a média de idades e a mediana são próximas, respetivamente 47, 78 e 49 anos e o desvio padrão é de 9,15 anos, como se verifica na Tabela 1.

Tabela 1. Caraterização da amostra relativamente à idade

IDADE	ANOS
Mínimo	28
Máximo	66
Média	47,78
Desvio padrão	9,15
Mediana	49
Moda	53

O intervalo de maior expressão é o da faixa etária dos 52 aos 60 anos, com 20 CF (34,48%) e o de menor expressão dos 60 aos 68 anos com 5 CF (8,62%) CF. Para a determinação do número e amplitude das classes etárias a utilizar para agrupar as idades, utilizámos, respetivamente a fórmula de *Sturges*¹ e a fórmula de amplitude (Maroco, 2003; Guimarães, 2010) que nos proporcionou as classes representadas no Gráfico 2.

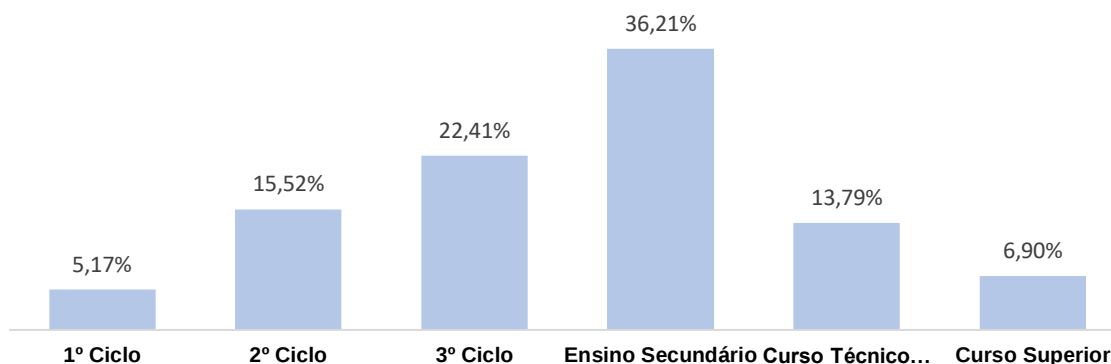
Gráfico 2. Distribuição das CF por grupos etários



Quanto às habilitações literárias das CF, verifica-se que a maioria 21 (36,21%) possuem o ensino secundário, sendo a menor percentagem 3 (5,17%) as que possuem o 1º ciclo, como se verifica na Tabela 4. Salientamos que 3 referem possuir o ensino superior, com o curso de história, contabilidade, e animação educativa e sociocultural. Ainda 1 CF com o ensino secundário, refere ter frequentado/frequenta o Curso de Enfermagem (Gráfico 3).

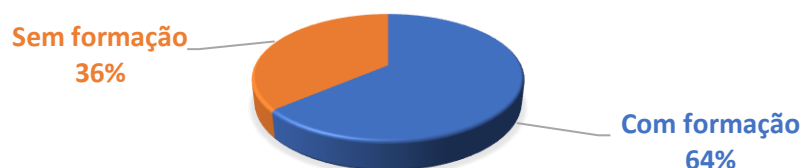
¹Fórmula de *Sturges* ($K=1+3, 3.\log n$)

Gráfico 3. Distribuição das CF segundo as habilitações literárias



A maioria das CF, 27 (63,79%) tiveram formação na área da prestação de cuidados à pessoa idosa (Gráfico 4) e dessas identificaram formação em Geriatria e ajudante de ação direta, o que difere da maioria da literatura consultada.

Gráfico 4. Distribuição das CF com formação na área da prestação de cuidados à pessoa idosa dependente



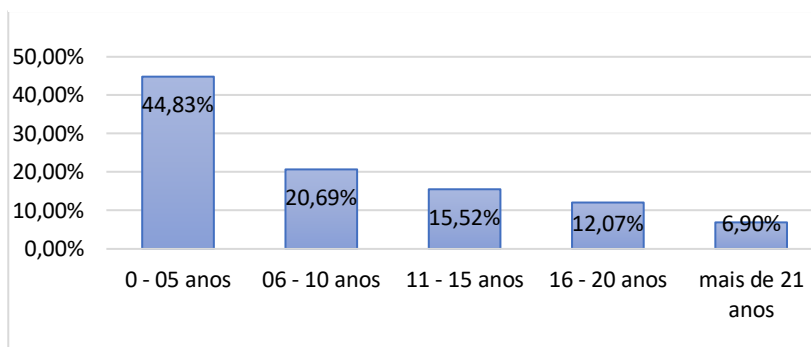
As cuidadoras formais têm em média 9,20 anos de experiência profissional nesta área sendo que o mínimo são alguns meses, não tendo sido quantificado, mas de acordo com a informação da coordenadora do SAD dessa instituição houve alguns elementos que entraram há poucos meses e que vieram reforçar a equipa. Como máximo temos 38 anos de experiência profissional como se observa na Tabela 2.

Tabela 2. Número de anos de experiência profissional nesta área

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	ANOS
Mínimo	0
Máximo	38
Media	9,20
Desvio Padrão	7,93
Moda	3
Mediana	6,5

Quanto ao número de anos de experiência profissional, o intervalo com maior expressão é o dos 0 aos 5 anos de experiência profissional com 26 CF (44,83%) e o de menor representação, o intervalo “mais de 21 anos” com 4 (6,9%) das CF, como se apresenta no Gráfico 5.

Gráfico 5. Número de anos de atuação nesta área



A totalidade das CF (100%) consideraram importante a realização de ações de formação.

Na segunda parte do questionário pretendemos identificar as necessidades de formação das CF através da identificação das dificuldades com que desempenhavam as atividades enumeradas e estando estas atividades agrupadas pelas áreas temáticas: “Higiene e Conforto”, “Alimentação”, “Eliminação”, “Autonomia”, “Segurança” e “Comunicação”.

Elaborámos um quadro com todas as atividades que as CF identificaram que apresentavam dificuldade a desempenhar (Apêndice VII) e com as respetivas frequências. Sendo as atividades em que as CF apresentaram dificuldade e com valores mais elevados, nos cuidados prestados na “Alimentação por PEG” com 31 (53,45%) CF, seguindo-se a “Alimentação por SNG” com 28 (48,28%) CF e “Depiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação” com 27 (46,55%) e as atividades que apesar de apresentarem dificuldade apresentaram os valores mais baixos foram na “Higiene do cabelo”, “Colocação da fralda”, “Reforçar/elogiar as conquistas de autonomia nas mais variadas áreas” e “Utilizar equipamento de proteção individual” em que em cada uma, apenas 1 (1,72%) CF apresentava dificuldade.

Para melhor identificação das atividades em que as CF apresentam dificuldade de forma mais expressiva elaborámos a Tabela 3.

Tabela 3. Dificuldades identificadas em atividades e por área temática, mais expressivas

TEMA	ATIVIDADE	<i>f_i</i>	<i>fr_i</i> (%)
Alimentação	Alimentação por PEG	31	53,45
Alimentação	Alimentação por SNG	28	48,28
Alimentação	Despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação	27	46,55
Eliminação	Despiste de possíveis problemas de eliminação	24	41,38
Higiene e Conforto	Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé)	23	39,66
Higiene e Conforto	Posicionamento na cama	20	34,48
Eliminação	Cuidados ao utente com dispositivo urinário	20	34,48
Eliminação	Características da urina das fezes	20	34,48

Apresentando por temas, descrevemos as atividades em que as CF apresentaram mais dificuldade em cada um dos temas identificados no questionário. A Alimentação, é o tema em que apresentaram mais dificuldade com 31 (53,45%) CF a identificar dificuldade na atividade alimentação por PEG. Quanto á Eliminação, 24 (41,38%) CF identificaram ter dificuldade no despiste de possíveis problemas de eliminação. Na Higiene e Conforto, 23 (39,66%) das CF consideraram que tinham dificuldade na atividade mobilização dos utentes (sentar, transferir, rodar, pôr de pé). De salientar que nestes três temas, CF de três IPSS apontaram-nos como aqueles em que apresentaram mais dificuldade.

Relativamente a Segurança, 17 (29,31%) CF referiram ter dificuldade no despiste de toma de medicamentos desadequada. Ainda, na Comunicação, 15 (25,86%) CF referiram ter dificuldades em comunicar com o utente com limitações da fala, visão e audição. Neste tema, uma das atividades que referiram não ter dificuldade ou ter raramente, foi em interagir com afetividade, compreensão e humanidade 46 (79,31%) CF, o que se apresenta como uma boa pratica para a humanização dos cuidados ao utente. A Autonomia, foi por unanimidade o tema em que as CF referiram não apresentar dificuldades. Apresentamos os gráficos com as dificuldades identificadas por área temática no Apêndice VII.

Na terceira parte as questões referiam-se à importância da formação na sua atividade profissional em que a totalidade das CF consideraram importante a realização de

ações de formação com vista à melhoria do desempenho. A última questão, solicitava que as CF enumerassem por ordem de interesse os temas que gostariam de ver abordados em futuras formações. Apesar de termos registado os dados também por ordem de interesse, na sua apresentação e análise não o considerámos uma vez que a formação é dirigida ao grupo das CF e não individualmente. Os temas foram agrupados em categorias de acordo com os temas utilizados para a identificação de necessidades e em subcategorias.

Para a análise desta pergunta e porque se trata de uma pergunta de resposta aberta utilizámos a análise de conteúdo segundo Bardin (2006).

Apresentamos as categorias de maior e menor relevância, respetivamente, a “Higiene e Conforto” com 43 (31,16%) unidades de registo e a “Autonomia” com 1 (0,72%) unidade de registo. A categoria Segurança com 41 (29,71%) revelou também um elevado número de unidades de registo e que se prendem principalmente com a abordagem a várias patologias. Apresentamos as subcategorias mais expressivas por ordem decrescente de relevância. A subcategoria “Alimentação por sonda nasogástrica e por PEG” é a mais expressiva com 31 (22,46%) unidades de registo, seguindo-se a subcategoria “Posicionamento do utente e Mobilização (sentar, transferir, rodar, por de pé)” com 30 (21,76%) de unidades de registo, e as subcategorias “Procedimentos em situações de urgência e emergência” com 12 (8,70%) e “Covid-19 e doenças infetocontagiosas” com 11 (7,97%) unidades de registo. Agrupámos algumas subcategorias por as CF revelarem alguma confusão nos conceitos e os misturarem na mesma unidade de registo (ex.: “mobilização de utentes acamados” Q19) (Apêndice IX).

Salientamos que os temas que as CF gostariam de ver abordados em futuras ações de formação estão, de uma forma geral, de acordo com os temas que identificaram com maior dificuldade, estando em sintonia com as dificuldades identificadas através da aplicação do questionário.

2.1.5. Diagnósticos de Enfermagem

No nosso estudo identificámos como problemas as atividades em que as cuidadoras formais do SAD das IPSS referiram ter mais dificuldade em desempenhar e descrevemos os problemas que apresentaram maior expressividade, por ordem decrescente de relevância: alimentação por PEG 53,45%, alimentação por SNG

48,28%, despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação 46,55%, despiste de possíveis problemas de eliminação 41,38%, mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé) 39,66%, posicionamento na cama, cuidados ao utente com dispositivo urinário e características da urina das fezes, todos com 34,48%. Colocamos em apêndice a tabela com a identificação de todos os problemas de saúde identificados, consubstanciando assim o nosso diagnóstico de situação de saúde identificado (Apêndice VIII).

Para a realização dos diagnósticos de enfermagem utilizámos a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2015 e o catálogo de Enfermagem Comunitária. A CIPE® é um instrumento abrangente, que inclui termos e definições que facilita a comunicação entre enfermeiros de todo o mundo e a padronização dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes (OE,2009). Segundo a CIPE®, um diagnóstico “é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do cliente após a avaliação” (OE,2009). Para melhor esclarecimento da construção do diagnóstico de enfermagem estes devem incluir pelo menos um termo do eixo foco (área de atenção relevante para a enfermagem), um termo do eixo juízo (opinião clínica) e pode incluir termos adicionais de outros eixos que se considerem necessários (OE, 2015, p. 237). Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses* [ICN], 2009) cliente é o sujeito ao qual se refere um diagnóstico e que é recetor de uma intervenção de enfermagem (OE, 2009). No âmbito do nosso estudo, cliente são as cuidadoras formais das IPSS - CSPPAM, CSPSA, CSSA, CATICA, que prestam cuidados a idosos dependentes no domicílio, e são estas o alvo da nossa intervenção. Como diagnóstico global de enfermagem, podemos identificar: a capacidade [do cuidador formal], para prestar cuidados comprometida, [em determinadas atividades], no domicílio, mas com potencial para melhorar o conhecimento do cuidador [formal].

De acordo com o modelo de promoção da saúde que ancora o nosso estudo, pretendemos contribuir para a alteração dos seus comportamentos, no sentido da sua aprendizagem e formação de competências para que também prestem cuidados que se querem de excelência e tornando-os comportamentos promotores da saúde.

A partir do diagnóstico de situação identificaram-se os problemas com maior relevância que estiveram na base dos diagnósticos de enfermagem que formulámos e apresentamos no Quadro 1.

Quadro 2. Diagnósticos de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	FOCO	JUIZO
Capacidade comprometida para gerir alimentação por PEG em 53,45% das cuidadoras formais	Capacidade para gerir alimentação por PEG	comprometido
Capacidade comprometida para gerir alimentação por SNG em 48,28% das cuidadoras formais	Capacidade para gerir alimentação por SNG	comprometido
Falta de conhecimentos sobre despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação em 46,55% das cuidadoras formais	Conhecimentos sobre despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação	falta
Falta de conhecimentos sobre despiste de possíveis problemas de eliminação em 41,38% das cuidadoras formais	Conhecimentos sobre despiste de possíveis problemas de eliminação	falta
Capacidade comprometida para cuidar na mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé) em 39,66% das cuidadoras formais	Capacidade para cuidar na mobilização	comprometido
Capacidade comprometida para cuidar o utente com dispositivo urinário em 34,48% das cuidadoras formais	Capacidade para cuidar o utente com dispositivo urinário	comprometido
Défice de conhecimentos sobre características da urina e das fezes em 34,48% das cuidadoras formais	Conhecimentos sobre características da urina e das fezes	défice
Capacidade comprometida para cuidar no posicionamento na cama em 34,48% das cuidadoras formais	Capacidade para cuidar no posicionamento na cama	comprometido

Adaptado do Catálogo da CIPE®, Enfermagem Comunitária, diagnósticos de enfermagem versão 2015, (OE, 2016)

2.2. Definição de Prioridades

Esta é a segunda etapa do processo de planeamento em saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993). No diagnóstico de situação de saúde da nossa amostra, identificaram-se os problemas. Mas intervir em todos ao mesmo tempo não seria possível, pelo que necessitamos de os priorizar e assim definir de acordo com critérios qual ou quais os que vamos intervir em primeiro lugar e os que posteriormente serão alvo da nossa intervenção. Segundo Rodrigues (2021, p.92) os problemas que não forem considerados prioritários, não significa que não sejam alvo de intervenção apenas terão a sua intervenção adiada para quando houver uma conjuntura mais favorável ou recursos humanos e orçamentos disponíveis. “Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 64) que no nosso caso o

horizonte temporal é a duração do período de estágio e a programação é a nível concelhio. Segundo Nunes (2016, p. 35) na área da saúde teremos de ter em conta 3 critérios definidos pela OMS e utilizados em saúde pública: a magnitude do problema e a sua abrangência, a transcendência, ou seja, a repercussão do problema na população e de acordo com o grupo etário e a vulnerabilidade (do problema) capacidade para se prevenir. Uma vez que identificámos mais de 20 problemas, segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.67) citando (Nutt, 1984) “está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas”. Realizámos o procedimento de triagem que não sendo uma técnica de ordenação de problemas permite-nos excluir os “menos importantes” e seleccionar os “mais importantes” sendo estes os que priorizámos (Tavares, 1990, pp. 99-100). Considerámos 8 problemas “mais importantes” que também estavam de acordo com o critério magnitude.

Para a determinação de prioridades em saúde ou priorização dos problemas/diagnósticos de enfermagem identificados, adotamos a técnica de priorização - Grelha de Análise para determinação de prioridades, adaptada de Pineault e Daveluy (1986) citado por Tavares (1990, p. 89). Esta considera quatro critérios sequenciais: a importância do problema, relação entre o problema e os determinantes, capacidade técnica de intervir e a exequibilidade do projeto ou intervenção. A escolha desta técnica prende-se com o fato de esta ter caráter bastante objetivo (Tavares, 1990, p.90) e por já a termos utilizado em contexto de aula, apesar de apresentar a desvantagem de não ser adequada para mais de 16 problema (pelo que tivemos de os triar previamente), possibilitar problemas empatados e o primeiro critério ser muito discriminatório definindo 50% da situação final, ou seja, definimos à partida se o problema fica nos 8 primeiros lugares ou nos últimos (Rodrigues, 2021, p.111).

A técnica de Grelha de Análise consiste numa progressão dos problemas, por cada critério e assumem a classificação de (+) ou (-) e assim sucessivamente por ordem decrescente de intervenção até a décima sexta posição, ficando o problema ou problemas com prioridade de intervenção na primeira posição, ou seja, ao valor 1 corresponde a prioridade máxima e ao 16 a prioridade mínima (Tavares, 1990). Para aplicarmos a Grelha de Análise consultámos como peritos, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária a desempenhar funções na USPAS, o enfermeiro chefe e outra enfermeira ambos com experiência em intervenções

comunitárias, tendo como parceiras as IPSS. Segundo Benner (2001, p.58), enfermeiro perito tem “uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos (...), age a partir de uma compreensão profunda da situação global”. Reunimos, também, com as coordenadoras do SAD das IPSS para a divulgação dos dados e para que contribuíssem para a priorização dos problemas, uma vez que estão em contato direto com as CF e acompanham as suas dificuldades no seu desempenho diário.

Ao concluir a técnica de priorização, na primeira posição classificaram-se dois problemas/diagnósticos de enfermagem, que segundo esta técnica seriam os primeiros problemas a intervir. A Capacidade (comprometida) para cuidar na mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé) e Capacidade (comprometida) para cuidar no posicionamento na cama, foram os diagnósticos de enfermagem prioritários para intervenção (Apêndice X).

Os restantes problemas poderão e deverão ser alvo de intervenção, mas noutro contexto e espaço temporal. Ou seja, em contexto de trabalho como enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária e com previsão para 2022. É esta a nossa pretensão que é corroborada pelas instituições parceiras e pelo diretor executivo do ACES AR. Uma vez que se encontra identificado o diagnóstico da situação de saúde, seria um desperdício de recursos não dar continuidade às intervenções em cada uma das instituições, de forma efetiva e eficiente.

2.3. Fixação de Objetivos

Para dar continuidade ao processo de planeamento em saúde, após a definição de prioridades passamos para a etapa de fixação dos objetivos a que nos propomos atingir em relação a cada um desses problemas/diagnósticos de enfermagem, para a sua resolução e posterior avaliação. Segundo Tavares (1990) um objetivo deve obedecer a 5 características sem as quais não existirá o objetivo: natureza da situação desejada, critérios de sucesso, população alvo, tempo em que deverá ser atingido. Definimos como objetivo geral: capacitar as cuidadoras formais das IPSS do concelho do Barreiro - CSPPAM, CSPSA, CSSA, CATICA, que prestam cuidados ao idoso dependente no domicílio, sobre mobilização e posicionamento na cama, no período de 23 de novembro 2020 a 7 de maio de 2021.

Os objetivos específicos “contribuem para que o objetivo geral seja atingido” (Tavares, 1990, p.121) e como objetivos específicos definimos:

- Identificar as necessidades de formação das CF;
- planejar sessões de formação para as CF em cada IPSS;
- explicar às CF a necessidade de desenvolverem competências e a adoção de comportamentos de promoção da saúde, na mobilização e posicionamento, e transferência”;
- demonstrar como mobilizar e posicionar adequadamente o utente;
- produzir um documento de consulta sobre mobilizações e posicionamento do utente, para posterior consulta.

Definimos os objetivos operacionais que norteiam a definição de estratégias de promoção de saúde que definimos e que também podem ser chamados de metas:

- monitorizar que 90% das CF sejam capazes de identificar a sequência de passos na transferência da cama para a cadeira;
- detetar que 80% das CF sejam capazes de executar uma técnica de transferência para a cadeira e posicionamento;
- monitorizar que 90% das CF sejam capazes de identificar pelo menos uma vantagem do levantar do utente e posicionamento;
- monitorizar que 90% das CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 complicações da imobilidade.

2.4. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias corresponde à quarta etapa do processo do planeamento em saúde. A estratégia pode “definir-se como a arte de combinar as atividades necessárias, de maneira a atingir, com a maior eficiência e a menor rejeição, os objetivos definidos.” (Durán, 1989, p.124). De acordo com o modelo teórico que nos orienta, a estratégia que definimos visa o empoderamento das CF, através da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que lhes permite alterar comportamentos, adotando a prestação de cuidados holísticos e promotores da saúde. Definimos como estratégia a capacitação das cuidadoras formais de cada IPSS. Através da reeducação ligada à formação profissional, como técnica de mudança organizacional (Tavares, 1990, p. 148) e operacionalizada através de sessões de formação em contexto profissional. Esta teve em conta a pertinência, vantagem, baixo custo e os recursos disponíveis e está em sintonia com a expectativa

das CF e das IPSS, e da própria exequibilidade. Para que a estratégia resulte é necessário que as CF estejam motivadas e mantenham a busca pelo conhecimento, quer seja através de formação específica, troca de experiências com os pares e orientação da coordenadora do SAD perante as dificuldades que surgem na sua prática diária.

A formação de adultos, permite o desenvolvimento de competências de acordo com os conhecimentos apreendidos ao longo da sua experiência profissional, para que perante uma situação análoga no domicílio do utente, possam ser capazes de responder adequadamente e assertivamente de forma a dar resposta de excelência, à situação que o utente apresenta.

2.5. Elaboração de Programas e Projetos

Para dar cumprimento aos objetivos propostos elaborámos, anteriormente, um projeto de intervenção comunitária, em que definimos o diagnóstico de situação de saúde da nossa amostra, de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde segundo Imperatori e Giraldes (1993). O nosso projeto está em conformidade com o Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho (PLSAR) (2018) que tem como fundamento “contribuir para a melhoria do estado de saúde global da comunidade” (p.3) e tem como orientações estratégicas “dotar os cidadãos, os profissionais e a comunidade de competências que lhes permitam potenciar os fatores protetores da saúde e minimizar os fatores de risco” (p.3), tal como preconizado também no MPS de Nola Pender. É aqui que se insere o projeto de capacitação das cuidadoras formais, com o envolvimento das IPSS do concelho para a “produção de saúde” e empoderamento destas. O PLSAR encontra-se “alinhado” com o Plano Nacional de Saúde (PNS) nos seus quatro eixos estratégicos: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e, Políticas Saudáveis. É na Cidadania em Saúde que o nosso projeto se enquadra com a capacitação das cuidadoras formais para adquirirem competências, isto é, para interiorizarem a informação e traduzirem-na com a alteração dos seus comportamentos em relação ao utente que cuidam. O PNS propõe “a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (PNS, 2015, p.14). Segundo Tavares (1990, p.39) um plano “é um conjunto de programas e/ou projetos contribuindo para alcançar os objetivos da instituição” estando o nosso

projeto alinhado com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), na medida em que pretendeu contribuir para a estratégia “adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas”, mas sobretudo com o Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS,2020) no empoderamento das CF para serem capazes de agir assertivamente com os idosos que cuidam.

2.6. Preparação da Execução

Esta é a quinta etapa e consiste nas atividades que foram desenvolvidas e operacionalizadas para dar cumprimento aos objetivos e para a aplicação das estratégias. É nesta etapa que desenvolvemos um plano operacional e como forma de o sintetizar podemos recorrer ao método 5W2H, que pretende responder às questões: o quê; quem; quando; onde; porquê; como; qual o orçamento (Rodrigues, 2021, p.190).

Foi desenvolvido um cronograma (Apêndice XI) com as atividades de preparação para um conjunto de intervenções, que foram realizadas e que passamos a descrever:

- reunião com coordenadora do SAD de cada IPSS para agendamento da sessão de formação, definindo-se o número de participantes por sessão (tendo em conta as orientações da DGS devido a pandemia a Covid-19), o local e o horário mais apropriado;
- escolha de horário da sessão de acordo com a disponibilidade das cuidadoras formais para que estas tivessem os menores impedimentos possíveis e pudessem participar na sessão de formação;
- preparação pedagógica de conteúdos, com planificação das sessões a apresentar em cada IPSS (Apêndice XII);
- realização de 6 sessões de formação para as cuidadoras formais, sendo 3 no CSPPAM, 1 no CSPSA, 1 no CSSA e 1 no CATICA (Apêndice XIII);
- entrega/envio de cartaz para divulgação da sessão de formação em cada IPSS (Apêndice XIV);
- Elaboração de folha de presenças para cada sessão de formação (Apêndice XV)
- planeamento da sessão de formação com os parceiros relativamente a recursos materiais;

- reunião com outros parceiros para aquisição de alguns recursos materiais (ajudas técnicas);
- elaboração e aplicação de uma grelha de observação para a execução do posicionamento e transferência (Apêndice XVII)
- elaboração e aplicação de um questionário para a avaliação de conhecimentos adquiridos pelas CF e para a avaliação da sessão de formação (Apêndice XVIII)
- entrega dos certificados de participação na sessão de formação (Apêndice XIX);
- construção e entrega de um suporte didático “Guia de Boas Práticas - Cuidados ao utente na Mobilização Posicionamento e Transferência” com os conteúdos ministrados (procedimento sobre mobilização e posicionamento) para posterior consulta e esclarecimento de dúvidas (Apêndice XX);
- reunião com diretor executivo e conselho clínico do ACES Arco Ribeirinho, e com a coordenadora e equipa da USPAS para divulgação de resultados;
- realização de reunião com direção e/ou coordenação técnica de cada instituição parceira – IPSS para divulgação dos resultados e da avaliação;
- agendar e realizar sessões de divulgação dos resultados para a comunidade em articulação com a autarquia local, que devido á situação pandémica aguarda-se agendamento.

2.7. Avaliação

Esta é a última etapa do planeamento em saúde, mas deve estar presente ao longo de todo o processo e em cada uma das etapas, para que se possa reformular o que se apresenta menos adequado ou a carecer de retificação.

Após a apresentação dos conteúdos teóricos e da atividade prática na sessão de formação foi proporcionado às CF um momento de reflexão seguido pelo preenchimento do questionário para avaliar os conhecimentos adquiridos após a sessão de formação e para avaliar a satisfação das CF com as sessões de formação.

A adesão às sessões de formação foi obtida considerando o número de CF que participaram no estudo e que estava previsto assistirem à sessão de formação e as CF que estavam presentes nas sessões de formação. Salientamos que além das CF que participaram no estudo estiveram presentes mais 7 elementos entre estes as coordenadoras do SAD e as outras CF alocadas na valência de Centro de dia, mas

que mostraram interesse em participar. Embora todas as participantes nas sessões preenchessem o questionário final, os dados recolhidos para avaliação foram só das CF que participaram no estudo.

Para podermos concretizar esta etapa definimos indicadores de saúde que segundo Nunes (2016), revelam “uma relação entre uma determinada situação e a população em risco relativo à situação descrita” (p. 38). Estes podem ainda subdividir-se em indicadores de execução ou de atividade e indicadores de impacto ou resultado.

2.7.1. Indicadores de execução ou atividade

Através dos indicadores de execução podemos calcular a taxa de execução das tarefas propostas.

Tirando a meta relativa a percentagem de CF que consideram totalmente suficiente a duração da sessão de formação em que o resultado obtido ficou ligeiramente abaixo da meta todas as outras metas propostas foram atingidas de forma satisfatória, com taxas acima do pretendido, pelo que consideramos que atingimos os objetivos operacionais propostos relativamente a atividade e que apresentamos na tabela 4.

Constatámos uma adesão e participação de 100% das CF e com 100% das sessões realizadas.

Tabela 4. Indicadores de execução ou de atividade

Indicadores de Execução ou Atividade	Meta	Resultado
% Sessões de formação realizadas Nº de sessões de formação realizadas/Nº de sessões de formação planeadasX100%	Realizar 100% das formações	100%
Assiduidade nas sessões de formação Nº de CF presentes nas sessões de formação/Nº total de CF previstas assistirem às sessões de formaçãoX100%	Obter 95% de assiduidade no total das sessões	100%
% de CF que consideram a exposição da formadora totalmente clara e simples Nº de CF satisfeitas na totalidade/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%	Obter 90% de respostas que consideram totalmente	94,83%

% de CF que consideram que as suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas na totalidade	Obter 85% de respostas que consideram totalmente	87,93%
Nº de CF satisfeitas na totalidade/Nº total de cuidadoras presentes na formaçãoX100%		
% de CF que acham que esta formação é de total utilidade para a prática profissional	Obter 90% de respostas que concordam totalmente	91,38%
Nº de CF que consideram de total utilidade/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%		
% de CF que concordam totalmente que os assuntos abordados são interessantes	Obter 85% de respostas que concordam totalmente	87,93%)
Nº de CF que concordam totalmente/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%		
% de CF que consideram totalmente suficiente a duração da sessão de formação	Obter 85% de respostas que consideram totalmente suficiente	84,48%
Nº de CF que consideram totalmente suficiente a duração da formação/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%		
% de CF que consideraram que esclareceram dúvidas e partilharam as suas experiências totalmente	Obter 85% de respostas que concordam totalmente	87,93%
Nº de CF que esclareceram dúvidas totalmente/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%		
% de CF que consideraram Satisfação global com a formação	Obter 95% de respostas que concordam totalmente	96,55%
Nº de CF que consideraram Satisfação global com a formação/Nº total de CF presentes na formação X100%		

2.7.2. Indicadores de impacto ou resultado

Todos os indicadores de resultado foram atingidos, e superados indicando capacitação das CF nas áreas pretendidas, conforme tabela 5.

Tabela 5. Indicadores de impacto ou resultado

Indicadores de Impacto ou Resultado	Meta	Resultado
% de CF que sejam capazes de identificar corretamente pelo menos 3 complicações da imobilidade Nº de CF que identificam 3 complicações da imobilidade/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%	Obter 90% das respostas	100%
% de CF que sejam capazes de indicar corretamente uma finalidade do posicionamento Nº de CF que indiquem corretamente uma finalidade do posicionamento/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%	Obter 90% das respostas	96,55%
% de CF que identificaram corretamente a sequência de passos na transferência Nº de CF que identificam corretamente a sequência de passos/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%	Obter 90% das respostas	100%
% de CF que identificaram corretamente a mecânica corporal para prevenir lesões ME Nº de CF que identificam corretamente a mecânica corporal/Nº total de CF presentes na formaçãoX100%	Obter 90% das respostas	98,28%

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os nossos resultados são concordantes com o estudo de Beringuilho (2013) que segundo esta autora em instituições sem fins lucrativos, onde se incluem as IPSS, as CF têm idade mais elevada, maior tempo de atividade profissional e a formação em contexto de trabalho não parece ser suficiente pelo que propõe melhorar a qualificação deste grupo profissional e a qualidade dos cuidados prestados pelas CF. Sugere ainda estudos adicionais, formação continua ao longo do tempo para as CF e refere que os responsáveis institucionais “devem comprometer-se a desenvolver medidas de suporte para com os seus trabalhadores, de forma a proporcionar formação e atualizações contínuas que incidam na promoção do conhecimento e de competências relativamente ao cuidado garantindo assim que se prestem cuidados de excelência”(p.62). Córdoba e Aparício (2014) numa amostra de tamanho semelhante à nossa (63 CF) verificaram que 41.9% das CF não tinham qualquer experiência prévia nas funções que exerciam (valor inferior ao do nosso estudo) e com base nestes resultados sugerem que estas sejam alvo de formações específicas e adaptadas as suas funções e necessidades, por parte das instituições empregadoras. Também Correia (2019) identificou semelhantes necessidades das CF e após a sua intervenção de capacitação concluiu que as intervenções de enfermagem foram eficazes com aumento dos conhecimentos destas profissionais. No estudo de Craftman, et al. (2018) estes autores referem que são necessários certos pré-requisitos para permitir que o pessoal auxiliar não licenciado realize um bom trabalho, além de que estes profissionais também precisam de ser reconhecidos como uma força de trabalho crucial na execução de cuidados.

Consideramos que as CF com formação inicial, atualização de conhecimentos e aquisição competências possam contribuir para a qualidade dos cuidados prestados ao utente idoso dependente em contexto domiciliário.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Toda a investigação que envolve atividades relacionada com seres humanos necessita de cumprir os princípios éticos e antes do início do estudo estes princípios éticos foram todos cumpridos.

Obtivemos as autorizações necessárias para a execução do estudo e que passamos a enumerar: autorização do diretor executivo do ACES AR (Anexo II), autorização da coordenadora da USPAS do ACES AR (Anexo III), autorização da autora do instrumento de colheita de dados (Anexo IV) e autorização dos responsáveis das quatro instituições parceiras para a participação no estudo e para a nomeação da instituição que representam no relatório ou em qualquer divulgação publica (Anexos V, VI, VII, VIII).

Submetemos o processo à CES da ARS LVT e obtivemos o seu parecer favorável. (Anexo IX).

As funcionárias foram convidadas a participar no estudo, e para o efeito foi-lhes prestada informação presencial sobre em que consistia o estudo, respetivos objetivos, carácter voluntário da participação e garantias de confidencialidade e anonimato. Esta informação encontrava-se também na introdução do questionário e no Consentimento Informado (CI) (Apêndice V), que após aceitarem participar, preencheram e assinaram. Os instrumentos de colheita de dados e todos os materiais resultantes do estudo, após a realização do relatório final serão guardados em local apenas acessível por nós e durante o tempo protocolado de 5 anos.

5. COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS

Ao longo do nosso percurso profissional muitos foram os desafios e as respectivas contribuições para o desenvolvimento de uma enfermagem baseada na prática da mais recente evidencia científica, com a presente preocupação de cuidar o cliente respeitando a dignidade da pessoa humana, a sua autonomia e a sua participação/inclusão no delineamento do seu plano de cuidados. A formação continua em enfermagem e as constantes atualizações desde a formação base permitiram-nos adotar uma postura da prática de cuidados de enfermagem que busca a excelência, com aposta na qualidade e contribuindo na gestão e organização dos contextos.

Pelos anos de experiência profissional, pelas funções desempenhadas e pela formação continua realizada permitiu-nos desenvolver uma prática de enfermagem avançada, mas este percurso académico permitiu-nos ainda desenvolver um conjunto de competências especializadas que se concretizaram em Competências Comuns do Enfermeiro Especialista identificadas pela OE (Regulamento n.º 140/2019) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária que constam do Regulamento n.º 428/2018 da OE.

Desenvolvemos um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que de acordo com as necessidades das CF, mobilizamos e atuamos naquele contexto de forma que estas adotassem comportamentos de promoção da saúde em resultado da sua consciente necessidade.

No Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvemos competências através da adequação da nossa prática segundo o REPE da OE, através da elaboração do consentimento informado, informação às CF da sua participação livre e esclarecida respeitando os princípios éticos como a autonomia, a não-maleficência e o seu anonimato. A nossa contribuição na investigação ao termos desenvolvido um estudo e projeto de intervenção comunitária envolvendo os parceiros através de atividades para a capacitação das CF.

No Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais com a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares e que ao longo do estágio permitiram uma prática especializada. Aquisição de conhecimentos em investigação com a realização de *Scoping Review* e análise estatística, a apreciação

de artigos científicos em contexto da unidade curricular de epidemiologia, aplicação dos conteúdos de literacia em saúde com a elaboração de documentos com apresentação ilustrativa, letra adequada e com verbos de ação. O papel do enfermeiro como agente de mudança e contribuído para o empoderamento das populações através das ações no âmbito da literacia em saúde com a realização de sessões de formação e educação para a saúde e elaboração do Guia de Boas Práticas. A possibilidade, através dos trabalhos propostos, adquirir capacidades e habilidades ao exercitar os conhecimentos através da reflexão e da sua aplicação prática quer nos trabalhos académicos, quer em contexto de prática clínica (estágio). A prática de uma enfermagem avançada baseada na evidência científica e demonstrada na prestação de cuidados através de uma prática fundamentada. E, como as políticas de saúde podem influenciar o estado de saúde das populações, comunidades e indivíduos. Durante este percurso tive consciência enquanto pessoa e enfermeira das limitações pessoais e profissionais e em contexto pandémico.

No Domínio da gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade. Na gestão dos cuidados como autora e coordenadora do projeto com o envolvimento dos parceiros comunitários e no sentido de uma parceria com continuidade e não um projeto avulso. Tendo a capacidade para adquirir, transformar e decodificar a informação baseada na evidência, apresentada às CF de forma que essas ações fossem concertadas e realizadas nas quatro IPSS. Na melhoria contínua da qualidade com a intervenção para que os cuidados caminham no sentido da excelência. Adaptámos os recursos materiais no sentido em que estes eram limitados nas IPSS, não havia cama e fez-se a adequação dos recursos utilizando uma mesa, embora os outros materiais estivessem disponibilizados (lençol, almofadas, cadeira de rodas). Envolvermos ainda outro parceiro comunitário para que nos disponibilizasse uma ajuda técnica que as CF referiram ter dificuldade em manusear (tabua de transferência) e as instituições não dispunham.

A conceção de um projeto de melhoria contínua da qualidade foi uma das nossas preocupações desde o início e criámos condições para um ambiente seguro para o nosso cliente, as CF, proporcionando o distanciamento e o cumprimento das normas da DGS, através da realização de várias sessões. Disponibilizámos ainda conteúdo teórico e aplicação prática para prevenção das lesões músculo-esqueléticas das CF. Ao longo das sessões de formação adotámos respostas de enfermagem ao nível da tomada de decisão assente na prática baseada em evidência.

Este é também um projeto de Melhoria continua da qualidade dos cuidados que as CF prestam ao idoso dependente em contexto de domicílio.

Ao longo deste percurso desenvolvemos as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária da OE. Concebemos e desenvolvemos um projeto de intervenção comunitária com base na Metodologia do Planeamento em Saúde. Procedemos á elaboração do diagnostico da situação da nossa amostra, estabelecemos as prioridades em saúde, formulámos objetivos e definimos estratégias face a priorização das necessidades de saúde identificadas pelas CF, de forma a resolver os problemas que identificámos. Através deste projeto contribuímos para o processo de capacitação das CF através de sessões de educação para a saúde no âmbito da promoção da saúde através do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Realçamos que estas competências especificas do enfermeiro especialista em saúde comunitária são interdependentes e, portanto, um acréscimo às competências comuns de enfermeiro especialista. Este percurso académico permitiu-nos desenvolver estas competências especificas e também transversais quer com a comunidade educativa, onde estávamos inseridos, quer em contexto profissional no local de estágio.

Desenvolvemos as competências enunciadas no Decreto-Lei n.º 65/2018, para a obtenção do grau de mestre e de acordo com os descritores de Dublin. A capacidade de aquisição de novos conhecimentos, compreensão e aplicação do conhecimento em situações novas e de resolução de problemas com a sua aplicação em contexto de investigação com a elaboração do estudo, ao possuir aprofundar e desenvolver conhecimentos de pesquisa de acordo com a evidencia científica atualizada em várias bases de dados e adotando a metodologia do planeamento em saúde. A capacidade de comunicação dos resultados do nosso estudo às instituições parceiras e conselho clínico do ACES AR e o desenvolvimento de raciocínios para futuras intervenções na comunidade.

As conclusões do nosso estudo ainda não foram divulgadas para a comunidade, mas é nosso compromisso em articulação com outro parceiro comunitário que é a CMB a sua divulgação para as instituições participantes e para toda a comunidade concelhia no auditório da Biblioteca Municipal do Barreiro, em data ainda a confirmar.

Através da realização de julgamento e capacidade de tomada de decisão em contexto

pandémico, com capacidade de resolução de problemas; aplicação do conhecimento em situações novas com adequação das atividades a essa nova realidade.

Desenvolvemos a reflexão e a aprendizagem ao longo da vida com desenvolvimento de estudo auto-orientado e autónomo para a elaboração do enquadramento teórico, do projeto e das várias etapas do planeamento em saúde.

Ser mestre para nós significa mais do que o grau, pois consideramos ser uma responsabilidade acrescida na edificação e divulgação do conhecimento, na participação em vários grupos de estudo e projetos comunitários onde a nossa aprendizagem possa trazer reais benefícios para a população/comunidade onde nos inserimos. Fomos convidados a coordenar as intervenções comunitárias do Eixo da Saúde de um projeto Bairros Saudáveis, em que o ACES AR é um dos parceiros, que após candidatura obteve financiamento e que será desenvolvido até outubro de 2022 e permite-nos dar continuidade a aplicação da metodologia do planeamento em saúde e colocar em prática as competências adquiridas ao longo deste mestrado. Foi-nos proposto, ainda, a aplicação deste projeto aos outros 3 concelhos do ACES AR, que pela sua pertinência e pela dimensão da amostra conseguida suscitou interesse da parte do diretor executivo.

6. CONCLUSÃO

Este estudo teve por base uma amostra de 58 CF pertencentes às quatro IPSS do concelho do Barreiro com SAD e representativa de 87,88% da população-alvo. Todas as CF eram do sexo feminino, com média de idades de 47,78 anos, 34,48% na classe etária dos 52 aos 60 anos e tendo como habilitações literárias o ensino secundário (36,21%). A maioria, 64%, possuíam formação para a prestação de cuidados a idosos, com uma média de 9,20 anos de experiência profissional e 44,83% das CF com até 5 anos de experiência profissional. Como diagnóstico da situação e diagnóstico de enfermagem apresentavam capacidade comprometida para gerir alimentação por PEG e SNG respetivamente em 53,45% e 48,28% e todas consideraram importante a realização de ações de formação com vista à melhoria do desempenho. O tema que registaram com maior preferência foi o da “Higiene e Conforto” e dentro deste mais concretamente o Posicionamento do utente e Mobilização (sentar, transferir, rodar, por de pé). Após priorização realizaram-se sessões de formação sobre “Cuidados ao utente no Posicionamento, mobilização e transferência” com 100% de adesão das CF e após avaliação dos resultados constatou-se que a totalidade das CF conseguiram identificar três complicações da imobilidade e a sequência de passos na transferência, 98,28% das CF a mecânica corporal para prevenir lesões músculo-esqueléticas das cuidadoras e 96,55% conseguiram identificar a finalidade do posicionamento.

A capacitação das CF é essencial para que se possa continuar a responder as necessidades e direitos dos idosos dependentes e famílias que necessitam de apoio domiciliário. É necessário adotar políticas multisectoriais pois a saúde dos idosos depende de vários determinantes sociais e de saúde. Pretendemos que se mantenha a longevidade/esperança de vida, mas com qualidade promovendo um envelhecimento ativo e saudável, mas ainda há um longo trabalho a fazer na capacitação destas profissionais pois apesar de contemplado na legislação, na prática continuam a ser contratadas sem formação e esta é realizada em contexto profissional e com os pares sendo insuficiente. Se é nossa pretensão, trabalhar no sentido da promoção de um envelhecimento saudável prevenindo a dependência, estas profissionais necessitam de ter formação específica e iniciarem funções nas instituições já com alguns módulos de formação realizados como condição mínima para iniciarem as funções que desempenham. Assiste-se a uma lacuna entre o legislado e preconizado pelas várias entidades com responsabilidade na matéria e a prática. Caminhamos para que os cuidados sejam maioritariamente no domicílio,

como contexto natural para a maioria dos idosos e como tal implementar medidas para os idosos/famílias com dependência possa manter-se no seu lar, mas com dignidade bem-estar e qualidade de vida. Ao que também podemos associar menos custos. O que poderia contribuir para o preconizado pela WHO em 2015 com a expressão “envelhecer no seu contexto” (*ageing-in-place*) ou “envelhecer em casa” (*ageing at home*) (Lopes, 2021).

O desenvolvimento deste trabalho trouxe subsídios para a formação, para a prática clínica e para a investigação. Para a formação pessoal, com o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária que através destas possibilitou a formação de outros grupos da comunidade, nomeadamente as CF que capacitámos. Sabemos que este é o início para a mobilização destas competências e que no futuro se irão consolidar na nossa prática profissional diária. Para a prática clínica contribuindo com intervenções de forma sistematizada e fundamentada baseada em evidencia científica atual, para a capacitação e promoção da saúde das CF das instituições parceiras alvo da nossa intervenção, mas também para as intervenções futuras como Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária com uma prática especializada que dignifique a profissão e contribua para responder às necessidades de grupos e comunidade garantindo cuidados de enfermagem de qualidade. A investigação é o maior impulsionador para que a enfermagem consiga alcançar altos padrões de qualidade. Os enfermeiros desenvolvem conhecimentos atualizados, e permite uma visão integradora e capacidade transformadora contribuindo para a resolução de problemas inerentes aos desafios de saúde. A divulgação dos estudos realizados e das suas conclusões é o caminho para um prática avançada com a consequente prestação de cuidados de qualidade e consolidação da enfermagem como ciência.

Houve vários constrangimentos á execução deste projeto, tendo sido um ano atípico em termos mundiais pela situação de pandemia a COVID-19 e refletiu-se no nosso percurso académico, no nosso percurso pessoal e profissional com períodos de confinamento e alteração das dinâmicas familiares assim como o consequente aumento da carga de trabalho e pressão nos serviços onde desempenhamos funções como enfermeira.

Como desafios consideramos a promoção da literacia em saúde, a capacitação e *empowerment* destas profissionais através de formação específica inicial para cuidadores formais antes do início das atividades e formação continua ministrada nas

instituições por profissionais de saúde, sendo estas obrigatórias no seu plano de ação anual, incentivo ao bom desempenho e a realização de questionários de satisfação aos utentes/família.

Este relatório reflete o nosso percurso para a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e competências compatíveis com o grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7th Editions). APA.
- Andrade, F. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Universidade do Minho.
- Antón M, et al. (2016). *Introducción y cuidados básicos de la persona mayor dependiente*. 2ª Edição. Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Berger, L., Maillox, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lusodidacta.
- Beringuilho, F. A. R. (2013). *Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Born, T. (2006). A formação de cuidadores: Acompanhamento e avaliação. In *Seminário Velhice Fragilizada*.
- Brêtas, A. C. e Yashitome, A. Y. (2000). Conversando com quem gosta de cuidar de idosos no domicílio. In Duarte, Y e Diogo, M. (orgs). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. Atheneu. pp. 111-113.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Quarteto.
- Cabral, M., Ferreira, P. (2013). *O Envelhecimento ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-8662-48-4.
- Canário, R. (2013). *Educação de adultos – Um campo e uma Problemática*. Educa.
- Carinhas, M. J., Eusébio, A. P., Carvalho, L. N., Lopes, T. M., Braga, R. J. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Cadernos OE, 7 (1). http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Carvalho, M. I. (2010). *Os cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade*

Social no concelho de Cascais. ISCTE-IUL.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Campus.

Coimbra, J., Brito, I. (1999). Qualidade de Vida do Idoso. *Revista Referência*, 3, 29-35.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Wick, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, vol.13, n. 2, 306-312.

Córdoba, A. M., Aparicio, M. J. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), pp.149-167.

Correia, H. C. (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 em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Costa, A. (2002). *Cuidar idosos, formação pratica e competências dos enfermeiros*. Formasau.

Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., Nondahl, D. M. (2003). The impact of Hearing Loss on Quality of Life in Older Adults. *The Gerontologist*, 43(5), pp.661-668.

DeAquino, T.C. (2007). *Como aprender: Andragogia e as habilidades de aprendizagem*. Pearson Prentice Hall.

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

Decreto-Lei n.º 172-A/2014. Aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. Diário da República n.º 221/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-11-14, pp. 5882-(2) a 5882-(26). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/172-a/2014/11/14/p/dre/pt/html>

Diário da República n.º 221/2014, Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. 1º Suplemento, Série I de 2014-11-14. ELI: <https://data.dre.pt/eli/diario/1/221/2014/1/pt/html>

Decreto-Lei n.º 65/2018. *Graus académicos e diplomas do ensino superior*. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, pp.4147 – 4182. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Direção Geral de Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020*. DGS. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Duran, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspetos conceptuais e operativos*. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Ministério da Saúde, p.124.

ESEL (2020). *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA*.

EUROSTATE (2020) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt#A_percentagem_de_idosos_continua_a_aumentar

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Lusociência.

Gaioli, C. C., Furegato, A. R., Santos, J. L. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 21 (1), pp. 150-157.

GEP (2017). Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2017. <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2017.pdf>

Guedes, S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Guimarães, R., Cabral, S. (2010). *Estatística*. Edições Profissionais Sociedade Unipessoal. Pág. 17.

Honey, P., Mumford, A. (1992). *The manual of learning styles*. Maidenhead.

Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª edição. Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2002) *O Envelhecimento em Portugal* <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2019/03/Envelhecimento-1.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *O envelhecimento em Portugal*. <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2019/03/Envelhecimento-1.pdf>

Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos. ISCTE, Portugal.

JBÍ (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement. The Joanna Briggs Institute. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

Knowles, M. S. (2005). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. 6th ed. Elsevier.

Kroehnert, G. (2007). *Basic Training for Trainers*. Tata McGraw-Hill.

Lage, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. In J. Ribeiro e I. Leal (orgs.), *Actas do 5o Congresso Nacional de Psicologia da saúde, 28, 29 e 30 de Junho de 2004*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 749-756.

Le Boterf, G. 1995). De la compétence - essai sur un attracteur étrange. In: *Les éditions d'organisations*. Quatrième Tirage.

Lei n.º 100/2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06, pp.3 – 16 ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

Lopes, M. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. Imprensa da Universidade de Évora. ISBN: 978-972-778-213-0

Maroco, J.; Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi Ed. Pág. 29-30.

Martin, J. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In A. Fonseca e C. Paúl. *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.

Miguel, M. E., Pinto, M. E., Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Vol. 9, no 3, p. 784-795.
<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>

Miller, C. (2004) Nursing for Wellness in Older Adults. In: Miller, C (editor). *Client Teaching*. 6th ed. Lippincott Willinas & Wilkins (

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. Chiado Editora.

Oliveira, M., Queirós, C., Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspetiva autopoiética: do caos à autopoiése. *Psicologia, Saúde e Doenças*, nº 8, pp. 181-196.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/classificacao-internacional-para-a-pratica-de-enfermagem-cipe/>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, pp. 19354 – 19359. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das*

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, pp. 4744 – 4750. OE.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=1C1BF04549296EEAA8E96C75CB3C7F95?sequence=6.

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

Paulin, G. S. (2011). *Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde*. (Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo).

Paulos, C. I. (2010). *Gestão de instituições para idosos - qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Verlag Dashofer Edições Profissionais.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7th Edition. Pearson

Perrenoud, P. (2003). *O futuro da escola nos pertence*.

<https://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u511.shtml>

Pinto, A., Verissimo, M., Malva, J. (2019). *Envelhecimento ativo e saudável. Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>

Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho (PLSAR) (2018). *Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho: Revisão e Extensão a 2020*. <http://www.plsar.pt/docs/plsar-extensao-2020.pdf>

PORDATA (2020). <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+envelhecimento-458>

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

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em ciências sociais*. Gradiva. Pág. 190.

Ribeiro, O., Paúl, C. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo*. 2ª Edição. LIDEL. ISBN:

978-989-752-333-5.

Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. International Press.

Rosa, M. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-8819-64-2.

Santos, G. (2007). *Cuidar do Idoso Dependente no Domicílio: Avaliação dos Problemas*. Dissertação de mestrado não publicada. Apresentada ao Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4873/1/2007001297.pdf>

Sequeira, C. (2007). *Introdução à prática clínica*. Quarteto Editora. ISBN 978-989-558-083-5.

Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., Mento, C. (2014). Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), pp.30-39.

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, pp.732-750.

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

Vicente, M. C., Delgado, Á. A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Antropología Experimental*, 9(9), 119-136.
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1984/1732>

Victor, J; Lopes, M. e Ximenes, L. (2005). Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul. Enferm.* 18 (3) 235-240.
<https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

ANEXOS

Anexo I. Etapas do Processo de Planejamento em Saúde

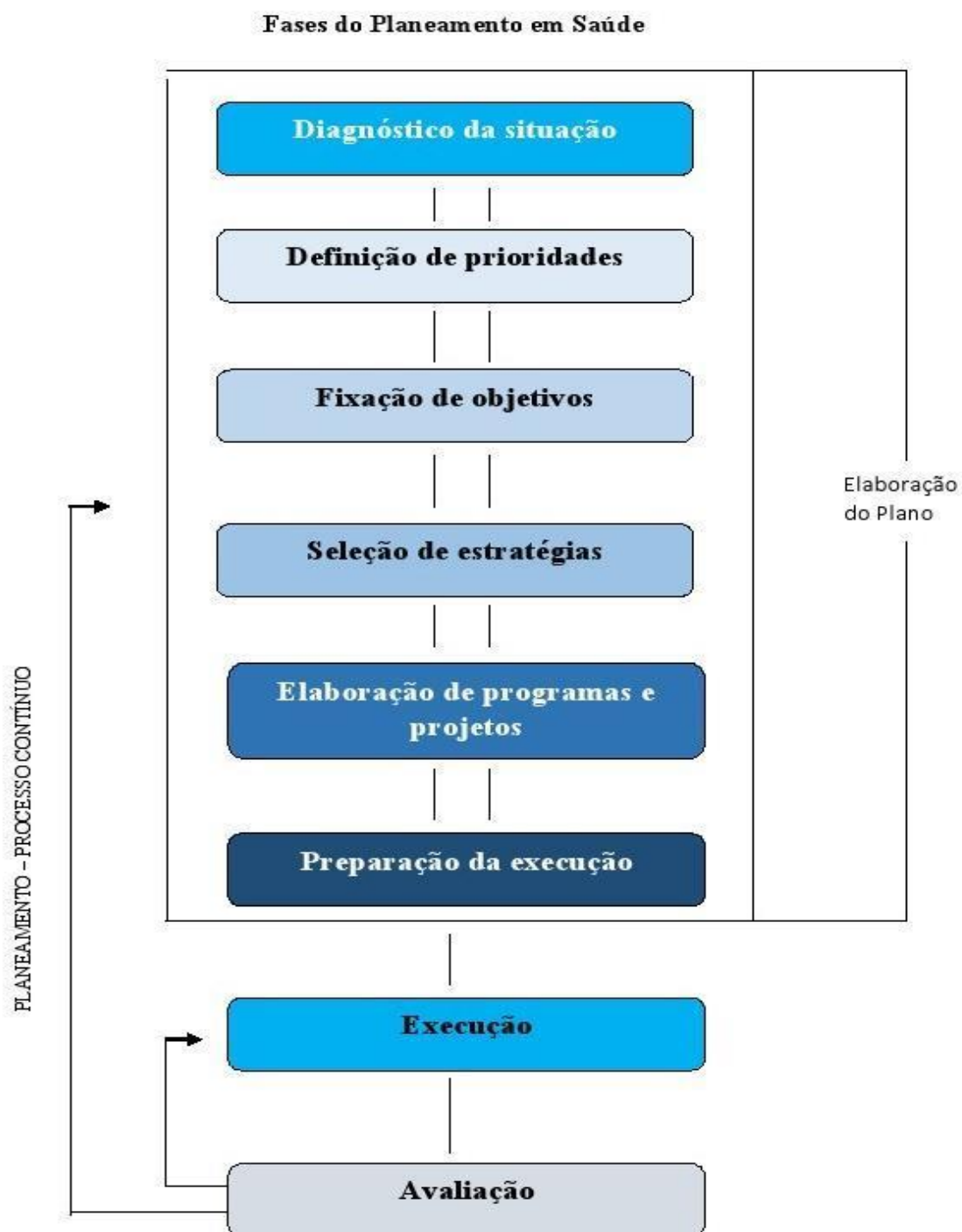


Figura 2 – Principais etapas no processo de planeamento em saúde. Imperatori, Giraldes (1993)

Anexo II. Autorização do Diretor Executivo do ACES AR

Maria Helena Carvalheira Pedrosa | ECL | Aces Arco Ribeirinho

De: Miguel Lemos | ACES Arco Ribeirinho - Direção Executiva
Enviado: 14 de julho de 2020 18:15
Para: Maria Helena Carvalheira Pedrosa | ECL | Aces Arco Ribeirinho
Cc: Raquel Menezes Bettencourt Soares Chang | Pres. CCS Arco Ribeirinho; Ana Cristina Sequeira Bento Maia | UCSP Moita
Assunto: FW: Projeto de Capacitação dos Cuidadores Formais do SAD das instituições parceiras do concelho.
Anexos: O protocolo de investigação.docx

Boa tarde En^{ra} Helena Pedrosa,

Da parte do ACES nada a opor quanto ao projeto de investigação que propõe. Por se tratar de um projeto que, tal como refere, é um requisito para finalizar o seu mestrado, deverá verificar junto dos seus orientadores se existe necessidade de o mesmo, ser proposto para decisão final à Comissão de Ética da ARSLVT.

Com os melhores cumprimentos.

Miguel Lemos
Diretor Executivo do Aces Arco Ribeirinho



Aces Arco Ribeirinho
Rua D. José Carcamo Lobo
2835-372 Lavradio, PORTUGAL
TEL +351 21 2059332 FAX +351 21 2059320
miguel.lemos@arslvt.min-saude.pt
PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SNS+
PROXIMIDADE

Anexo III. Autorização da Coordenadora da USPAS do ACES AR

Maria Helena Carvalheira Pedrosa | ECL | Aces Arco Ribeirinho

De: Lina Maria Guarda [OSP] | ACES Arco Ribeirinho
Enviado: 2 de julho de 2020 19:14
Para: Maria Helena Carvalheira Pedrosa [ECL] | ACES Arco Ribeirinho
Cc: Paulo Manuel Ferreira Silva | ACES Arco Ribeirinho
Assunto: RE: Projeto de Capacitação dos Cuidadores Formais do SAO das instituições parceiras do concelho.

Muito boa tarde
Sra. Enf.ª Helena Pedrosa,

Tendo em consideração o Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho e a missão da Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio, sou de parecer favorável à realização do projeto nesta Unidade.

Com os melhores cumprimentos.

Uma Guarda
Delegada de Saúde Coordenadora
Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio
(desligado com a USF 22 Pereira de Alencar Oeste Norte
e com a USF de Almeida Lima de S. B. A)
Rua Capitão Selgoso Maia
2890-041 Alencara



AVISO DE CONFIDENCIALIDADE
Este e-mail e qualquer arquivo adjunto dele são de propriedade, informação ou conteúdo de terceiros e são reservados ao receptor designado. Não podemos e nem devemos divulgar ou permitir a divulgação de qualquer informação contida neste e-mail sem a aprovação do remetente. Se você não é o destinatário designado, não deve divulgar, copiar, reproduzir ou usar a informação contida neste e-mail para qualquer propósito não autorizado. Se você recebeu este e-mail por engano, por favor, não responda e não compartilhe a informação com ninguém. Em vez disso, elimine este e-mail e destrua qualquer cópia. Se você não sabe como fazer isso, por favor, contate o remetente. Obrigado por sua compreensão.

(CONFIDENTIALITY WARNING)
The content within this document may be confidential and intended only for the use of the individual or entity to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, please do not disseminate, copy, or otherwise use this information. If you have received this document in error, please notify the sender by e-mail at privacy@us.ibm.com and delete this document from your system. If you are not the intended recipient, please do not disseminate, copy, or otherwise use this information. If you have received this document in error, please notify the sender by e-mail at privacy@us.ibm.com and delete this document from your system.

De: Maria Helena Carvalheira Pedrosa | ECL | ACES Arco Ribeirinho <helena.pedrosa@arslvt.min-saude.pt>
Enviada: 2 de julho de 2020 14:17
Para: Lina Maria Guarda | DSP | ACES Arco Ribeirinho <lina.guarda@arslvt.min-saude.pt>
Cc: Paulo Manuel Ferreira Silva | ACES Arco Ribeirinho <paulo.f.silva@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Projeto de Capacitação dos Cuidadores Formais do SAD das instituições parceiras do concelho.

Boa tarde,

Exma. Sra. Coordenadora da USPAS do ACES Ribeirinho
Dra. Lina Guarda

Maria Helena Carvalheira Pedrosa, enfermeira deste ACES a desempenhar funções na ECLAR e aluna do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,

Anexo IV. Autorização da autora do questionário

Helena Correia
para mim

quinta, 15/10, 00:18

Boa noite

Agradeço o interesse demonstrado relativamente ao questionário aplicado no meu projeto.

Este instrumento de colheita de dados foi adaptado de um outro, tendo sido requerida autorização à sua autora.

Por conseguinte, eu, Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia, **declaro que autorizo** a utilização do instrumento de colheita de dados por mim utilizado aquando da realização do meu Projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Cumprimentos

... e boa sorte para a conclusão do seu projeto.

Helena Correia
965348222

**Anexo V. Declarações do Centro Social e Paroquial Padre Abílio
Mendes**



Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Autorização para participação no Projeto de Capacitação aos Cuidadores Formais do SAD.

Paula Franco <coordenacao.csppam@gmail.com>
Para: Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

25 de junho de 2020 às 09:59

Bom dia Helena,
Agradecemos o seu contacto e estamos disponíveis para articular consigo as ações propostas. Os próximos contactos poderão ser efetuados comigo, de forma a combinarmos os diferentes momentos.
Cumprimentos

Paula Franco - Diretora Técnica
coordenacao.csppam@gmail.com

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL PADRE ABÍLIO MENDES
Rua Marquês de Pombal nº1 2830-336 Barreiro
Tel.212076934 Fax.212064195
<https://www.facebook.com/centropadreabiliomendes/>
<http://centrospabiliomendes.wixsite.com/centrospam>

[Citação ocultada]



Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Autorização

Paula Franco <coordenacao.csppam@gmail.com>
Para: Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

29 de outubro de 2021 às 10:40

Bom dia Enf. Helena,
Na sequência do solicitado, informamos autorizar a nomeação do Centro Social Paroquial Padre Abílio Mendes no relatório, bem como em qualquer outra divulgação pública relacionada com o processo.

Com os melhores cumprimentos

Paula Franco - Diretora Técnica
coordenacao.csppam@gmail.com

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL PADRE ABÍLIO MENDES
Rua Marquês de Pombal nº1 2830-336 Barreiro
Tel.212076934 Fax.212064195
<https://www.facebook.com/centropadreabiliomendes/>
<http://centrospabiliomendes.wixsite.com/centrospam>

**Anexo VI. Declarações do Centro Social e Paroquial de
Santo André**



Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Autorização para participação no Projeto de Capacitação aos Cuidadores Formais do SAD.

Nuno Pacheco <nunoscj@gmail.com>

25 de junho de 2020 às 11:30

Para: Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Prezada Helena Pedrosa,
bom dia.

Acuso a recepção do seu email.

Da parte da direção do Centro Social e Paroquial de Santo André, a qual presido, não encontramos qualquer objeção ao seu pedido.

Acolhemo-la com bom grado.

Na próxima semana, a partir de segunda-feira, poderá contactar com a dra Filipa Aires, diretora técnica, dizendo que tem a aprovação do Presidente.

Votos de bom trabalho.

Melhores cumprimentos

P. Nuno Pacheco, scj

[Citação oculta]



AUTORIZAÇÃO

Carina Sofia Sousa Carrilho, na qualidade de Diretora Executiva do Centro Social e Paroquial de Santo André, concedo autorização à aluna Maria Helena Carvalheira Pedrosa que nomeie a nossa instituição no seu relatório de mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e em qualquer divulgação pública do seu estudo.

Barreiro, 29 de Outubro de 2021

Carina Sofia Sousa Carrilho
Diretora Executiva

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE SANTO ANDRÉ
Av. Escola Fuzileiros Navais, 1 - X
Santo André - 2830 - 149 BARREIRO
Cont. nº 501 410 562
Tells. 21 214 94 61/2/3/4/5 Fax. 21 214 94 66

Anexo VII. Declarações do Centro Social de Santo António



Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Autorização para participação no Projeto de Capacitação aos Cuidadores Formais do SAD.

CSSA CSSA <dirtecsad.cssa@gmail.com>
Para: Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>
Cc: Apolonia Teixeira <apoloniateixeira.cssa@gmail.com>

31 de julho de 2020 às 15:36

Boa tarde Enfermeira Helena,

De acordo com o que foi falado via telefone, não existe qualquer obstáculo para a realização de questionários nem de qualquer outro procedimento, desde que os mesmos não interfiram com o horário de funcionamento das Auxiliares de Ação Direta, assim quando desejarmos a sua disposição.

Desde já agradeço

Cordiais cumprimentos,

Lénea Lourenço



Directora Técnica
Serviço de Apoio Domiciliário SAD
Telemóvel: 96 929 47 72

[Citação oculta]



Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Envio de documentos e pedido de autorizacao para nomear a instituição

CSSA CSSA <dirtecsad.cssa@gmail.com>
Para: Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

29 de outubro de 2021 às 11:37

Bom dia Enfª Helena,
Em resposta ao seu e-mail, comunico que autorizo e permito que seja referida a nomeação do Centro Social de Santo António no seu relatório e em qualquer divulgação pública.
Desde já agradeço

Cordiais cumprimentos,

Lénea Lourenço



Diretora Técnica
Serviço de Apoio Domiciliário SAD
E-mail: dirtecsad.cssa@gmail.com
Telemóvel: 96 929 47 72

[Citação ocultada]

Anexo VIII. Declarações do CATICA



Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Autorização para participação no Projeto de Capacitação aos Cuidadores Formais do SAD.

Anibal Cristão <catuca-presidente@hotmail.com>

6 de julho de 2020 às 15:56

Para: Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Cc: maria jose lopes alagoinha <tesoureira.catica@hotmail.com>, Rita Susana <s.d_rita@hotmail.com>, "acatarina.catica@gmail.com" <acatarina.catica@gmail.com>

Boa tarde Exma. Sr.^a Enfermeira Helena Pedrosa

Em conformidade com o solicitado no e-mail de V. Ex.^a, informa-se:

A Direcção do Centro de Assistência à Terceira Idade de Coia e Arredores (CATICA), encontra-se disponível para colaborar e apoiar o seu Projecto.

No entanto, entende ser de todo conveniente uma reunião prévia entre ambas as partes para melhor esclarecimento.

Assim, solicita-se a V. Ex.^a, que nos indique três datas e hora, que lhe são mais favoráveis, para que esta Direcção, enquadre a sua agenda de trabalho.

Respeitosamente,

Com os melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA DIRECÇÃO

Anibal Cristão

Tenente Coronel

Enviado do Outlook

[Citação oculta]



Helena Pedrosa <mhcpedrosa@gmail.com>

Envio de documentos e pedido de autorizacao para nomear a instituicao

Anibal Cristão <catuca-presidente@hotmail.com>

29 de outubro de 2021 às 14:41

Para: "mhcpedrosa@gmail.com" <mhcpedrosa@gmail.com>

Boa tarde Exma. Sr.ª Enfermeira Helena Pedrosa

Em conformidade com o solicitado no e-mail de 28 de Outubro de 2021, de V. Ex.ª, na Direcção do Centro de Assistência à Terceira Idade de Coinalva e Arredores (CATICA), informa, que:

Autoriza-se, permite-se, seja referida a nomeação, desta PSS no Relatório de V. Ex.ª, em qualquer divulgação pública.

Respeitosamente,
Com os melhores cumprimentos e consideração,
O PRESIDENTE DA DIRECÇÃO DO CATICA
Anibal Cristão
Tenente Coronel

Enviado do Outlook

Anexo IX. Parecer da Comissão de Ética da Saúde da ARS LVT

Exma. Senhora

Dr.ª Helena Pedrosa

mhopedrosa@gmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

41/CES/2020

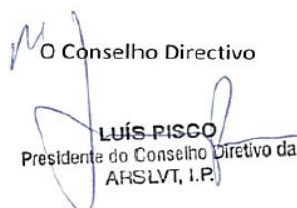
Assunto: Capacitação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário: projeto de intervenção comunitária.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 08.01.2021, o projecto mencionado em epígrafe, 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 Directivo da
ARSLVT, I.P.

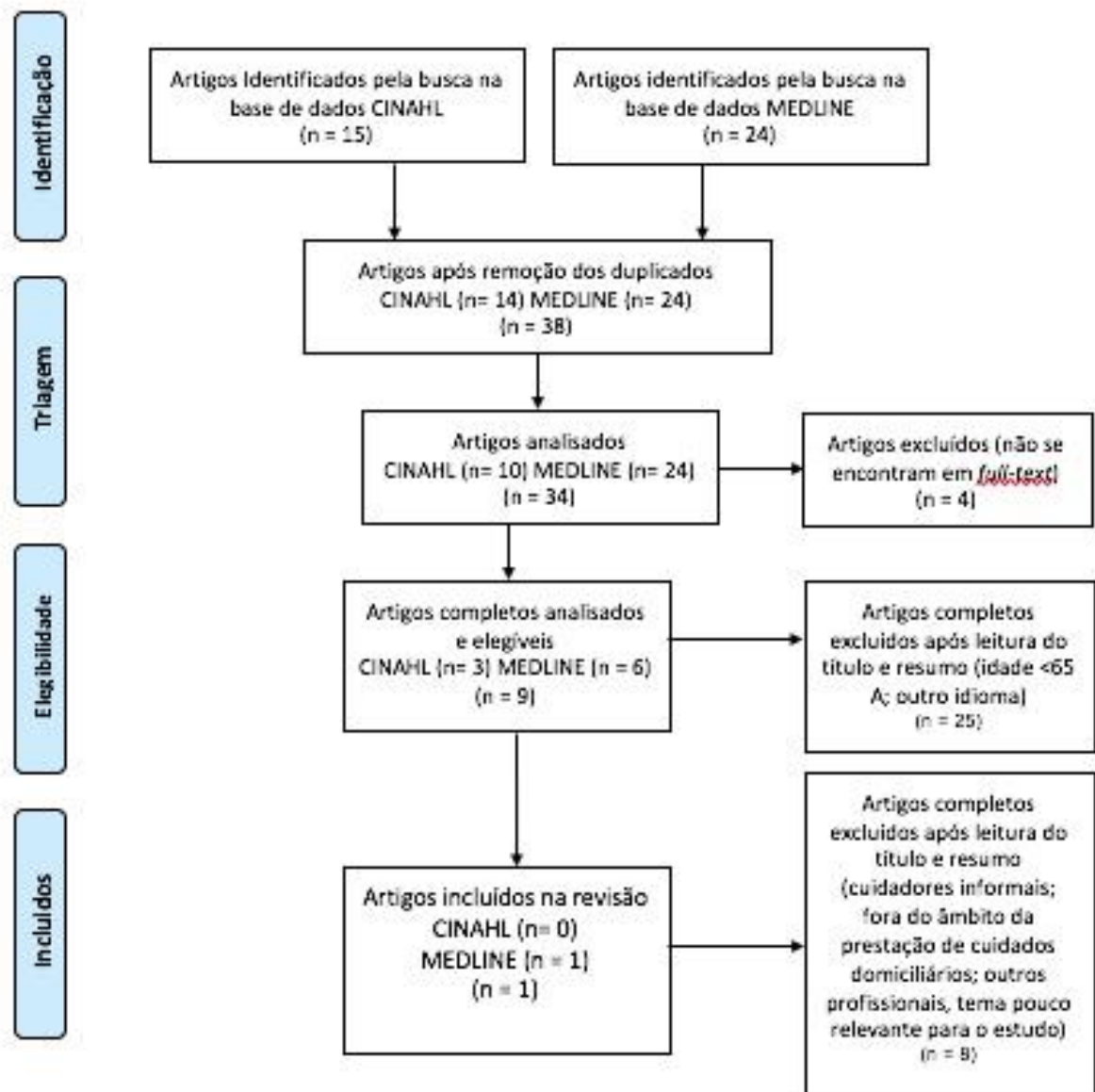
Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

APÊNDICES

Apêndice I. PRISMA *Flow Diagram*



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339: b2532. doi:10.1136/bmj.b2532

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

Apêndice II. Scoping Review

REVISÃO SCOPING (contributo para o enquadramento teórico)

Capacitação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário: uma revisão de *scoping*.

RESUMO

Segundo o *Joanna Briggs Institute* (2015) uma *Scoping Review* é necessária para fazer o mapeamento do que tem sido produzido de investigação ou evidência existente, de forma a perceber o que já existe e as lacunas de conhecimento sobre determinados temas ou assuntos. Neste caso, os estudos que existem sobre: “Necessidades de formação dos cuidadores formais que prestam cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário. Este mapeamento foi realizado, no dia 04 de julho de 2020 através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO Host e nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete. Foram incluídos artigos em língua inglesa, com texto completo, num total de 9 artigos, mas após leitura do resumo apenas consideramos 1.

Salientamos escassa pesquisa publicada, refletindo-se assim a pertinência deste projeto.

Para a realização da revisão de literatura e, posterior, fundamentação teórica do Projeto de Intervenção Comunitária, foi realizada a revisão *scoping*, como metodologia investigativa, de acordo com o *The Joanna Briggs Institute*, 2015. É importante tomar conhecimento das mais variadas publicações a nível da comunidade científica, sobre esta temática, que nos permita fundamentar a intervenção comunitária orientado para a capacitação de cuidadores formais.

Objetivo: mapear a evidência científica mais recente, bem como, aprofundar conhecimentos sobre as estratégias/intervenções comunitárias implementadas neste contexto, sobre este tema.

Tema:

- Capacitação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário: um projeto de intervenção comunitária.

Questão de Pesquisa:

“Os cuidadores formais dos SAD (Serviços de Apoio Domiciliário) da resposta social do concelho do Barreiro, que prestam cuidados a idosos dependentes, apresentam necessidades de formação? Se sim, em que temas?”

De acordo com o JBI (2015) para uma revisão *scoping* é necessário definir a mnemónica PCC.

P - População – Cuidadores formais dos SAD, da ação social do concelho do Barreiro (Santa Casa da Misericórdia, CSPPAM, CSPSA, CATICA) que prestam cuidados a idosos dependentes no seu domicílio.

C - Conceitos – idoso; idoso dependente; formação; capacitação; competências; necessidades formação; cuidados domiciliários.

C - Contexto – comunitário/domicílio.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é, atualmente, um conceito gerador de uma grande preocupação na sociedade portuguesa e Portugal é um dos países com a população mais envelhecida do espaço europeu (Rosa, 2016). Emerge, assim, a necessidade de, tanto os serviços de saúde, como os outros profissionais que lidam com a população idosa se mostrarem preparados, não só para dar resposta às necessidades específicas das pessoas nesta faixa etária, tendo em conta os determinantes sociais da saúde, mas também, para encontrar e promover o seu bem-estar.

O envelhecimento pode ser individual, mas também populacional que é o que se verifica ao nível da sociedade, região ou país. Em Portugal, considera-se idoso, a pessoa com mais de 65 anos.

Segundo a OMS (1999, 2015) “O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida”. (ENEAS, 2017).

Como consequência do envelhecimento populacional há cada vez mais necessidade de profissionais que auxiliem os idosos e famílias nesta sua fase de vida. Cada vez se encontram mais dependentes com limitações físicas e com famílias que devido á

evolução da sociedade moderna, não conseguem prestar-lhes os cuidados e apoio que necessitam.

Define-se cuidador formal aquele que tem uma formação específica para os cuidados que presta e, geralmente, é remunerado” (Guerra et al, 2007).

Uma vez que os cuidadores formais muitas vezes não tem formação inicial específica é necessário uma constante e adequada formação e capacitação. Apesar das instituições terem um plano de formação anual este muitas vezes não contempla a formação de que necessitam ou que sentem necessidade. É fundamental que se arranjem estratégias que potenciem a formação, capacitação e atualização como forma de responder as reais necessidades desta população idosa muitas vezes negligenciada.

Assim, procedeu-se a uma revisão scoping da literatura, com vista a mapear e aprofundar conhecimentos sobre as estratégias/intervenções implementadas neste contexto, sobre este tema e com enfoque nestas idades.

Palavras-Chave: cuidadores formais, capacitação, necessidades formação, idosos dependentes, domicílio.

2. METODOLOGIA

A metodologia adotada foi a pesquisa através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO Host, através da ligação vpn –ESEL, nas bases de dados CINAHL® Complete Subject Headingse e MEDLINE Complete.

Ambas utilizam um conjunto de termos de assunto, a indexação MeSH (Medical Subject Headings) e a última (MEDLINE) MeSH em árvore. Este mapeamento foi realizado, no dia 04 de julho de 2020.

A pesquisa foi realizada de acordo com o protocolo da JBI (2015) para *scoping review* pesquisando primeiro em cada uma das bases de dados os termos naturais em inglês de acordo com as palavras-chave. Em seguida os termos indexados em cada uma das bases de dados. Posteriormente aplicaram-se os operadores booleanos, “OR” entre termos do mesmo conceito e “AND” entre os conceitos diferentes e os diferentes componentes da mnemónica.

Os termos pesquisados foram: formal caregiver, home health aides, training needs, information needs, needs assessment, competencies evaluation, health literacy

capacitation, skills, home care, dependent elderly people, aged, 80 more, frailty elderly, home, residence. Conforme quadro 1.

Na pesquisa efetuada, foram obtidos 15 artigos na *CINAHL* e 24 artigos na *MEDLINE*.

Quadro 1 – Termos utilizados na pesquisa

PCC	Termos	Termos naturais	Termos Indexados CINAHL	Termos Indexados MEDLINE
População	Cuidador formal	Formal caregiver	Formal caregiver	Formal caregiver
	Assessores de saúde em casa	_____	MH "Home Health Aides")	_____
Conceito	Necessidades de Formação	Training needs	Training needs	Training needs
	Necessidades de informação	Information Needs	MH "Information Needs"	MH "Information Needs"
	Avaliação das necessidades	Needs assessment	MH "Needs Assessment"	Needs assessment
	Avaliação de competências	Competencies evaluation	Competencies evaluation	Competencies evaluation
	Literacia em saúde	Health Literacy	MH "Health Literacy"	MH "Health Literacy"
	Idosos dependentes	Dependent elderly people	Dependent elderly people	Dependent elderly people
	idoso	aged	aged	aged
		80 more	80 more	80 more
		_____	Frailty elderly	Frailty elderly
	Cuidados domiciliares	Home care	Home care	Home care

	Capacitação	Capacitation	Capacitation	Capacitation
	Competências	Skills	Skill acquisition	Skills
Contexto	Domicílio	Home	Home	Home
		Residence	"residence"	residence

Critérios de Inclusão e Exclusão

A partir da mnemónica PCC foram identificados os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão:

Os critérios de inclusão definidos, na sua globalidade: todos os artigos com resumo disponível e texto completo e não colocámos limite temporal.

População: incluir todos os estudos que contemplem, cuidadores formais de serviços de apoio domiciliário ou similares;

Conceito: todos os estudos que refiram pessoas com mais de 65 anos; necessidades, capacitação, competências, formação (relativas aos cuidadores formais);

Contexto: todos os estudos que se refiram ao contexto domiciliar

Critérios de Exclusão:

Excluem-se todos os estudos que estejam repetidos, que não estejam disponíveis em texto integral (*full text*). Pela relevância de alguns estudos, ainda pesquizei noutros motores de busca para ver se encontrava o artigo em texto integral, mas alguns só disponibilizavam mediante pagamento.

População: excluem-se todos os estudos com cuidadores informais/familiares e que se refiram a outros profissionais;

Conceito: excluem-se os estudos que sejam noutro idioma, sem ser inglês, francês, português ou espanhol, que abordem outras temáticas que não as dos conceitos, e que prestem cuidados a pessoas com idade inferior a 65 anos;

Contexto: excluem-se todos os estudos que não sejam em contexto domiciliar (excluídos em contexto institucional).

Extração dos Dados e Apresentação dos Resultados

Após a pesquisa foram obtidos 39 artigos (15 artigos na base de dados *CINAHL* e 24 artigos na base de dados *MEDLINE*). Destes 39 artigos, 1 foi excluído por se encontrar duplicado e 4 por não se encontrarem em *full text*. Dos restantes artigos aplicando os filtros da pesquisa com os critérios de inclusão e exclusão idade e idioma, ficámos apenas com 9. Desses 9, aplicados novamente os critérios de inclusão e exclusão, apenas com a leitura do título e resumo, ficámos apenas com 1 texto elegível. Dos motivos de exclusão destacam-se a temática não estar direccionada para a pretendida, referirem-se a cuidadores informais e serem estudos com outros profissionais.

Os resultados encontrados e a respetiva seleção dos artigos estão esquematizados no Prisma *Flow Diagram*, representado pela Figura 1.

A extração dos resultados desta revisão *scoping*, apresenta-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Extração de resultados

Título	Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition. Experiências de assistentes domiciliares que prestam assistência social a idosos: um contexto em transição.
Autor(es)	Craftman, ÅG.; Grundberg, Å.; Westerbotn M.
Ano/Local	2018/Suécia
Tipo de Estudo	Estudo descritivo, qualitativo.
Objetivo	Descrever as experiências dos assistentes de cuidados domiciliares (HCA) ao prestar assistência social nos próprios lares de idosos.
Grupo-alvo (nº Participantes)	19 participantes de 4 instituições urbanas
Intervenção e duração	Abril-Maio 2011
Instrumento/ método colheita de dados e conteúdo	Entrevistas em grupos focais e análise de conteúdo.
Aleatório ou não?	Não. Voluntarias
Resultados/ Conclusões	Certos pré-requisitos são necessários para permitir que o pessoal auxiliar não licenciado realize um bom trabalho; eles também precisam receber a afirmação de que são uma força de trabalho crucial na execução de tarefas multifacetadas. Para melhorar e manter os fatores de atração do trabalho de assistência social, é crucial esclarecer como as necessidades dos idosos influenciam a relação de cuidados diários.
Recomendações	Como existe uma falta de pesquisa de responsabilidades dos assistentes de cuidados domiciliares e colaboração com profissionais de saúde, são necessários estudos adicionais para explorar o seu papel, particularmente no cuidado e na necessidade de enfermagem para idosos residentes em casa. Pessoas com necessidades complexas. Também precisamos de uma melhor compreensão do mapeamento e da “natureza” dos “trabalhos de HCAs” e “suas habilidades”, “para focar” nos fatores, tais como competências que possam impactar em onde e como eles funcionam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde (DGS) (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025- Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº12427/2016).

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017). Projeções de População Residente 2015-2080.

JBÍ (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement. The Joanna Briggs Institute. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

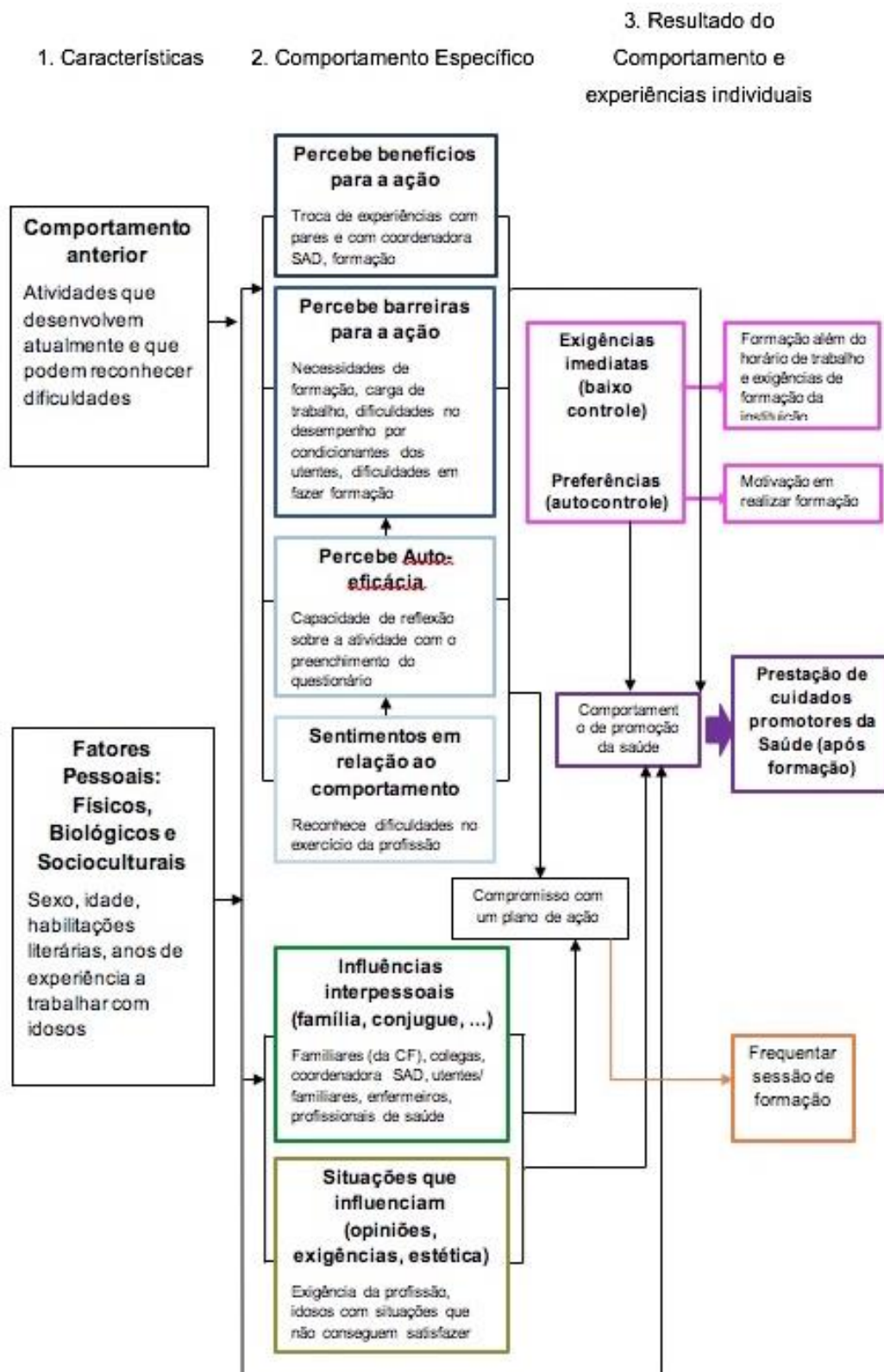
Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015). Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=73DBC64818AED485E1E8008411A8D637?sequence=6

Rosa, M (2016). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-8819-64-2.

**Apêndice III. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola
Pender (2015) adaptado ao estudo.**



Fonte: retirado e adaptado de Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7th Edition. Pearson

Apêndice IV. Instrumento de colheita de dados: Questionário

☐

Questionário - Identificação de Necessidades de Formação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário

Este questionário faz parte de um de um projeto subordinado ao tema "Capacitação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário: um projeto de intervenção comunitária", conduzido por Maria Helena Carvalheira Pedrosa, mhapedrosa@gmail.com, TM: 913420203, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na ESEL. Tem como objetivo identificar as necessidades de formação dos cuidadores formais, dos Serviços de Apoio Domiciliário das IPSS do concelho de Barreiro, que prestam cuidados a idosos dependentes no seu domicílio.

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

Agradeço, desde já, o seu contributo!

Parte A - Caracterização Sociodemográfica
--

A1. Sexo:

1. ☐ Masculino 2. ☐ Feminino

A2. Idade: _____ anos.

A3. Habilitações Literárias:

1. ☐ 1º Ciclo
2. ☐ 2º Ciclo
3. ☐ 3º Ciclo
4. ☐ Ensino Secundário
5. ☐ Curso Técnico-profissional Qual? _____
6. ☐ Curso Superior Qual? _____

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

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

A5. Há quanto tempo trabalha nesta área? _____ anos.

v.s.f.f.

Parte B – Avaliação das Necessidades de Formação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário					
Indique de 1 a 5 o grau de dificuldade com que desempenha as seguintes funções: (sendo 1 "sem dificuldade" e 5 "tenho sempre dificuldade")					
Atividades Desenvolvidas	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
	1	2	3	4	5
B1. Higiene e Conforto					
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	1	2	3	4	5
7. Adequação do vestuário ao ambiente	1	2	3	4	5
8. Vestir e despir	1	2	3	4	5
9. Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé)	1	2	3	4	5
10. Utilização de equipamentos adaptativos (andador, bengala, cadeira de rodas)	1	2	3	4	5
B2. Alimentação					
1. Preparação de alimentos	1	2	3	4	5
2. Alimentação oral (por colher)	1	2	3	4	5
3. Alimentação por sonda nasogástrica	1	2	3	4	5
4. Alimentação por PEG	1	2	3	4	5
5. Administração de líquidos	1	2	3	4	5
6. Adequar a consistência dos alimentos à necessidade da pessoa	1	2	3	4	5
7. Despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação	1	2	3	4	5
B3. Eliminação					
1. Colocação de fralda	1	2	3	4	5
2. Cuidados ao utente algaliado	1	2	3	4	5
3. Cuidados ao utente com dispositivo urinário	1	2	3	4	5
4. Características da urina e das fezes	1	2	3	4	5
5. Despiste de possíveis problemas de eliminação	1	2	3	4	5

v.s.f.f

Atividades Desenvolvidas	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
	1	2	3	4	5
B4. Autonomia					
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					
1. Utilizar equipamento de proteção individual (luvas, avental)	1	2	3	4	5
2. Lavagem das mãos	1	2	3	4	5
3. Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas...)	1	2	3	4	5
4. Identificação e prevenção de condicionantes de queda do utente	1	2	3	4	5
5. Despiste de toma de medicamentos desadequada	1	2	3	4	5
6. Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga...)	1	2	3	4	5
7. Como proceder em situações de urgência/emergência	1	2	3	4	5
8. Medidas COVID-19	1	2	3	4	5
B6. Comunicação					
1. Comunicar com o utente com limitações da fala	1	2	3	4	5
2. Comunicar com o utente com limitações na visão e audição	1	2	3	4	5
3. Interação e cordialidade com a família do utente	1	2	3	4	5
4. Resolução de conflitos interpessoais	1	2	3	4	5
5. Interagir com afetividade, compreensão e humanidade	1	2	3	4	5
6. Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga, ...)	1	2	3	4	5
Parte C - Opinião dos Cuidadores Formais sobre a importância da formação na sua atividade profissional					

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

1. ☐ Sim 2. ☐ Não

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

- 1º _____
 2º _____
 3º _____

Muito obrigada pela sua participação!

Apêndice V. Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Foi convidado(a) a participar num estudo de investigação científica conduzido por Maria Helena Carvalheira Pedrosa, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação do Sr. Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa, com o tema: “Capacitação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário: uma intervenção comunitária”

Este estudo tem como objetivo:

- **identificar as necessidades de formação dos cuidadores formais**, dos Serviços de Apoio Domiciliário das instituições da Rede Solidária, do concelho do Barreiro, que prestam cuidados a idosos dependentes no seu domicílio.

Com o crescente aumento da população idosa e da sua longevidade surgem muitas doenças crónicas não transmissíveis que se tornam incapacitantes para os idosos. Vários estudos referem ser preferível que os idosos se mantenham no seu domicílio, mas para tal necessitam de ajuda ou mesmo de quem os substitua na satisfação das suas necessidades básicas. Quem presta estes cuidados, são os cuidadores formais e muitas vezes sentem necessidade de formação específica.

Para que possamos intervir necessitamos identificar quais as áreas em que os cuidadores formais apresentam mais necessidades de formação e para tal necessitamos da sua colaboração, respondendo a um questionário. A sua participação é voluntária. Por favor, leia com atenção a informação que se segue e se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita pedimos-lhe que assine este documento, no final.

Participação: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar neste estudo, em qualquer momento poderá recusar a sua participação sem que lhe traga qualquer tipo de prejuízo. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não vai afetar a relação atual ou futura com os enfermeiros.

Procedimento: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado o preenchimento de um questionário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. Solicito o seu preenchimento na totalidade para que o seu questionário seja válido. O questionário será preenchido por cada um de vós e os dados recolhidos servirão para caracterizar a população e identificar as áreas em que os cuidadores formais sentem mais necessidades de formação.

Riscos e Benefícios de participar no estudo: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir a excelência dos cuidados à população idosa.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim

como a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos a este e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Declaração de Consentimento

Estudo sobre “Capacitação dos Cuidadores Formais dos Serviços de Apoio Domiciliário: uma intervenção comunitária”.

Agradeço desde já a sua participação.

Enfermeira Helena Pedrosa

Telemóvel para contato: 913 420 203

Email para contato: mpedrosa@campus.esel.pt

Assinatura da investigadora: _____

Assinatura do participante: _____

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

Nome: _____

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado, sendo uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

Apêndice VI. Cronograma

11

MESES E ANO ATIVIDADES	junho 2020	julho 2020	agos to 202 0	setem bra 2020	outubr a 2020	novem bra 2020	dezem bra 2020	janeiro 2021	fevereiro 2021	marco 2021	abril 2021	maio 2021	junho 2021	julho 2021	agos to 202 1	setem bra 2021	Outubro 2021
Estágio na USP/AS/ ACES AR																	
Primeiro contato informal com instituições parceiras																	
Pedido de Autorização às instituições parceiras																	
Pedido de autorização à autora do questionário																	
Pedido de autorização ao diretor ACES AR e coordenadora USP/AS																	
Pedido parecer/autorização Comissão de Ética Saúde																	
Aplicação dos questionários																	
Tratamento dos resultados e Diagnostico de Situação																	
Contato com as instituições para apresentação de resultados e marcar sessões formativas																	
Formação nas instituições																	
Avaliação																	
Divulgação dos resultados																	
Elaboração Relatório Final																	
Discussão Pública																	

**Apêndice VII. Identificação de todas as atividades desenvolvidas
com dificuldade**

Atividades desenvolvidas com dificuldade	Fi	F%
Posicionamento na cama	20	34,48
Banho na cama	11	18,97
Banho no chuveiro	7	12,07
Lavagem dos dentes e próteses dentárias	3	5,17
Higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	1	1,72
Avaliação da pele e seus cuidados	16	27,59
Adequação do vestuário ao ambiente	2	3,45
Vestir e despir	5	8,62
Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé)	23	39,66
Utilização de equipamentos adaptativos (andador, bengala, cadeira de rodas)	7	12,07
Preparação de alimentos	3	5,17
Alimentação oral (por colher)	2	3,45
Alimentação por sonda nasogástrica	28	48,28
Alimentação por PEG	31	53,45
Administração de líquidos	8	13,79
Adequar a consistência dos alimentos à necessidade da pessoa	10	17,24
Despiste de possíveis problemas relacionados com a alimentação	27	46,55
Colocação de fralda	1	1,72
Cuidados ao utente algaliado	10	17,24
Cuidados ao utente com dispositivo urinário	20	34,48
Características da urina e das fezes	20	34,48
Despiste de possíveis problemas de eliminação	24	41,38
Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue	3	5,17
Reforçar/elogiar as conquistas de autonomias nas mais variadas áreas	1	1,72
Utilizar equipamentos de proteção individual (luvas, avental)	1	1,72
Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas, ...)	2	3,45
Identificação e prevenção de condicionantes de queda do utente	11	18,97
Despiste de toma de medicamentos desadequada	17	29,31
Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga, ...)	9	15,52
Como proceder em situações de urgência/emergência	9	15,52
Medidas COVID-19	16	27,59
Comunicar com o utente com limitações da fala	15	25,86
Comunicar com o utente com limitações na visão e audição	15	25,86
Interação e cordialidade com a família do utente	3	5,17
Resolução de conflitos interpessoais	8	13,79
Interagir com afetividade, compreensão e humanidade	2	3,45
Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga, ...)	10	17,24

**Apêndice VIII. Apresentação dos gráficos das dificuldades das CF
por áreas**

Gráfico 6. Dificuldades na Higiene e Conforto

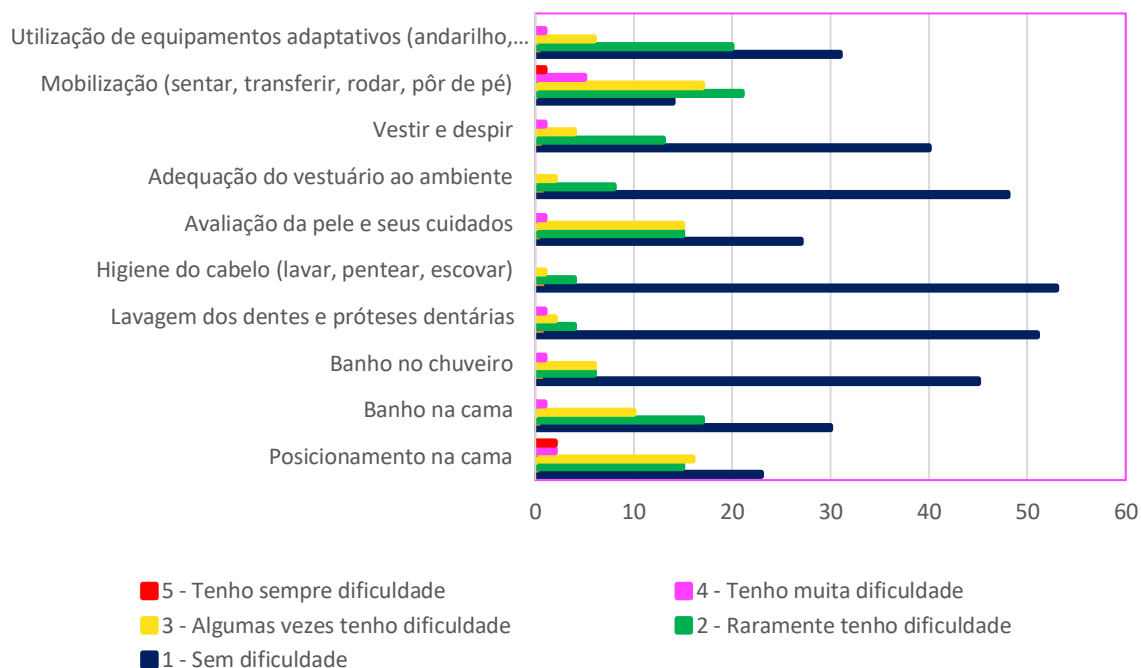


Gráfico 7. Alimentação

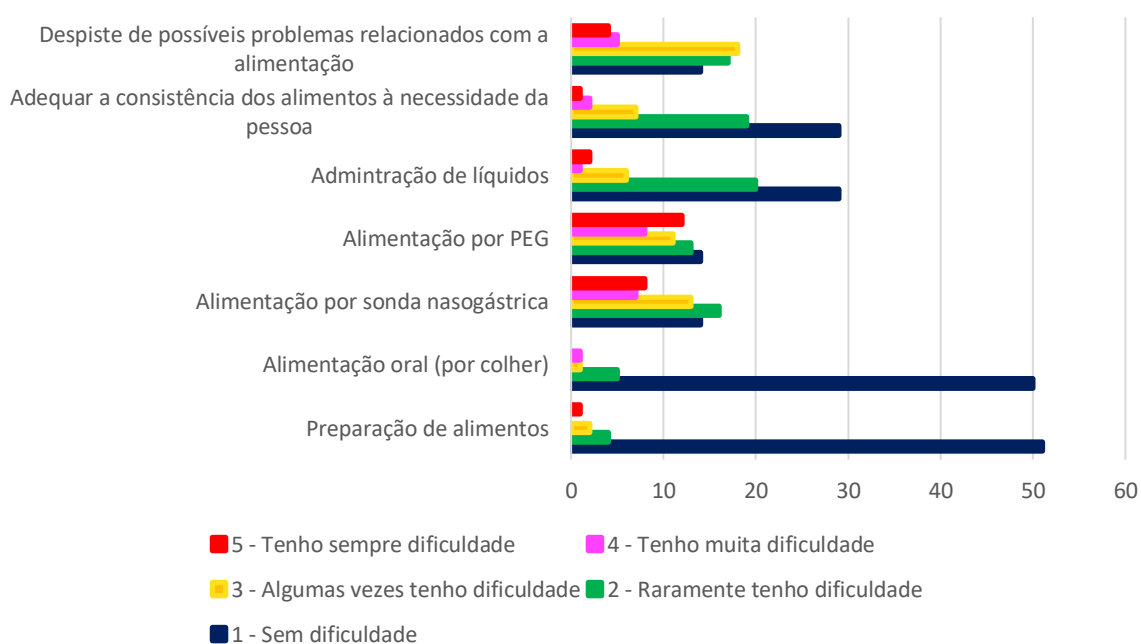


Gráfico 8. Eliminação

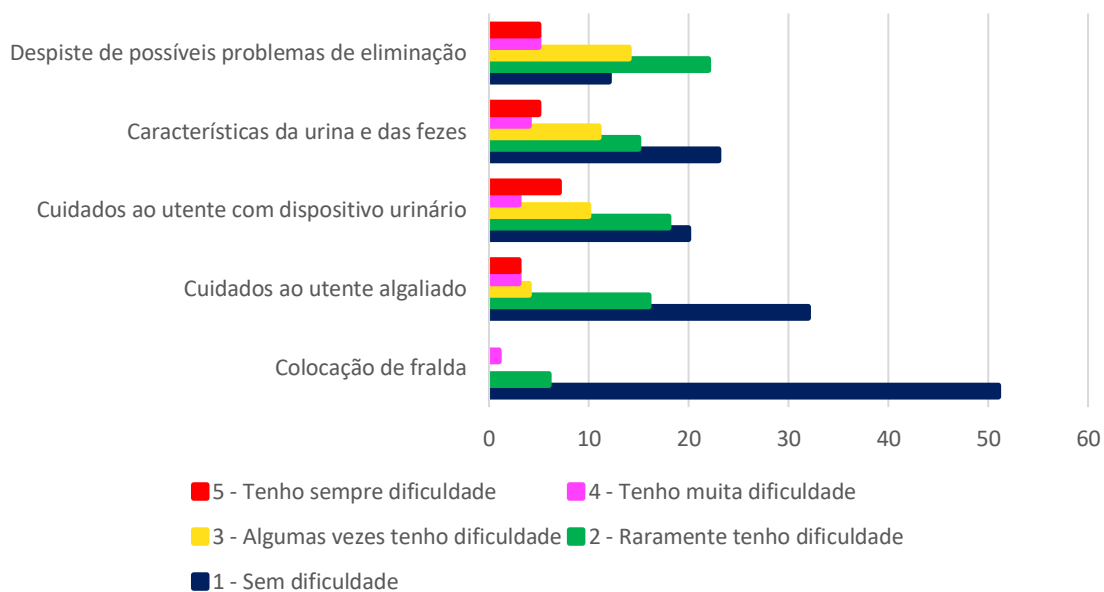


Gráfico 9. Autonomia

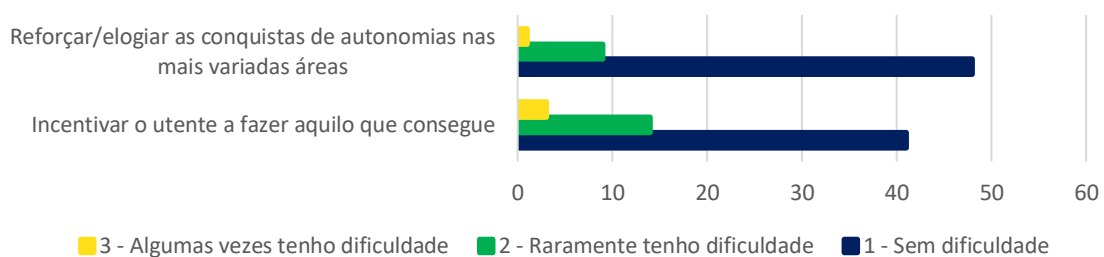


Gráfico 10. Segurança

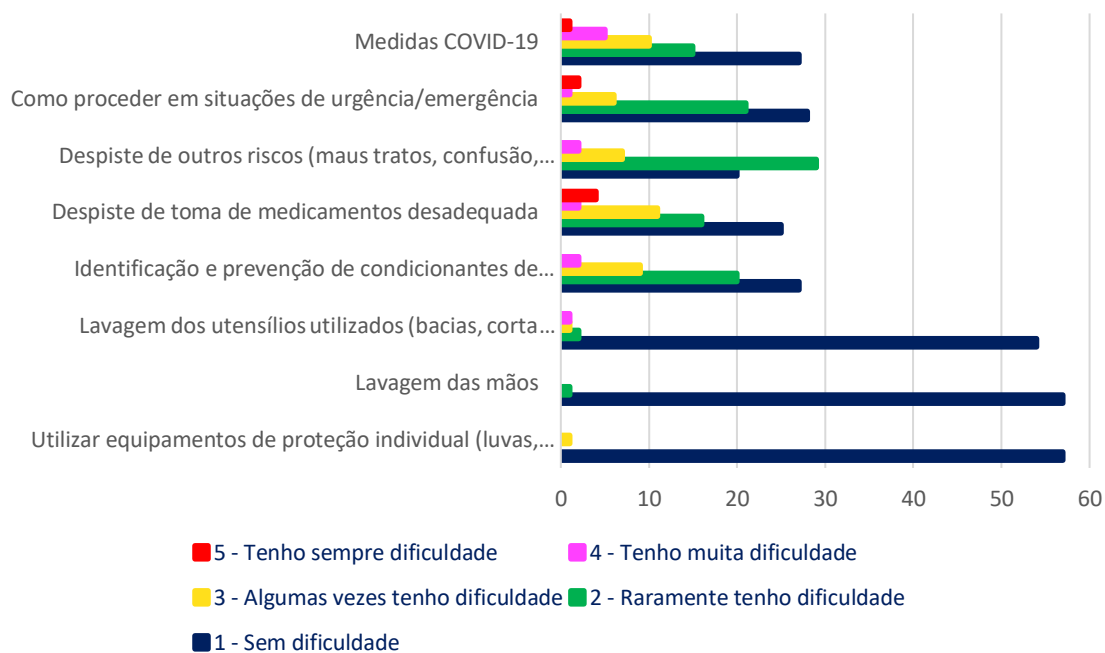
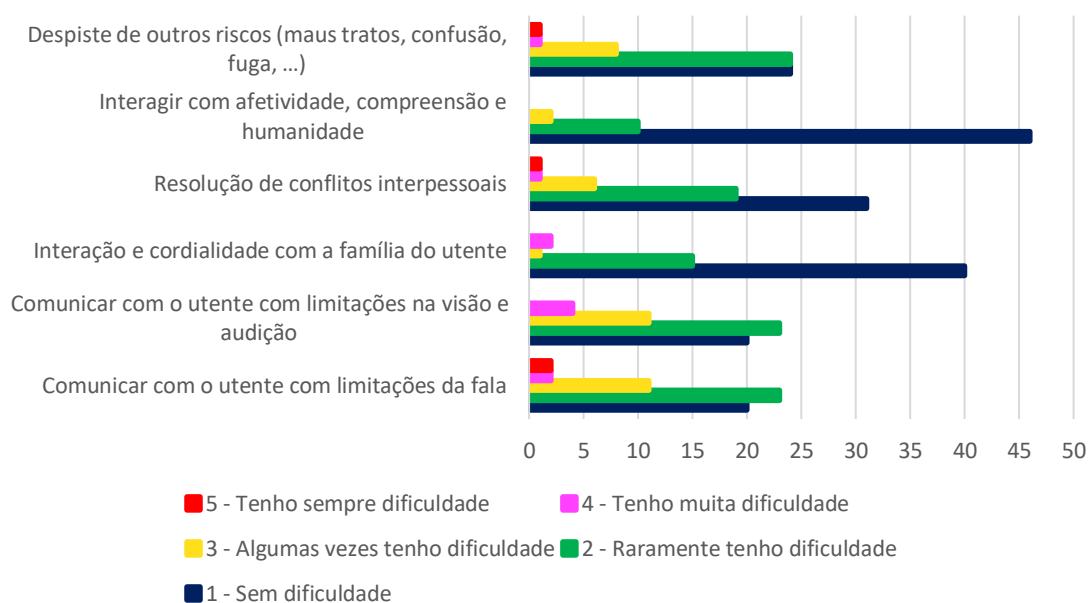


Gráfico 11. Comunicação



**Apêndice IX. Temas que as CF gostariam de ver abordados em
futuras ações de formação**

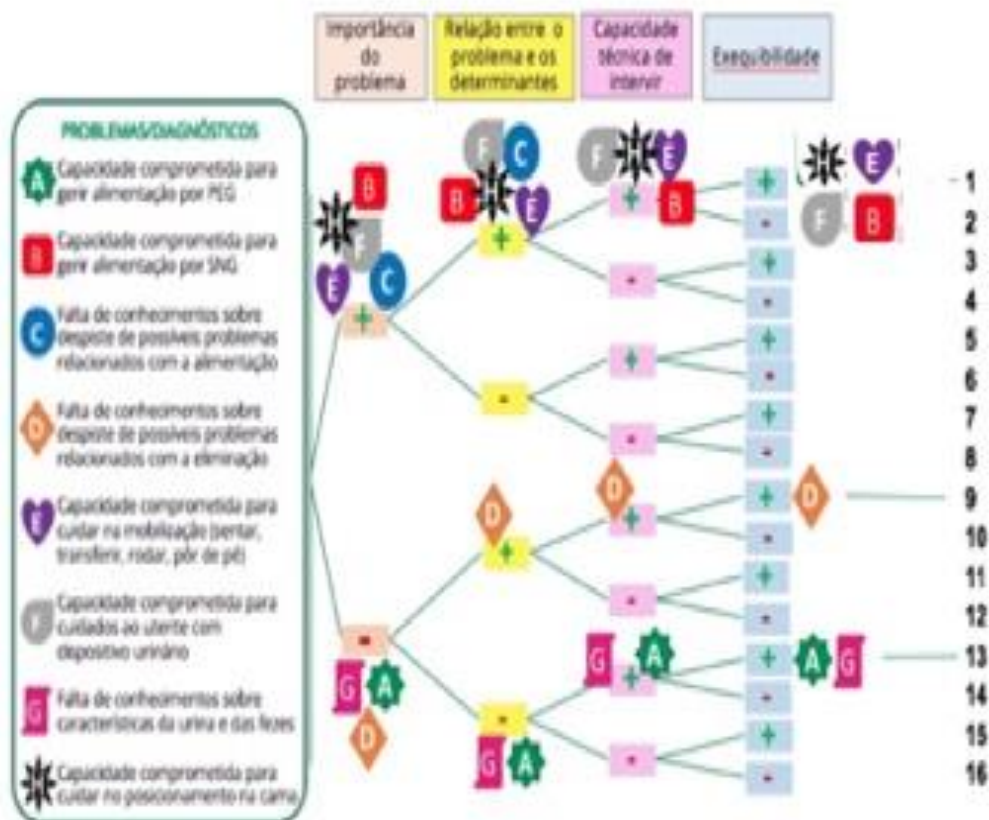
CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO (UR)	Nº UR (n=138)
Higiene e Conforto <i>(fi 43)</i> 31,16%	Banho <i>(fi 6)</i>	“higiene e conforto” Q9, Q17, Q20, Q21	4
		“banho na cama” Q14	2
		“banho em local não adequado” Q8	
	Posicionamento do utente e Mobilização (sentar, transferir, rodar, por de pé) <i>(fi 30)</i> 21,76%	“posicionamento do utente” Q1, Q3, Q14, Q30, Q43	30
		“postura de posicionamento para higiene em acamados” Q51	
		“levantes e posicionamentos” Q41	
		“prevenção de úlceras e posicionamentos” Q24	
		“mobilização de utentes acamados” Q19	
		“mobilização” Q8, Q54	
		“levantar” Q9	
		“fazer levantares” Q4, Q6, Q13	
		“posicionamentos, transferências para a cadeira” Q10	
		“levantar e Transferências” Q28, Q43	
		“mobilização e transferir o utente” Q34	
		“transferência dos utentes” Q3	
		“ajudas técnicas para mobilizar utentes” Q19	
		“fazer transferência de utentes com tábua” Q28, Q48	
		“levantar o utente acamado” Q60	
		“mobilizar doentes pesados” Q12	
		“mecânica corporal” Q24	
		“postura da auxiliar” Q1, Q5	
		“nossa postura (da CF)” Q3, Q10	
	Avaliação da pele e seus cuidados <i>(fi 7)</i>	“tratamento de escaras e feridas” Q7, Q16;	7
		“tratamento de feridas” Q19;	
		“tratamento de feridas e lesões da pele” Q48	
		“penso de escaras” Q12	
		“cuidado de ferimentos graves” Q26	

		“avaliação de escaras” Q14	
Alimentação (fi 34) 24,64%	Alimentação por sonda nasogástrica e por PEG (fi 31) 22,46%	“alimentação por sonda nasogástrica” Q7, Q18, Q38, Q39, Q55, Q30, Q33	31
		“formação na área da alimentação (sonda)” Q49	
		“cuidados com SNG” Q29	
		“alimentação por sonda nasogástrica e alimentação por PEG” Q8, Q28, Q29, Q41, Q46, Q47, Q48, Q49, Q53,	
		“alimentação por PEG” Q7, Q16, Q18, Q30, Q31, Q32, Q34, Q35, Q37, Q38, Q39, Q40, Q42	
	Alimentação (fi 3)	“alimentação” Q22, Q23, Q57	3
Eliminação (fi 8) 5,80%	Cuidados ao utente referentes a eliminação e dispositivo urinário (fi 8)	“cuidados ao utente com dispositivo urinário” Q16	8
		“colocar "arregália" Q29	
		“eliminação” Q17, Q22, Q23, Q56, Q57	
		“despiste de possíveis problemas de eliminação” Q18	
Autonomia (fi 1) 0,72%	Promoção da autonomia do utente (fi 1)	“reforçar e elogiar as conquistas de autonomia” Q59	1
Segurança (fi 41) 29,71%		“segurança” Q7, Q17, Q20	3
	Prevenção de quedas em idosos (fi 1)	“Identificação e prevenção de condicionantes de queda do utente” Q11	1
	Despiste de outros riscos (maus tratos, confusão, fuga, ...) (fi 2)	“maus-tratos” Q50; “despiste de maus-tratos” Q58	2

	Procedimentos em situações de urgência e emergência (fi 12) 8,7%	“saber o tratamento adequado quando utente vem com intervenções do Hospital” Q51	12
		“primeiros socorros” Q25, Q29, Q44, Q49, Q53, Q54	
		“como proceder em caso de emergência”, “como proceder em situações de urgência e emergência” Q5, Q33, Q57	
		“reanimação cardiorrespiratória” Q12	
		“engasgamento” Q46	
	COVID – 19 e doenças infetocontagiosas (fi 11) 7,97%	“COVID – 19” Q2, Q13, Q23, Q36, Q39, Q47, Q59, Q60	11
		“cuidados com utentes infecto-contagiosos” Q13; “cuidados a ter em contato com pessoas infecto-contagiosas” Q60	
		“controle infeção” Q24	
	Cuidados ao utente com doença respiratória (fi 1)	“problemas respiratórios” Q40	1
	Cuidados ao utente com Diabetes (fi 4)	“diabetes” Q36; “valores Diabetes” Q37, Q26; “manusear canetas de diabetes” Q4	4
	Cuidados ao utente com Demências (fi 3)	“pessoas com Alzheimer” Q4; “demência e Alzheimer” Q38; “sobre a doença de Alzheimer” Q47	3
	Cuidados ao utente idoso (fi 4)	“doenças comuns num idoso” Q51; “reforço na formação sobre os cuidados ao Idoso” Q49; “curso de geriatria” Q15; “noções na área de enfermagem” Q15	4
	Interação e	“gestão de conflitos” Q44;	5

Comunica- ção (fi 12) 8,70%	cordialidade com a família do utente (fi 5)	“resolução de conflitos” Q54	
		“formação para que as famílias respeitassem as ajudantes de ação direta em todas as áreas” Q5	
		“interação e cordialidade com a família do utente” Q11, Q58	
	Interagir com afetividade, compreensão e humanidade (fi 5)	“interagir com afetividade, compreensão e humanidade” Q33, Q59	5
		“interação com os idosos (afetividade, humanidade)” Q50	
		“despiste de outros riscos” Q11; “despiste de riscos” Q22	
	Comunicar com o utente com limitações da fala (fi 2)	“entender pessoas com limitação da fala” Q26	2
		“terapia da fala” Q44	

**Apêndice X. Problemas priorizados pelo método de Grelha de
Análise**



Fonte: Adaptado de Pineault e Daveluy (1986) citado por Tavares (1990, p. 89).

Apêndice XI. Cronograma de Atividades

Atividades	Semanas	Março 15/19	Março 22/26	Março 29/2Ab	Abril 5/9	Abril 12/16	Abril 19/23	Abril 26/30	Maio 3/7
Agendamento de reunião com coordenadora do SAD de cada IPSS para divulgação dos dados do questionário e parecer sobre priorização						X			
Reunião com enfermeiro especialista em saúde comunitária da USPAS (perito)		X							
Reunião com coordenadora do SAD de cada IPSS para divulgação dos resultados, parecer e agendamento de sessão de formação;						X			
Entrega de poster para divulgar sessão de formação em cada IPSS							X		
Preparação pedagógica de conteúdos					X	X			
Sessões Formativas							X	X	
Avaliação								X	X
Divulgação dos Resultados (Diretor ACES, Conselho Clínico ACES, Coordenadora USPAS)									X

Apêndice XII. Planejamento Pedagógico da Sessão de Formação

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

População-alvo: Ajudantes de Ação Direta do Serviço de Apoio Domiciliário do CSPPAM, do CSPSA, do CSSA e do CATICA, que prestam cuidados a idosos dependentes no domicílio.

Tema: Cuidados ao utente na mobilização, posicionamento e transferência.

Local: Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes, Centro Social e Paroquial de Santo André, Centro Social de Santo António, Centro de Assistência à Terceira Idade de Coima e Arredores

Datas: 22/04/2021, 23/04/2021, 27/04/2021, 28/04/2021 e 29/04/2021

Duração: 60 minutos

Formadora: Helena Pedrosa

Finalidade da formação: aquisição de conhecimentos sobre mobilização, posicionamento e transferência, que permita às cuidadoras prestarem cuidados competentes ao idoso dependente no domicílio.

Objetivo andragógico geral: aprofundar conhecimentos sobre mobilização, posicionamento e transferência do idoso dependente no domicílio

Identificação dos objetivos específicos e os seus domínios

OBJETIVO ESPECÍFICO	DOMÍNIO
Descrever os conceitos e as técnicas de mobilização, posicionamento e transferência.	Cognitivo
Identificar as ajudas técnicas disponíveis para a mobilização, posicionamento e transferência.	Cognitivo
Demonstrar as técnicas de mobilização, posicionamento e transferência adotando mecânica corporal correta.	Psicomotor e Afetivo
Avaliar competências adquiridas e a satisfação das formandas com a sessão de formação	Cognitivo, Psicomotor e Afetivo

Etapas	Conteúdo	Domínio	Método	Técnica	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e objetivos da sessão	Cognitivo Afetivo	Expositivo; Interativo	Apresentação de suporte digital (PowerPoint);	Humanos: enfermeira mestrandia; Materiais: computador e projetor	3,39 minutos
Desenvolvimento	Definições de mobilidade, posicionamento e transferência; Princípios básicos aplicados às técnicas de mobilização, transferência e posicionamentos; Técnicas de mobilização, transferência e posicionamento; Aspectos práticos e mecânica corporal adotada nas transferências; Apresentação de ajudas técnicas; Apresentação de um filme sobre "Como levantar uma pessoa acamada";	Cognitivo; afetivo psicomotor;	Expositivo; Interativo; Demonstrativo;	Apresentação de suporte digital (PowerPoint e filme "Como levantar uma pessoa acamada"); Demonstração das técnicas (posicionamento e transferência); Interação sobre situações vivenciadas na prática profissional com partilha de experiências vivenciadas pelas formandas.	Humanos: enfermeira mestrandia; Materiais: computador, projetor e ajudas técnicas: tabua, de transferência, maca/mesa, 6 almofadas, cadeira de rodas	20 minutos + 1,21 minutos
Conclusão	Resumo dos pontos principais a reter e esclarecimento de dúvidas com casos do quotidiano	Cognitivo e afetivo	Expositivo; Interativo; Interrogativo	Esclarecimento de dúvidas às questões colocadas pelas formandas.	Humanos: enfermeira mestrandia; Materiais: computador e projetor	10 minutos
Avaliação	Avaliação dos conhecimentos teórico-práticos e da sessão	Psicomotor; cognitivo e afetivo	Demonstrativo e Interativo	Interação, supervisão e avaliação da aquisição de competências através da demonstração realizada pelas formandas; Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos adquiridos e avaliação de satisfação da sessão de formação	Ajudas técnicas; Questionário	15 minutos + 10 minutos

**Apêndice XIII. Cronograma da realização das Sessões de Formação
e número de participantes.**

IPSS	Data e hora da realização da sessão de formação	Número de participantes
Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes	22/04/2021 – 14h	8
	27/04/2021 – 14h	13
	29/04/2021 – 14h	12
Centro Social e Paroquial de Santo André	23/04/2021 – 13:30h	12
Centro Social de Santo António	28/04/2021 – 18h	7
Centro de Assistência à Terceira Idade de Coima e Arredores	28/04/2021 – 14:30h	13

Apêndice XIV. Divulgação das Sessões de Formação

USPAS ESEL

Sessão de Formação

Mobilização, Posicionamento e Transferência



Realiza-se
dia 22 de abril de 2021
às 14,00h

Destina-se a todas as Ajudantes de Ação Direta
Duração de 60 minutos
Local: Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes
Formadora: Helena Pedrosa (mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária)

NÃO FALTE!

USPAS ESEL

Sessão de Formação

Mobilização, Posicionamento e Transferência



Realiza-se
dia 27 de abril de 2021
às 14,00h

Destina-se a todas as Ajudantes de Ação Direta
Duração de 60 minutos
Local: Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes
Formadora: Helena Pedrosa (mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária)

NÃO FALTE!

USPAS ESEL

Sessão de Formação

Mobilização, Posicionamento e Transferência



Realiza-se
dia 29 de abril de 2021
às 14,00h

Destina-se a todas as Ajudantes de Ação Direta
Duração de 60 minutos
Local: Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes
Formadora: Helena Pedrosa (mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária)

NÃO FALTE!

USPAS ESEL

Sessão de Formação

Mobilização, Posicionamento e Transferência



Realiza-se
dia 23 de abril de 2021
às 13,30h

Destina-se a todas as Ajudantes de Ação Direta
Duração de 60 minutos
Local: Centro Social e Paroquial de Santo André
Formadora: Helena Pedrosa (mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária)

NÃO FALTE!

USPAS ESEL

Sessão de Formação Mobilização, Posicionamento e Transferência



**Realiza-se
dia 28 de abril de 2021
às 18,00h**

Destina-se a todas as Ajudantes de Ação Direta
Duração de 60 minutos
Local: Centro Social de Santo António
Formadora: Helena Pedrosa (mestranda em
Enfermagem de Saúde Comunitária)

NÃO FALTE!

USPAS ESEL CATICA

Sessão de Formação Mobilização, Posicionamento e Transferência



**Realiza-se
dia 28 de abril de 2021
às 14,30h**

Destina-se a todas as Ajudantes de Ação Direta
Duração de 60 minutos
Local: CATICA
Formadora: Helena Pedrosa (mestranda em
Enfermagem de Saúde Comunitária)

NÃO FALTE!

**Apêndice XV. Folha de Registo de Presenças na Sessão de
Formação**



REGISTO DE PRESENÇAS DAS FORMANDAS

Tema da sessão: “Cuidados aos utentes na Mobilização, Posicionamento e Transferência”

Destinatárias: Ajudantes de Ação Direta do SAD do Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes

Formadora: Helena Pedrosa – Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária

Local: Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes

Data: 22 de abril de 2021 **Horário:** das 14:00h às 15:00h

Nome Completo	Assinatura

Data: ____/____/____

A formadora: _____

Apêndice XVI. Apresentação em *Power Point* da sessão formativa

CUIDADOS AO UTENTE NA MOBILIZAÇÃO, POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

Helena Pedrosa

Enfermeira Mestranda em Enfermagem Saúde Comunitária

1

Objetivos da Sessão

- Capacitar as AAD dos SAD para mobilizar, posicionar e transferir o idoso dependente no domicílio
- Desenvolver competências para prestar cuidados de excelência

2

Relevância do tema

Relatório Mundial da Saúde:

- é estimado que a inatividade física seja, por si só, responsável por 10-16% dos casos de Diabetes Mellitus
- de alguns tipos de cancro
- bem como por 22% dos casos de doença cardíaca isquémica
- estima-se ainda uma proporção de 5-10% de mortes atribuíveis à inatividade física

(OMS, 2002)

Metodologia adotada incluiu a revisão da literatura baseada na evidência científica e na reflexão baseada na experiência com a adoção do documento da OE (2013)

3

Mobilização

MOBILIDADE

- A alternância permanente entre a atividade e o repouso é uma condição fundamental da vida humana e a atividade fisiológica normal do organismo é assegurada através da mobilidade, sendo esta dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas,

Carinhas et al, (2013)
- Mobilização Ativa >> o próprio
- Mobilização Passiva >> com ajuda de outro

4

Mobilização

Alterações da mobilidade

Síndrome da imobilidade

Alterações e complicações nos vários sistemas:

- Sist. Respiratório >> Pneumonia
- Sist. Cardiovascular >> Formação de trombos
- Sist. Gastrointestinal >> falta de apetite, obstipação
- Sist. Urinário >> Infecção
- Alterações na pele >> úlceras de pressão
- Alterações músculo-esqueléticas >> atrofia, rigidez muscular, anquilose, osteoporose
- Dor intensa

5

Mecânica corporal da AAD

- Prevenir Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho - LMERT
- Usar vestuário e calçado adequado
- Adaptar altura da cama ao procedimento
- Usar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia, é fundamental para uma prática segura:
 - afastar os pés e um pé colocado ligeiramente à frente
 - fletir os joelhos
 - coluna vertebral alinhada
 - posicionar-se o mais perto possível da cama

6

Mobilização

Com resguardo, move-se a pessoa em qualquer direção (altura ou largura da cama).

Sem resguardo, o profissional coloca a mão:

- Cintura escapular - apoiar o ombro do lado oposto
- Região dorsal - entre a cintura escapular e a região lombar
- Cintura pélvica - ao nível da segunda vértebra sagrada
- Cavado popliteo

7

Mobilização Posicionamento Transferência

Princípios Gerais

- Planejar a atividade de acordo com o nível de dependência do utente
- Explicar ao utente e família sobre o procedimento;
- Solicitar a colaboração do utente de acordo com as suas capacidades;
- Assistir o utente a mobilizar-se/posicionar-se;
- O posicionamento ou as alterações de decúbito devem ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio usadas;
- Utilizar ajudas de transferência para evitar a fricção e a torção;
- Não posicionar o utente em contacto direto com dispositivos médicos - tubos e sistemas de drenagem;
- Avaliar regularmente a pele.
- Contatar enfermeira/médico se houver alterações

8

Posicionamento

"é colocar alguém em determinada posição" CIPE (ICN, 2011).

Finalidade

- Promoção do conforto e bem estar
- prevenir complicações associadas a imobilidade (circulatórias, musculoesqueléticas, eliminação, percepção sensorial, da perfusão)
- Mobilizar secreções brônquicas
- Prevenção atrofia muscular
- Manutenção da integridade da pele com com alívio da pressão localizada e minimização das forças de atrito e cisalhamento para a prevenção de úlceras por pressão
- Prevenção de quedas
- Promoção do autocuidado

9

Posicionamento

Vários Posicionamentos

- Decúbito dorsal – DD
- Decúbito semidorsal (direito/esquerdo) – DSDD e DSDE
- Decúbito lateral (direito/esquerdo) – DLD e DLE
- Posição de Fowler.
- Decúbito ventral – DV
- Decúbito semiventral (direito/esquerdo) – DSVD e DSVE

Material necessário para os posicionamentos

- Almofadas de textura moldável, adequadas ao posicionamento que se pretende
- Superfície de apoio (colchões, cadeiras, poltronas, etc);

10

Posicionamento

11

Posicionamento

- Decúbito dorsal DD

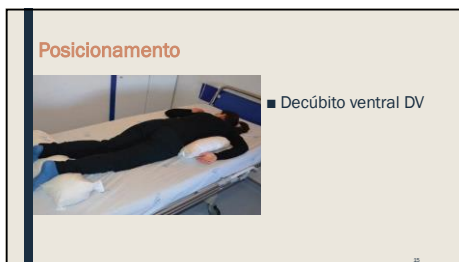
12



13



14



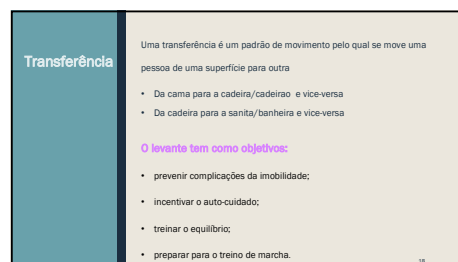
15



16



17



18

Procedimento:

1. Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e colocar paralelo à cama ou a 30
2. partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos
3. Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar a pessoa
4. Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado
5. Com a pessoa sentada na beira da cama, aguardar para que estabilize
6. Descer a base do leito de forma a que os pés fiquem assentes no chão
7. Agarrar firmemente nas calças ou cinto, prender os joelhos com as nossas pernas
8. Rodar e sentar

Material necessário:

- cadeira de rodas ou cadeirão, resguardo, cintos de segurança, tábua ou outros dispositivos, elevadores mecânicos
- utente está calçado ou com meias antiderrapantes

19

Transferência

Levante da cama para a cadeira

20

Corrigir posicionamento na cadeira de rodas e cadeirão

21

Transferência

Com tabua de transferência ou prancha

22

Transferência

Ajudas Técnicas

23

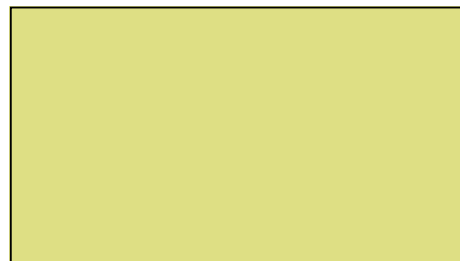
Outras Ajudas Técnicas

24

Filme

- Como virar uma pessoa acamada – 1:48m.
- Como levantar uma pessoa acamada – 1:21m.
- Posicionamentos, Mobilidade e Transferências – 22:22m. [Para verem posteriormente...](#)

25



26



27

Filme

- Posicionamentos, Mobilidade e Transferências – 22:22m.

28

Resumo

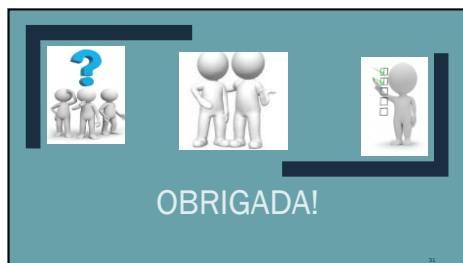
- Planear a atividade de acordo com o nível de dependência do utente
- Instruir o utente sobre o procedimento e solicitar a sua colaboração de acordo com as suas capacidades;
- Prevenir Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho
- Finalidade do posicionamento proporcionar conforto e prevenção das complicações
- Utilizar ajudas técnicas na transferência para evitar a fricção, a torção e prevenir lesões no profissional
- Não posicionar a pessoa em contacto direto com dispositivos médicos - tubos e sistemas de drenagem;
- Avaliar regularmente a pele e se alteração, articular com equipas enfermagem ou médico de família
- Mobilizar, posicionar e levantar previnem Síndrome de imobilidade e as suas complicações

29

Referências bibliográficas

- Carrinhas et al. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos OE, 7 (1). Acedido em 16/04/2021 Disponível em: http://www.esf.ufp.pt/revista/oe/7/1/posicionamentos_documento_posco_mobilidade_et_al.pdf

30



31

Apêndice XVII. Grelha de Observação

Grelha de Observação das CF durante a transferência para a cadeira de rodas		
Técnica	Observado	Não observado
Usar corretamente as estruturas corporais da CF (pés afastados e fletir os joelhos)		
Agarrar firmemente o utente pelas calças com os membros inferiores na direção do chão e prender o joelho com as pernas da CF e rodar		

Grelha de Observação das CF durante o posicionamento		
Técnica	Observado	Não observado
Colocar as almofadas no local correto (região dorsal, sob o membro inferior oposto ao decúbito, flexão da perna do decúbito)		
Explicar ao utente o que vai fazer (que o vai posicionar, Ex: para não ficar com “feridas”) e pedir ao utente a sua colaboração para ajudar a voltar-se e levantar os membros (mesmo que este não consiga colaborar/executar)		

Data: ____/____/____ A formadora _____

Apêndice XVIII. Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Avaliação dos conhecimentos da Sessão de Formação: “Cuidados ao utente na mobilização, posicionamento e transferência”

Para que possamos aferir se compreendeu os conteúdos apresentados na Sessão de Formação, pedimos a sua colaboração na resposta às seguintes perguntas.

Coloque uma cruz X na resposta CORRETA

A -	Aquisição de conhecimentos
1.	Identifique 3 complicações da imobilidade
a)	Pneumonia, rigidez muscular e dor intensa
b)	Dificuldade na visão, na audição e na fala
c)	Febre, diarreia e dor de cabeça
2.	Indique uma finalidade do posicionamento
a)	O utente ficar mais feliz
b)	Proporcionar conforto e prevenção de úlceras por pressão e complicações
c)	Só para realizar a higiene
3.	Identifique a sequência de passos na transferência da cama para a cadeira
a)	Travar a cadeira de rodas, sentar o utente na cama, agarrar firmemente e prender os joelhos com as nossas pernas, rodar e sentar
b)	Puxar o utente pelo braço, não deixar o utente falar e sentar na cama
c)	Travar a cadeira de rodas, agarrar o utente ao colo, sentar na cadeira de rodas
4.	Para prevenir as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, aconselha-se as AAD a:
a)	Afastar os pés, manter as costas direitas e dobrar os joelhos
b)	Apenas usem calçado adequado, bata e máscara
c)	Mantenham as costas direitas, não dobrem os joelhos e mantenham os pés juntos

Muito Obrigada pela sua colaboração!

V.S.F.F.

QUESTIONARIO PARA A AVALIACAO DA SATISFAÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS

Este questionário destina-se simplesmente a avaliar a vossa satisfação das sessões de formação e se adquiriram os conhecimentos que necessitavam.

Coloque uma cruz X na resposta que lhe parecer mais adequada em que 1 corresponde a “nada satisfeito” e 4 a “totalmente satisfeito”.

B -	Apreciação dos conteúdos da formação	Nada			Totalmente
	O nível e conhecimentos com que iniciei a formação era	1	2	3	4
	As minhas expetativas em relação à formação foram satisfeitas	1	2	3	4
	Considero útil esta formação	1	2	3	4
C -	Apreciação da sessão de formação	Nada			Totalmente
	Considero os assuntos abordados interessantes	1	2	3	4
	Acho que a duração da sessão foi suficiente	1	2	3	4
	Durante as sessões tive oportunidade em esclarecer dúvidas com a formadora e partilhar experiências	1	2	3	4
	Considero que a formadora abordou de forma clara e simples as temáticas	1	2	3	4
	Considero os meios audiovisuais e a documentação entregue adequados e suficientes para esta formação	1	2	3	4

Assinale com uma cruz (X) a sua Satisfação Global com a Sessão de Formação



Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XIX. Certificado de Participação






Certificado

concedido a

Pela sua participação na Sessão de Formação: "Cuidados aos utentes na Mobilização, Posicionamento e Transferência" realizada do Centro Social e Paroquial de Santo André – Barreiro

<i>A formadora</i>	<i>Data</i>
	23 de abril de 2021

Enfermeira mestranda em Enfermagem
de Saúde Comunitária

**Apêndice XX. Guia de Boas Práticas “Cuidados ao utente na
Mobilização Posicionamento e Transferência”**

Guia de Boas Práticas

Cuidados ao utente na Mobilização, Posicionamento e Transferência

Elaborado por Helena Pedrosa (mestranda em
Enfermagem de S. Comunitária – USPAS/2021



INTRODUÇÃO

Este documento foi elaborado para complementar a sessão de formação “Cuidados ao utente na Mobilização, Posicionamento e Transferência” destinada às cuidadoras formais das IPSS do concelho do Barreiro. É um documento de consulta e de acesso rápido á informação transmitida nas sessões de formação e com o objetivo de esclarecer dúvidas que podem surgir ao fim de algum tempo da prática.

A metodologia adotada incluiu a revisão da literatura baseada na evidência científica e na reflexão baseada na experiência OE (2013) e tivemos como documento orientador: Carinhas et al., (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade, posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos OE, 7(1). http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Segundo o Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2002), estima-se que **a inatividade física** seja, por si só, responsável por 10-16% dos casos de *Diabetes Mellitus* e de alguns tipos de cancro, por 22% dos casos de doença cardíaca isquémica e estima-se ainda uma proporção de 5-10% de mortes atribuíveis à inatividade física.

MOBILIZAÇÃO

Consideramos mobilidade como a “alternância permanente entre a atividade e o repouso e é uma condição fundamental da vida humana e a atividade fisiológica normal do organismo é assegurada através da mobilidade, sendo esta dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas”

Carinhas et al. (2013)

Promovemos a mobilidade através de:

- ✓ **Mobilização Ativa** - quando é o próprio individuo a fazer o movimento;
- ✓ **Mobilização Passiva**- quando é outra pessoa (cuidadora formal) a ajudar a fazer o movimento.

Quando o utente tem **alterações da mobilidade** pode ocorrer o **Síndrome da Imobilidade** que provoca Alterações e complicações nos vários sistemas: Respiratório >> Pneumonia; Cardiovascular >> Formação de trombos; Gastrointestinal >> falta de apetite, obstipação; Urinário >> Infecção; Alterações na pele >> úlceras de pressão; Alterações músculo-esqueléticas >> atrofia, rigidez muscular, anquilose, osteoporose e dor intensa.

Para **mobilizar os utentes**, as cuidadoras precisam de utilizar uma mecânica corporal adequada para **prevenir lesões músculo-esqueléticas** relacionadas com o trabalho (LMERT), **através de:**

- ✓ usar vestuário e calçado adequado;
- ✓ adaptar altura da cama ao procedimento;
- ✓ posicionar-se o mais perto possível da cama;
- ✓ afastar os pés e colocar um pé ligeiramente à frente,
- ✓ fletir os joelhos;
- ✓ coluna vertebral alinhada.

Para mobilizar o utente na cama deve utilizar o **resguardo:**

- ✓ move-se a pessoa em qualquer direção (altura ou largura da cama) como se mostra nas figuras A e B



Se não puder utilizar o resguardo, a cuidadora **coloca as mãos**, como nas figuras C e D:

- ✓ Cintura escapular - apoiar o ombro do lado oposto
- ✓ Região dorsal - entre a cintura escapular e a região lombar
- ✓ Cintura pélvica - ao nível da segunda vértebra sacrada e Cavado poplíteo – atrás dos joelhos



PRINCÍPIOS GERAIS NA MOBILIZAÇÃO, POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

- ✓ Planear a atividade de acordo com o nível de dependência do utente
- ✓ Explicar ao utente e família sobre o procedimento;
- ✓ Solicitar a colaboração do utente de acordo com as suas capacidades;
- ✓ Assistir o utente a mobilizar-se/posicionar-se;
- ✓ O posicionamento ou as alternâncias de decúbito devem ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio usadas;
- ✓ Utilizar ajudas de transferência para evitar a fricção e a torção;
- ✓ Não posicionar o utente em contacto direto com dispositivos médicos - tubos e sistemas de drenagem;
- ✓ Avaliar regularmente a pele.
- ✓ Contatar enfermeira/médico se houver alterações

POSICIONAMENTO

“é colocar alguém em determinada posição” (CIPE ICN], 2011)

Com a finalidade de:

- ✓ Promover do conforto e bem-estar
- ✓ Prevenir complicações associadas a imobilidade (circulatórias, musculoesqueléticas, eliminação, percepção sensorial, da perfusão)
- ✓ Mobilizar secreções brônquicas
- ✓ Prevenir atrofias musculares
- ✓ Manter a integridade da pele com alívio da pressão localizada e minimização das forças de atrito e cisalhamento para a prevenção de úlceras por pressão
- ✓ Prevenir de quedas
- ✓ Promover o autocuidado

Material necessário para os posicionamentos:

- ✓ Almofadas de textura moldável, adequadas ao posicionamento que se pretende
- ✓ Superfície de apoio (colchões de preferência anti-escaras, cadeiras, poltronas)

Posicionar o utente alternado os decúbitos com a frequência que o utente tolera e de acordo com a sua situação clínica.

Os decúbitos que se utilizam mais frequentemente, são o semidorsal direito ou esquerdo e a posição de *Fowler*

Decúbito Dorsal



Decúbito Lateral Esquerdo



Decúbito Semidorsal



Decúbito Ventral



Decúbito Semiventral



Posição de *Fowler*



Ajuda técnica para a Posição de *Fowler*



TRANSFERÊNCIA

É um padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra da cama para a cadeira/cadeirão e vice-versa ou da cadeira para a sanita/banheira e vice-versa.

O levante do utente da cama tem como objetivos:

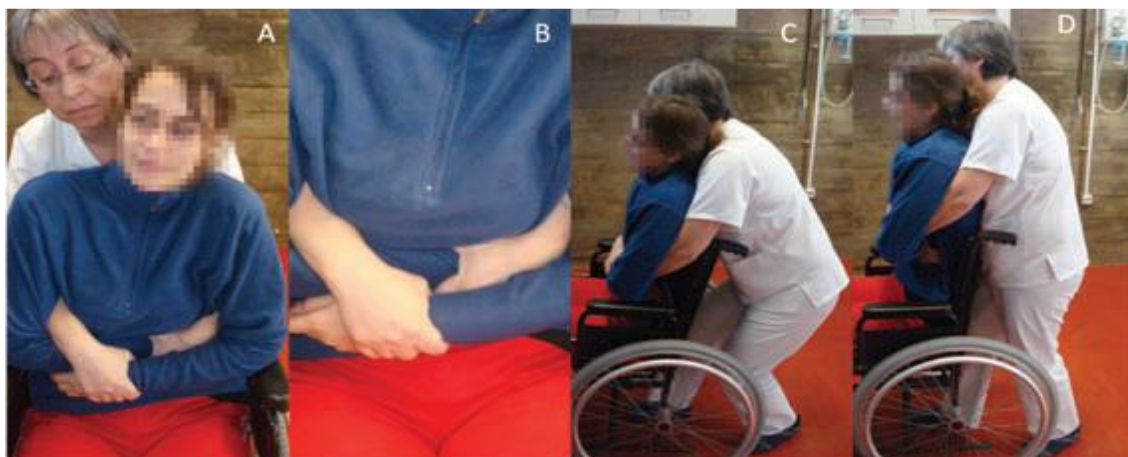
- ✓ prevenir complicações da imobilidade;
- ✓ incentivar o autocuidado;
- ✓ treinar o equilíbrio e preparar para o treino de marcha.

Transferência/levante do utente da cama para a cadeira:

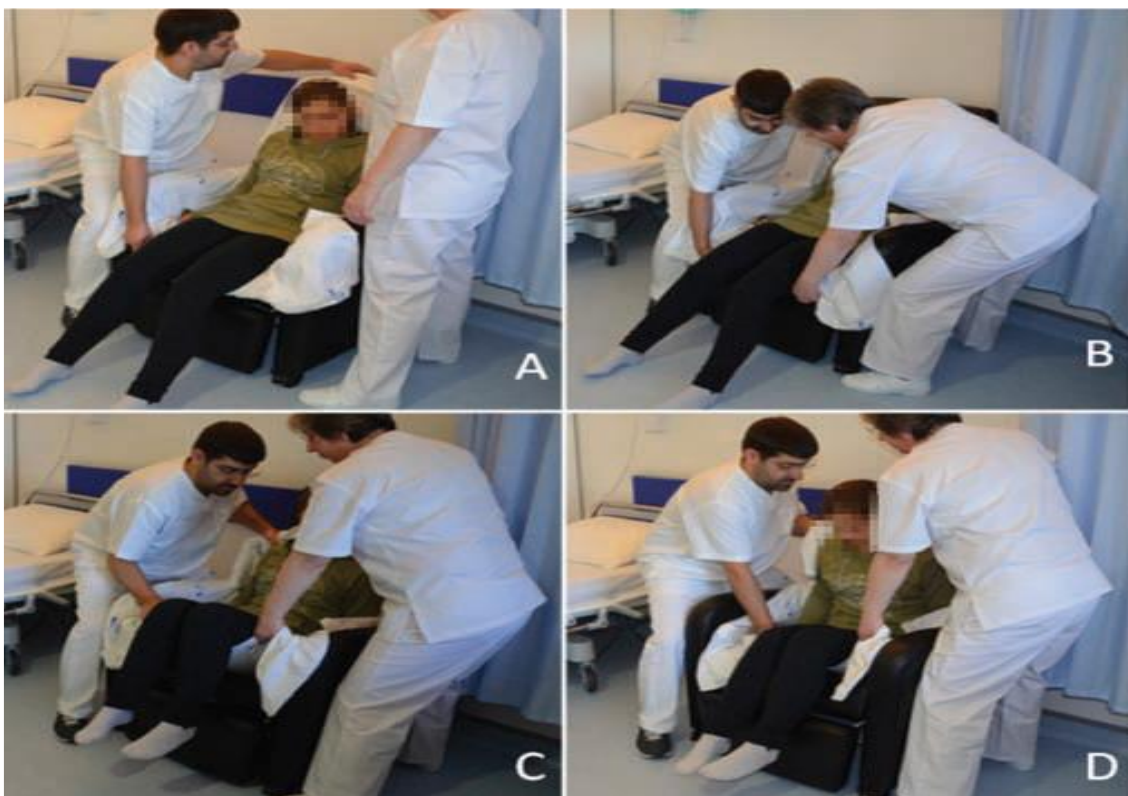
1. Preparar a **cadeira de rodas (travar as rodas**, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou **cadeirão** e colocar paralelo à cama ou a 30 graus.
2. O utente tem de estar calçado com sapato fechado ou com meias antiderrapantes
3. Partindo do decúbito dorsal, o utente deve fletir e/ou ser ajudado a fletir os joelhos
4. A cuidadora coloca uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar o utente
5. A cuidadora assiste na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente faz pressão nos membros inferiores do utente na direção do chão, ajudando-o a sentar com um movimento coordenado
6. Com o utente sentado na beira da cama, aguardar para que este estabilize
7. Descer a base da cama (se possível) de forma que os pés do utente fiquem assentes no chão
8. A cuidadora agarra firmemente nas calcas ou cinto do utente, prende os joelhos do utente nas suas pernas, roda e senta o utente.
9. Pode ser auxiliada com ajudas técnicas como tábuas, resguardo, cintos de segurança, tábuas e elevadores mecânicos.



Corrigir a posição do utente na cadeira de rodas



Corrigir a posição do utente no cadeirão



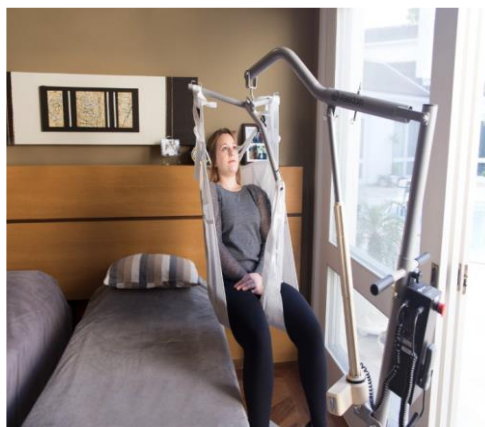
Transferência com ajudas técnicas: cinto de transferência



Transferência com ajudas técnicas: tabua de transferência ou prancha



Transferência com ajudas técnicas: elevador



Outras ajudas técnicas



FILMES:

- Como virar uma pessoa acamada – 1:48m
<https://www.youtube.com/watch?v=UjnXFOqk3HA>
- Como levantar uma pessoa acamada – 1:21m
<https://www.youtube.com/watch?v=lKbJZ5jXwAk>
- Posicionamentos, Mobilidade e Transferências – 22:22m
<https://www.youtube.com/watch?v=pm4WWNUJx70>

RESUMO

- ✓ Planear a atividade de acordo com o nível de dependência do utente
- ✓ Instruir o utente sobre o procedimento e solicitar a sua colaboração de acordo com as suas capacidades;
- ✓ Prevenir Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho
- ✓ Finalidade do posicionamento proporcionar conforto e prevenção das complicações
- ✓ Utilizar ajudas técnicas na transferência para evitar a fricção, a torção e prevenir lesões no profissional
- ✓ Não posicionar a pessoa em contacto direto com dispositivos médicos - tubos e sistemas de drenagem;
- ✓ Avaliar regularmente a pele e se alteração, articular com equipas enfermagem ou médico de família
- ✓ Mobilizar, posicionar e levantar previnem Síndrome de imobilidade e as suas complicações