

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

Relatório de Estágio

“FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”

**Capacitação dos cuidadores formais do Centro de
Acolhimento Temporário de Crianças em Risco**

Graça Maria Machado de Matos Monteiro

**Lisboa
2021**



Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

“FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”

Capacitação dos cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário de Crianças em Risco

Graça Maria Machado de Matos Monteiro

Orientador: Professor Doutor José Edmundo Sousa

**Lisboa
2021**

“Cuidar e zelar para que uma criança cresça em segurança não é uma opção. É uma obrigação. Se fracassarmos nesta tarefa estaremos falhando não somente com elas, mas também com a evolução do universo num todo ... Eis uma das maiores responsabilidades de um adulto”

(Elisa Salles, 2019, textos-Recantos das letras)

AGRADECIMENTOS

O caminho que percorri ao longo de processo de aprendizagem, o Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, só foi possível com o apoio de algumas pessoas. Neste sentido quero agradecer a todos os que me apoiaram e contribuíram para a concretização desta etapa.

Aos meus filhos, ao meu marido, à minha sobrinha Joana Trindade, ao meu amigo Paulo Madaleno e à minha amiga Maria José Venâncio pelo apoio, motivação, força, paciência e disponibilidade.

Ao Professor Doutor Edmundo Sousa, agradeço toda a disponibilidade e contributos para a realização deste trabalho e a todos os professores deste Mestrado que contribuíram para o enriquecimento da minha aprendizagem.

Ao Enfermeiro Paulo Silva da USPAS, pela disponibilidade, apoio e incentivo.

Às minhas colegas de curso, em especial, à Raquel Cunha, Helena Pedrosa e Patrícia Valentim todas as vivências, partilhas e apoio mútuo.

À Joana Pereira, coordenadora do CAT, pela sua sempre pronta disponibilidade.

RESUMO

A violência infantil é uma realidade com impacto significativo no desenvolvimento das crianças, pelas vivências traumáticas experienciadas e pelas repercussões nefastas que estas causam ao longo do seu percurso de vida. A institucionalização surge como uma resposta social inevitável, sendo que os cuidadores formais existentes nas instituições desempenhem funções exigentes, emergindo como figuras de proximidade, em que os seus comportamentos, experiências, perceções pessoais e individuais podem condicionar a forma como interagem e cuidam das crianças. O projeto de intervenção comunitária teve por objetivo identificar e intervir nas necessidades dos cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário de crianças em risco, o qual foi suportado pela metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1982) e de Nunes (2016). Foi também adotado como referencial teórico o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Este projeto envolveu uma amostra de 10 cuidadoras formais, com idades compreendidas entre os 39 e 53 anos. O diagnóstico da situação de saúde foi identificado através da aplicação de um questionário de avaliação sociodemográfica, avaliação profissional e prestação de cuidados, designado por "formar para melhor cuidar", e entrevistas semiestruturadas, tendo-se utilizado como estratégia de intervenção a realização de sessões de educação para a saúde. Após a avaliação da intervenção, considerou-se que os objetivos propostos foram alcançados e os resultados encontrados apontam para a existência de um risco de *stress* do cuidador e um défice de conhecimentos face aos primeiros socorros.

Palavras-Chave: Violência infantil, cuidador formal, *stress* do cuidador, capacitação

ABSTRACT

Childhood violence is a reality with a significant impact on children's development, due to the traumatic experiences and the harmful repercussions that they cause throughout their lives. Institutionalisation emerges as an inevitable social response, and the formal caregivers existing in the institutions perform demanding functions, emerging as proximity figures in which their behaviour, experiences, personal and individual perceptions may condition the way they interact with and care for the children. The community intervention project aimed to identify and intervene in the needs of formal caregivers at the Centre for Temporary Reception of children at risk, which was supported by the Imperatori and Giraldes (1993) and Nunes (2016) Health Planning methodology and adopted Betty Neuman's Systems Model as a theoretical reference. This project involved a sample of 10 formal caregivers, aged between 39 and 53 years. The diagnosis of the health situation was identified through the application of a questionnaire for sociodemographic assessment, professional assessment and care provision, called "train to better care", and semi-structured interviews. In short, after the intervention evaluation, the proposed objectives were met and the results found point to the existence of a risk of caregiver stress and a deficit of knowledge regarding first aid.

Keywords: Child violence, formal caregiver, caregiver stress, empowerment

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	American Psychological Association
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ASCJR	Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
CAT	Centro de Acolhimento Temporário
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGS	Direção Geral da Saúde
EECSP	Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
EpS	Educação para a Saúde
ESEL	Escola superior de enfermagem de Lisboa
ISS	Instituto de Segurança Social
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Instituto de Segurança Social
PLSAR	Plano Local de Saúde do Arco Ribeirinho
SARS-CoV 2	Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
USPAS	Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio
s.d.	Sem data

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. Violência Infantil.....	13
1.1.1. Determinantes da Violência – Modelo Ecológico da Violência.....	14
1.1.2. Tipos de Violência Infantil	15
1.2. Institucionalização.....	17
1.3. Cuidador Formal em Instituições de Acolhimento.....	19
1.4. <i>Stress</i> do Cuidador.....	21
1.5. Capacitação	24
1.6. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	26
2. METODOLOGIA	32
2.1. Diagnóstico da Situação	32
2.1.2. População, População Alvo e Amostra.....	34
2.2. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados - Questionário.....	36
2.3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	39
2.4. Diagnóstico de Enfermagem	47
2.6. Fixação de Objetivos	51
2.7. Seleção de Estratégias.....	53
2.8. Preparação da Execução	54
2.9. Avaliação	55
3. QUESTÕES ÉTICAS.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores numa visão global do sistema de acolhimento Nacional.....	36
Tabela 2 - Determinação de prioridades aplicada à grelha de análise	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo ecológico da violência, proposto pela Organização Mundial de Saúde	15
Figura 2 - Representação do Modelo de Betty Neuman.....	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da amostra pela idade.....	40
Gráfico 2 - Caracterização da amostra pelo estado civil	40
Gráfico 3 - Número de filhos	41
Gráfico 4 - Caracterização da amostra pelos anos de trabalho	41
Gráfico 5 - Avaliação Laboral/Formação	42

ANEXOS

Anexo I - Parecer favorável do ACES Arco Ribeirinho

Anexo II - Parecer favorável da USPAS

Anexo III - Parecer favorável da Coordenação do CAT

Anexo IV - Parecer favorável do RAI

Anexo V - Parecer favorável da CES da ARSLVT

APÊNDICES

Apêndice I - Revisão Scoping

Apêndice II - Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Apêndice III – Questionário

Apêndice IV - Pedido de Autorização ao Diretor do ACES

Apêndice V - Pedido de Autorização à Coordenação da USPAS

Apêndice VI - Pedido de Autorização à Coordenadora do CAT

Apêndice VII - Pedido de Parecer à Comissão de Ética da ARSLVT

Apêndice VIII - Representação dos contextos intrasistémico, intersistémico e extrasistémico adaptada ao Modelo Teórico de Neuman na apreciação da Comunidade das cuidadoras

Apêndice IX – Guião de entrevistas

Apêndice X – Análise de conteúdo das entrevistas

Apêndice XI – Tabela de análise de dados

Apêndice XII – Planeamento das sessões de EpS

Apêndice XIII – Diapositivos das sessões de EpS

Apêndice XIV – Questionários de avaliação de conteúdos

Apêndice XV – Questionários de avaliação de satisfação

Apêndice XVI – Resultados de avaliação dos indicadores

Apêndice XVII - Cronograma

Apêndice XVIII - Grelha de Análise para determinação de prioridades

INTRODUÇÃO

A violência infantil constitui uma problemática que tem acompanhado a evolução das sociedades, apresentando consequências físicas e psicológicas graves com impacto significativo ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, acarretando uma dimensão de grande representatividade, envolvendo instituições de saúde e sociais.

O processo de institucionalização surge como uma resposta social com o recurso a instituições destinadas ao acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em risco, quando na família não existe forma de “zelar pelo seu bem-estar, por isso é previsível que traga consigo uma história à qual está inevitavelmente associado algum tipo de perda e sofrimento” (Santos, 2013, p.1).

O cuidador formal, presente nas instituições de acolhimento para crianças, constitui-se como o elemento de proximidade, com um papel importante no seu quotidiano (Quiroga, 2017) e em que o envolvimento diário implica disponibilidade e afeto, numa perspetiva global das vivências das crianças, a fim de estabelecer e manter relações saudáveis. Neste sentido, é um profissional que desempenha funções exigentes, podendo resultar em situações de *stress*, que poderão precipitar manifestações de comportamentos disfuncionais e, por conseguinte, o desenvolvimento de doença física ou mental, que em situação limite poderá desencadear alterações psicológicas. Com o intuito de contribuir para a construção do enquadramento teórico, foi realizada uma *revisão scoping* (Apêndice I), baseada na evidência científica, sobre a temática dos cuidadores formais de instituições de acolhimento de crianças (foco deste trabalho), a qual se verifica escassa, daí a pertinência da realização do presente trabalho.

O presente relatório encontra-se inserido no desenvolvimento do estágio de intervenção comunitária, do 3.º semestre do 11.º curso de Mestrado em Enfermagem, na área da especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que se realizou na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio,

direcionando a intervenção comunitária sobre as cuidadoras formais do Centro de Acolhimento Temporário de crianças em risco.

O objetivo geral da intervenção comunitária foi capacitar os cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário de Crianças em Risco com um foco nos problemas de saúde da população, com base na Metodologia de Planejamento em Saúde e no Modelo de Betty Neuman.

O relatório é constituído por três capítulos, sendo o primeiro relativo ao enquadramento teórico. Neste enquadramento são abordados os principais conceitos, que dão relevância à violência infantil, nomeadamente, o conceito de cuidador formal, *stress* do cuidador, capacitação e o Modelo Teórico de Betty Neuman. No segundo capítulo é desenvolvida a Metodologia do Planejamento em Saúde, onde são descritas as várias etapas do seu percurso, e no terceiro e último capítulo são evidenciadas as questões éticas envolvidas e apresentadas as considerações finais.

A organização e formatação deste Relatório de Estágio foi realizada de acordo com o Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, da ESEL (2020) e seguindo a Norma APA, 7.^a edição. O relatório foi, ainda, redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido de enquadrar a temática, onde a articulação de conceitos que estão subjacentes à institucionalização de crianças vítimas de violência e as vivências dos seus cuidadores formais, irá permitir a fundamentação teórica.

1.1. Violência Infantil

A OMS define violência como o “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra uma pessoa”, (...) “que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência desenvolvida ou privação” (Borges, 2014, p. 155). No entanto, é sobretudo a violência sobre crianças que se assume como problemática perturbadora e complexa, com origem em diversos factos: sejam eles biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Os maus-tratos em crianças constituem, atualmente, um tema em evidência e de “grande preocupação no discurso científico e político a nível mundial, sendo considerado um fenómeno extensível, sem distinção da classe social, grupo racial, nível económico, educacional ou escolha religiosa” (Costa, 2020, p. 9). A violência infantil é um fenómeno multifatorial e é considerada como um grande problema de saúde pública a nível mundial. Assim, a intervenção face à criança vítima de violência exige dos profissionais de saúde um cuidado diferenciado, pelas suas especificidades e particularidades, numa abordagem em diferentes vertentes.

A violência exercida contra as crianças pode ocorrer em diversos contextos, na escola e nas instituições. Contudo, apesar de a família ser geralmente considerada um espaço seguro, de afeto e cuidados e que promove o desenvolvimento saudável da criança, é afinal neste espaço, isto é, no seio da família, que a violência se desenvolve, é mais frequente e toma proporções mais graves, sendo exercida pelas figuras responsáveis pela prestação de cuidados (APAV, 2011), apresentando-se como um fenómeno transversal a qualquer estrato social ou económico.

A experiência traumática resultante de maus-tratos pode causar situações de *stress*, que afetam o desenvolvimento do cérebro, principalmente nos primeiros anos de vida. Isso pode provocar compromisso a nível cognitivo e no desenvolvimento de comportamentos de riscos para a saúde, prejudicando a saúde física e mental: "Anos de violência exercida podem facilitar o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares, problemas de comportamento, tentativas de suicídio, automutilação e uso de drogas ilícitas" (Costa, 2020, p.30).

1.1.1. Determinantes da Violência – Modelo Ecológico da Violência

A violência ocorre em várias perspectivas, sejam elas históricas, políticas, sociais e económicas, em ambientes de carácter institucional ou familiar, e que se desenvolvem de "acordo com padrões culturais que são replicados entre gerações e que se expressam em interação com experiências e aprendizagens feitas ao longo do ciclo de vida" (DGS, 2016, p.38). Os determinantes da violência têm diversas origens e não se poderão identificar apenas como individuais. Na verdade, este fenómeno resulta da "interação das múltiplas variabilidades individuais e das diferenças e iniquidades entre grupos sociais que resultam os padrões comportamentais" (DGS, 2016, p.38).

Torna-se, assim, essencial uma abordagem na perspectiva ecológica global, onde a interação com o indivíduo, a família, a escola, o grupo de pares e as diversas entidades sociais e de apoio da comunidade estejam envolvidas na resolução do problema (APAV, 2011).

A dinamização de um modelo ecológico, que analise a relação entre a violência e os diversos fatores (individual, relacional, comunitária e social), é essencial na definição de estratégias de atuação que permitirão uma intervenção orientada na prevenção da violência infantil.

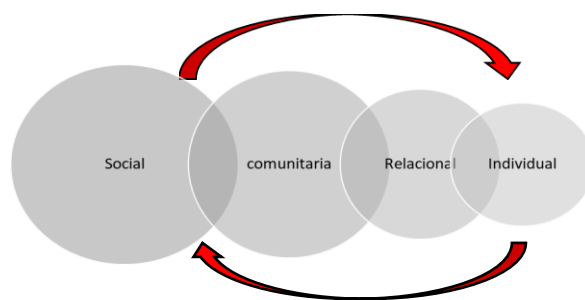


Figura 1 - Modelo ecológico da violência, proposto pela Organização Mundial de Saúde
Fonte: DGS, Violência Interpessoal (2016) Adaptado de: Krug et al., 2002

O modelo ecológico da violência compreende quatro níveis de fatores: O **Individual**, que é definido por várias características biológicas, personalidade e comportamento de risco, assim como história pessoal de agressão. O **Relacional**, que é determinado pela história das relações estabelecidas com a família e pares. A **Comunitária**, que se traduz pela análise dos contextos comunitários em que estão inseridas as crianças (escolas, vizinhança, associações), nos quais se desenrolam as relações sociais e que poderão facilitar a ocorrência de violência. E, por último, o nível **Social**, que compreende a utilização de normas sociais que definem a violência como uma forma tolerável na resolução de problemas e de conflitos, e onde também poderão ser consideradas as políticas de saúde, de educação, as orientações económicas e sociais (APAV, 2011).

1.1.2. Tipos de Violência Infantil

Os maus-tratos em crianças podem-se manifestar de várias formas, como se descreve nos parágrafos seguintes.

A Negligência, que surge quando a criança não tem o acesso à satisfação das suas necessidades básicas (higiene, alimentação, afeto, educação e saúde). Esta realidade é visível pelos cuidados de higiene precários, vestuário desadequado à estação do ano e temperaturas, ausência de padrões de rotina (refeições e padrão de sono); "hematomas ou outras formas lesões inexplicáveis e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas; perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais" (DGS, s.d., p.2).

Os Maus-tratos físicos, isto é, ações que provoquem traumatismo físico, como quedas, intoxicações, síndrome da criança abandonada, sendo estas as formas mais comuns de violência e frequentemente de consequências mais graves, que por vezes resultam num final trágico para a criança. Todas estas formas de violência poderão, para além de estarem associadas à violência emocional/psicológica, também envolver situações de negligência parental (DGS, 2011). “Consequentemente a existência de sinais e sintomas associados a estas situações são variados, entre eles estão: equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes, alopecia traumática e/ou por postura prolongada, sequelas de traumatismos antigos, alterações graves do estado nutricional, perturbações do desenvolvimento” (DGS, s.d., p. 2).

Os Maus-tratos psicológicos/emocionais caracterizam-se pela adoção deliberada de certos comportamentos por parte dos cuidadores, na privação da criança de um ambiente de segurança, tranquilidade e de bem-estar afetivo, essencial ao desenvolvimento equilibrado. Nesta forma de mau trato podem estar implícitas outras formas de vitimação da criança como, por exemplo, comportamentos concretizados pelos cuidadores contra a criança, com consequências negativas a nível comportamental para a criança (DGS, 2020).

O Síndrome de Munchausen por Procuração, que diz respeito à atribuição à criança, por parte do familiar ou cuidador, de sinais e sintomas, com o propósito de induzir os profissionais de saúde na existência de doença, levando à realização de procedimentos e técnicas de diagnóstico invasivos e até hospitalização (DGS, 2020).

O abuso sexual é considerado o crime que ocorre de forma mais frequente e é definido como qualquer ação sexual contra a criança, com o objetivo de satisfazer sexualmente o adulto, e que poderá envolver comportamentos diversos, como a prática de assistir ou de participar em atividades de teor sexual, entre outros (DGS, 2020). Qualquer uma destas ações praticadas encontra-se prevista em termos penais, sendo punida por lei. No entanto, estes tipos de crimes nem sempre são passíveis de estabelecer com rigor e identificar um diagnóstico da situação, pelo facto da evidência dos sinais e sintomas não serem objetivos. Os sintomas resultantes de uma prática de

abuso sexual poderão ser diversos, e incluem traumatismos dos órgãos genitais e zonas circundantes, leucorreia, presença de esperma, infeções sexualmente transmissíveis e, em última consequência, a gravidez.

O Abandono é caracterizado pelo ato de abandono da criança por parte dos familiares ou cuidadores em locais como hospitais, centros de saúde, instituições ou na rua, negligenciando cuidados essenciais como a alimentação, a higiene, a segurança, a proteção e a vigilância.

Existem ainda outras formas de violência, entre elas a exposição à violência interparental, resultante da vivência em contexto de violência doméstica, mendicidade, tráfico de crianças para fins de exploração por trabalho e trabalho infantil, todas estas formas estão associadas a outros tipos de crimes.

1.2. Institucionalização

A ocorrência de situações de violência contra crianças tem vindo a acompanhar o desenvolvimento das sociedades e, a par com este, a necessidade crescente de retirar as crianças dos ambientes geradores de violência tornou-se uma prioridade. A situação de violência tem como contexto principal o seio familiar, em que os cuidadores e responsáveis pelas crianças são as principais figuras. Estes atos constituem uma grave violação dos direitos da criança, tal como definido pela Convenção sobre os Direitos da Criança-UNICEF, no que respeita à proteção contra maus-tratos e negligência: “O Estado deve proteger a criança, contra todas as formas de maus-tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais, para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas” (Convenção sobre os Direitos da Criança-UNICEF, 2019, p. 19).

O estado, como entidade máxima no exercício do cumprimento do dever de proteção, definiu através o Artigo 19.º:

1. "Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada";
2. "Tais medidas de proteção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e àqueles cuja a guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, e para identificação, elaboração de relatório, transmissão, investigação, tratamento e acompanhamento dos casos de maus-tratos" (Convenção sobre os Direitos da Criança-UNICEF, 2019, p. 16).

A institucionalização de crianças vítimas de maus-tratos tem vindo a acompanhar a história das sociedades. No entanto, esta realidade tem aumentado nos últimos tempos, não só pelos números de casos, mas também pela severidade dos crimes, tornando-se um problema grave de saúde pública. Com o crescimento da problemática de crianças vítimas de maus-tratos e a sua consequente institucionalização, emerge, assim, a necessidade de uma resposta mais eficiente no sentido de promoção de um desenvolvimento equilibrado destas crianças.

O processo de institucionalização constitui uma resposta social, que ocorre em instituições destinadas ao acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em perigo, quando na família não existe forma de "zelar pelo seu bem-estar, por isso é previsível que traga consigo uma história à qual está inevitavelmente associado algum tipo de perda e sofrimento" (Santos, 2013, p. 8). Estas situações estão carregadas de sentimentos de punição, desconfiança, estigmatização, discriminação social e o medo do desconhecido (Gomes, 2010), o que torna o processo de integração nas instituições bastante complexo.

As instituições de acolhimento têm como missão a proteção da criança, ou seja, o afastamento do contexto de violência, onde está implícita a prestação de cuidados que proporcionem a satisfação de todas as necessidades básicas humanas, promovendo a sua reintegração na sociedade e, se possível, no seio familiar. De modo

a minimizar consequências negativas, inerentes ao processo de acolhimento, toda a organização deve ter presente os valores individuais e as necessidades de cada criança (ISS, 2005), assegurando assim um desenvolvimento equilibrado e minimizando o impacto do percurso de vida problemático.

Em Portugal, os Centros de Acolhimento Temporário são instituições sociais com o objetivo de acolher temporariamente crianças e jovens em situação de risco por um período de 6 meses, dando continuidade à aplicação de medidas de promoção e proteção. (Fernandes e Silva, 1996). Esses centros de acolhimento têm como competências proporcionar as condições necessárias para a proteção e promoção da segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento das crianças, sendo também uma das suas principais missões (Gomes, 2012).

Assim e no sentido de dar cumprimento a todas estas valências, as instituições devem dispor uma equipa multidisciplinar apta e direcionada para a integração e adaptação das crianças a um novo espaço similar ao familiar.

1.3. Cuidador Formal em Instituições de Acolhimento

O conceito de cuidador formal está intimamente ligado ao cuidar de pessoas que, pelas limitações físicas ou psicológicas, necessitam de um profissional qualificado. Sequeira (2007) refere-se a cuidador formal, como um profissional qualificado detentor de formação e preparação prévia específica para o desempenho da atividade profissional em contexto institucional. No entanto, o conceito de cuidador formal assume um significado mais amplo quando o cuidado é destinado a crianças institucionalizadas.

O cuidador formal das instituições de acolhimento para crianças constitui o elemento de proximidade e com um papel muito importante no seu quotidiano (Quiroga, 2017), e em que o envolvimento diário implica sentimentos de disponibilidade e afeto, numa perspetiva global das vivências das crianças, a fim de estabelecer e manter relações saudáveis.

A situação de fragilidade que as crianças apresentam transporta consigo sentimentos de medo e insegurança, que poderão ser ultrapassados com a construção de uma relação de apoio, confiança e segurança, com os seus cuidadores, através de uma postura carinhosa e de disponibilidade na satisfação das necessidades. Potencialmente, os cuidadores podem tornar-se figuras positivas e significativas na vida das crianças, proporcionando estabilidade, amor e apoio, e uma base segura a partir da qual as crianças se possam desenvolver (Quiroga, 2017), fazendo da adaptação ao acolhimento, um processo mais facilitador e menos doloroso

Estudos realizados por Lecannelier *et al.*, (2014) e McCall *et al.*, (2010) mostraram que a presença de um adulto significativo, a fornecer incondicionalmente o amor e a capacidade de resposta, pode provocar uma mudança considerável e positiva no desenvolvimento da criança (Quiroga, 2017).

Nas instituições de acolhimento, a existência de uma equipa multidisciplinar, onde todos os elementos dão o seu contributo no processo de cuidar, é crucial na garantia de cuidados adequados às necessidades das crianças. Todavia, a prestação de cuidados de qualidade poderá ser influenciada pelo perfil de cada cuidador: “além das capacidades técnicas e académicas, devem ser igualmente valorizadas e atendidas características pessoais como a sensibilidade, afetividade, idoneidade, abertura e disponibilidade para interagir com o outro” (ISS, s.d., p. 140). Por este motivo, a formação de uma equipa de profissionais competentes no desempenho de funções em instituições de acolhimento de crianças em situação de risco é fundamental para o sucesso da missão para que estão vocacionadas (ISS, s.d.).

Os cuidadores, enquanto prestadores de cuidados, carregam comportamentos, vivências, experiências, perceções pessoais e individuais, que condicionam a forma como interagem e cuidam. A formação pessoal e profissional dos cuidadores não é apenas definida pela experiência formativa ou nível de escolaridade. É também definida pela capacidade de estabelecer uma relação empática, expressar sentimentos e solidariedade, e pela forma como impõe regras e dita limites nos comportamentos das crianças (ISS, 2012). A gestão desta dualidade de competências dos cuidadores é

um aspeto essencial para a definição de equilíbrio nas vivências e, conseqüentemente, no processo de desenvolvimento das crianças, repondo-se, assim, um ambiente de acolhimento equilibrado e seguro.

1.4. Stress do Cuidador

De acordo com a OMS (2004), o *stress* resultante do desempenho profissional poderá precipitar a manifestação de comportamentos disfuncionais e, por conseguinte, o desenvolvimento de doença física ou mental, que em situação limite poderá desencadear alterações psicológicas.

Para Muniz, Primi e Miguel, o *stress* é entendido como “um desgaste geral do organismo ocasionado por alterações psicofisiológicas diante de situações que despertam, emoções, tanto boas quanto más, que exijam mudanças. Essas situações constituem fontes de stress e chamadas stressores e podem ter causas internas (geradas no próprio indivíduo, criadas e relacionadas ao tipo de personalidade) e externas (eventos que ocorrem na vida da pessoa, podendo ser agradáveis ou desagradáveis)” (2007, p. 4).

Em qualquer área profissional, todos os profissionais estão sujeitos a pressões, quer sejam físicas ou psicológicas. Porém, o trabalho dos cuidadores formais é entendido como “stressante”, não só pela sua componente física, mas também pela sua componente mental, o que os torna vulneráveis ao desenvolvimento de doenças associadas ao *stress* ocupacional (Bogalho, 2017).

No entanto, o construto *stress* tem vindo a ser utilizado de forma vulgar no quotidiano, como justificação em múltiplas situações de cansaço, ansiedade, podendo ser definido como um “processo psicológico motivacional defensivo distinto dos processos emocionais e cognitivos, ainda que pressuponha relação estrita com eles [...] que cumpre a função de preparar e mobilizar o organismo face a uma possível ameaça real ou percebida” (Castellar, 2000, p.183, citado em Pereira, 2014, p.19).

As alterações decorrentes de estados de *stress* poderão ser de cariz comportamental ou fisiológico, estando dependentes de uma conjugação de fatores predisponentes, quer sejam eles de natureza genética quer psicológica, sendo perceptíveis através da manifestação em algumas doenças e/ou comportamentos decorrentes do estado de *stress* instalado.

O impacto negativo que o *stress* representa traduz-se em manifestações na condição do indivíduo, com representatividade negativa na saúde e na produtividade, nomeadamente, angústia, falta de motivação, incapacidade, diminuição do rendimento. Situações estas com repercussões no desenvolvimento do trabalho e na vida pessoal (Genésio, 2017). A efetividade das consequências do *stress* é individual e singular, estando dependente da avaliação subjetiva que cada pessoa faz da situação em que se encontra.

Os cuidadores formais das instituições de acolhimento de crianças em risco são profissionais que desempenham funções exigentes e que poderão conduzir à situação de exaustão emocional, onde são perceptíveis estados de esgotamento, falta de energia e perda de entusiasmo pelo trabalho, níveis de despersonalização e a baixa realização profissional. Por conseguinte, o cuidador formal pode apresentar: baixo autoconceito; baixa autoestima; autoavaliação negativa; sentimentos de infelicidade e insatisfação; o que pode afetar negativamente a sua própria qualidade de vida individual (Simões, 2012).

O *stress* do cuidador, por vezes, também denominado *Burnout*, que é definido por Schaufeli *et al.* (2011) como um estado físico, emocional e mental de exaustão, decorrente de um envolvimento a longo-prazo em situações laborais emocionalmente exigentes. Também para Maslach *et al.* (2001), o *Burnout* é visto como uma experiência somente desenvolvida em contexto laboral, situação esta que constitui um fator potenciador do absentismo. No entanto, nos casos em que os profissionais optam por continuarem no desempenho das suas funções, essa situação pode constituir um fator que conduzirá a uma menor produtividade e eficácia no trabalho. Por consequência, esta opção gera uma diminuição da satisfação no contexto laboral, podendo causar

conflitos pessoais e uma deterioração do compromisso com o trabalho e a organização (Maslach e Leiter, 2001).

Este ambiente institucional, enquanto contexto de trabalho, onde estabelecer uma relação entre quem cuida e quem é cuidado, pressupõe um envolvimento emocional mútuo. Nas instituições de acolhimento para crianças, o cuidador assume-se como figura representativa na satisfação das suas necessidades, sendo um pilar fundamental no processo de acolhimento, amenizando o meio institucional e proporcionando um ambiente de segurança, apoio e confiança.

A convivência diária com crianças que foram sujeitas a situações traumatizantes, é potenciadora de sentimentos e faz imergir as histórias de vida que cada criança transporta. Consequentemente, esse facto faz do desempenho das funções de cuidador, nas diferentes atividades diárias, uma tarefa complexa.

As condições de trabalho a que estes profissionais estão sujeitos, nomeadamente o horário rotativo, dificultam a construção de relacionamentos íntimos e vínculos sólidos entre os cuidadores e as crianças. O número elevado de crianças atribuindo a cada cuidador é também um facto que dificulta o estabelecimento da relação, pois cada criança é única, apresentando também ela necessidades individuais e singulares (Golin e Benetti, 2013).

Face ao exposto, percebe-se que estes são alguns dos fatores que influenciam o desempenho em instituições de acolhimento de crianças, precipitando a manifestação de estados de ansiedade e um impacto emocional nos cuidadores.

O contexto institucional pretende-se, tanto quanto possível, um ambiente equilibrado. No entanto, isso nem sempre se verifica, a presença de exigências, que ultrapassam as capacidades de resposta às necessidades profissionais e pessoais, poderão desencadear manifestações de *stress*. A realização de uma atividade desta natureza acarreta também um trabalho emocional, por sua vez, desgastante, exigindo dos cuidadores a manifestação de emoções inconsistentes com os seus sentimentos (Maslach e Leiter, 2001).

1.5. Capacitação

A Educação para a Saúde é entendida pela OMS, em 1969, como uma “ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem” (Sousa, 2020, p. 28). Tendo como principal objetivo a intervenção junto de grupos ou comunidades, com o propósito de existir uma integração de processos cognitivos que possibilitem a alteração de comportamentos de forma permanente, consciente, racional e voluntária (Sousa, 2020).

A Educação para a Saúde, como uma das estratégias utilizada na promoção da literacia em saúde, a par da atividade de educação, tem como objetivos principais proporcionar um acréscimo na tomada de consciência das comunidades sobre as questões de saúde, contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências e promover atitudes benéficas para a saúde e valores de bem-estar e equilíbrio (Sousa, 2020).

A promoção da saúde, em geral, e a Educação para a Saúde (EpS), em particular, devem ser consideradas como atividades em que os cidadãos participam de forma ativa, sem esquecer a relevância do papel dos enfermeiros no seu desempenho como agentes de EpS (Bernardino *et al.*, 2009). Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) definidos pela Ordem dos Enfermeiros, é evidenciada a importância dos enfermeiros no desempenho do papel de agente de EpS, ao mencionar que na “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Bernardino *et al.*, 2009, p.2). A intervenção dos enfermeiros como formadores, na implementação de atividades de EpS, é demonstrada pela sua participação não somente pela divulgação de informação, mas também na dinamização da reflexão dos grupos e da

comunidade, na estimulação da tomada de decisões conscientes na promoção hábitos de vida saudáveis.

Segundo Siqueira & Dell' Aglio (2006), os cuidadores formais, como profissionais essenciais nas instituições, deverão ser alvo de uma adequada capacitação e apoio psico-educacional, constituindo esta uma preocupação das instituições, e não apenas relevar a importância da qualidade do atendimento das crianças institucionalizadas.

A formação contínua, direcionada aos cuidadores de instituições de acolhimento para crianças, terá como objetivo final a construção de uma consciência social, no interesse do bem-estar com repercussões no desenvolvimento das crianças acolhidas. Neste sentido, Baillon (1996) afirma que a formação profissional poderá proporcionar aos cuidadores competências necessárias para lidar com os desafios diários presentes nas instituições, dotando-os de competências que visem também a satisfação das necessidades das crianças (Pereira, 2014).

Siqueira e Dell' Aglio (2006, p. 77) referem que "a relação estabelecida com os monitores desempenha papel central na vida das crianças e dos adolescentes abrigados, à medida que serão estes adultos que assumirão o papel de orientá-los e protegê-los, constituindo, neste momento, os seus modelos identificatórios". Por outro lado, os mesmos autores referem ainda a existência de estudos que reforçam a importância dos cursos de formação, da reciclagem ou mesmo de um espaço de trocas destinado a estes profissionais, como algo que contribui para a satisfação profissional, tendo, por sua vez, implicações na qualidade do trabalho que é desempenhado nas instituições.

Assim, a formação poderá constituir uma variável importante na qualificação dos cuidadores formais, dotando-os de competências para as funções que desempenham, levando a que estes se sintam vocacionados para o exercício desta profissão.

1.6. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

A Enfermagem Comunitária constitui uma área de intervenção privilegiada junto da comunidade, pela proximidade ao ambiente natural da comunidade, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários a indivíduos, grupos, famílias e comunidades (Stanhope, 2011).

A aplicação de modelos e teorias como suporte conceptual na promoção da saúde são essenciais na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e permitem adequar respostas às necessidades e interesses das comunidades. A utilização do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman permite uma intervenção focada no cliente como elemento integrante num sistema e em interação com o meio ambiente. Assim, a seleção deste modelo permitiu orientar o planeamento de intervenções numa população, focada na interação entre o cliente e os agentes stressantes a que estão sujeitos.

O Modelo Teórico de Betty Newman caracteriza-se por ser um modelo de abordagem holística, orientado para o bem-estar da comunidade e numa perspetiva dinâmica de sistemas de energia em interações constantes com o ambiente (Neuman e Fawcett, 2011). Este modelo foi desenvolvido em 1970, sendo também designado como Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, tendo como princípios: a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria de Caplan e a Teoria de Stress (Pearson e Vaughan, 1992).

Na metodologia do modelo teórico de Betty Neuman está implícita a existência de conceitos descritos numa abordagem integradora, que incorpora os seguintes conceitos: estrutura básica do núcleo, que integra os recursos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais que se regulam e se ajustam de forma dinâmica; linhas de resistência, representativas dos fatores internos que ajudam na defesa contra os agentes stressantes; linha normal de defesa e linha flexível de defesa que representam, respetivamente, o estado adaptativo normal e a barreira protetora dinâmica que os protegem dos agentes stressantes e impedem a transposição da linha de defesa do núcleo.

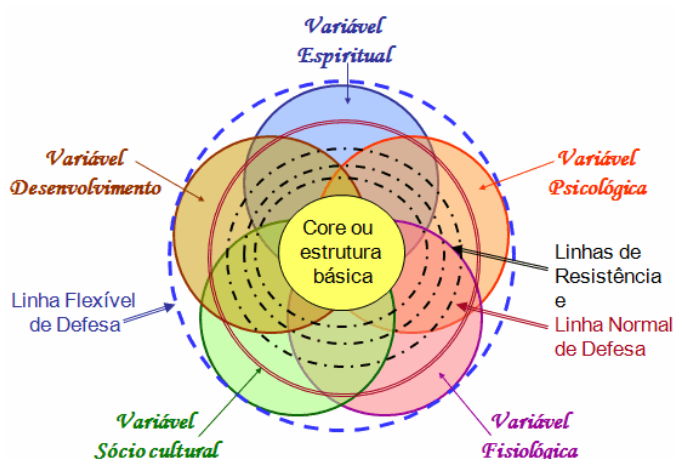
Neste modelo, a pessoa é definida como um sistema total, multidimensional e dinâmico em constante interação com o ambiente (Neuman e Fawcett, 2011; Pearson e Vaughan, 1992; George, 2000). A linha normal de defesa surge como um estado normal de bem-estar e refere-se às capacidades e habilidades da pessoa para responder à permeabilidade dos agentes “stressores”, de forma a garantir o equilíbrio ou a adaptação aos stressores. Esta linha representa a combinação de processos que o cliente possui e mobiliza perante a exposição aos agentes, e que se traduzem na adoção de estilos de vida e comportamentos que visem uma resposta adequada à manutenção do nível de saúde (Espinho, 2018).

Sempre que a linha normal de defesa é atingida por um agente stressor, leva ao aparecimento de sinais e sintomas que, por conseguinte, provocam desequilíbrio no continuum saúde/doença. Este desequilíbrio leva à ativação das linhas de resistência, com o objetivo de proteger a estrutura do núcleo. A dinâmica desenvolvida por estas linhas possibilita uma intervenção preventiva em saúde para, assim, estabelecer o equilíbrio.

As linhas de resistência são construídas com base nas aprendizagens adquiridas ao longo do tempo, no sentido de enfrentar os agentes agressores e assim estabelecer o equilíbrio. A enfermagem tem aqui um papel preponderante como fator de intervenção, na identificação dos problemas, a promover e articular os recursos com o objetivo de alcançar o reequilíbrio (Braga e Silva, 2011).

A aplicação do modelo de Betty Neuman no desempenho da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária permite identificar variáveis que afetam o cliente-comunidade e, assim, apoiar as suas intervenções (Braga e Silva, 2011). A estrutura do modelo tem a representação reproduzida na figura 2.

Figura 2 - Representação do Modelo de Betty Neuman



A enfermagem, como profissão única de atuação sobre todas as variáveis que afetam as respostas dos indivíduos perante os fatores de *stress*, tem como objetivo principal prestar cuidados aos indivíduos no sentido de alcançar a estabilidade do seu sistema, conseguindo assim atingir um nível máximo de bem-estar. Para se obter o bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com o propósito de reduzir os fatores de *stress* e condições adversas que podem afetar o excelente funcionamento, em qualquer situação em que se encontra a pessoa (Neuman e Fawcett, 2011).

Este é o modelo que melhor se adapta à Enfermagem Comunitária quer seja pela sua abordagem da prática holística numa visão dos clientes como um todo, quer seja como um sistema que pode ser definido de diferentes formas. Identifica os cuidadores formais como um grupo da comunidade, onde a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, colabora na construção do processo de capacitação dos cuidadores, numa abordagem nos três níveis de prevenção, definidos por Betty Neuman.

Assim sendo, a **prevenção primária** está presente na avaliação da situação e na redução dos fatores de risco associados aos fatores stressores, refletindo-se como ação na promoção da saúde; a **prevenção secundária**, que pretende reduzir os efeitos stressores, através do diagnóstico precoce e tratamentos dos sintomas da doença, refletindo a atuação perante a presença de sintomas; e a **prevenção terciária**, que tem como objetivo reduzir os efeitos stressores após o tratamento através da mobilização

dos recursos do cliente na prevenção as novas reações dos agentes stressores, mantendo assim equilíbrio obtido (Neuman, 2011).

Na perspetiva de Beddome (1995), são identificados dois focos de abordagem: a **comunidade geopolítica** como cliente, que corresponde a uma área geográfica específica e a outra que se refere a uma **comunidade** como um grupo de indivíduos, associados por características idênticas, como sejam estatuto socioeconómico, cultura, idade, valores ou políticas.

No Modelo Teórico de Betty Neuman, estão presentes as duas abordagens, onde se aplicam os conceitos de contexto intrasistémico, intersistémico e extrasistémico.

O **contexto intrasistémico** refere-se ao grupo de indivíduos com características comuns. Aqui a apreciação da comunidade é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, presentes no núcleo.

Em relação aos **contextos intersistémico e extrasistémico** da comunidade, a apreciação é feita a partir de oito subsistemas: Educativo, Saúde e segurança, Sociocultural e Transportes, Recreativo e Lazer, Político e Segurança Económico e Religioso (Beddome, 1995).

Transpondo o Modelo de Betty Neuman para esta comunidade de cuidadoras, pode-se considerar como o sistema (núcleo) dinâmico e em interação com o ambiente e sob influência das variáveis **fisiológicas** (sexo e idade), **psicológicas** (motivações e sentimentos), **socioculturais** (relações familiares, sociais e culturais), de **desenvolvimento** (a experiência profissional e a formação profissional), e **espirituais** (crenças espirituais), em que o contexto envolvente, funções que desempenham, as situações que enfrentam diariamente e os sentimentos que despertam identificam-se como situações stressores, que poderão desencadear desequilíbrio, precipitando a rutura.

Neste contexto das cuidadoras, pode-se verificar a existência de stressores **extrapessoais**, pela sua interação com entidades exteriores ao seu sistema, aqui

representados pelas utentes e suas famílias, a entidade patronal, perante as quais têm que responder às suas solicitações no desempenho das suas funções. No entanto, a existência de limitações pessoais poderão dificultar a resposta às exigências, representando, assim, os stressores **intrapessoais**, que provocam desequilíbrio. Desequilíbrio, este, revelado pelas cuidadoras como resultado do desempenho de funções desgastantes. Por último, os stressores **interpessoais**, que podem ser causadores de comportamentos conflituosos em contexto institucional, seja com as crianças, suas famílias, ou colegas de trabalho.

Considerando as cuidadoras formais do CAT como sistema, inserido numa comunidade sujeita a influências, foi-lhes possível desenvolver competências, que por sua vez, lhes permitiram permanecer dentro dos limites das linhas normal de defesa, possibilitando assim, um ajustamento aos agentes stressores, tendo como resultado a estabilidade.

As linhas de defesa flexível funcionam como escudo protetor, face às agressões dos agentes stressores e às linhas normais de defesa, de modo a evitar o desequilíbrio. Quando a linha de defesa flexível e a linha normal de defesa são trespassadas por agentes stressores (estado de fadiga resultante do excesso de atividades, horários por turnos, escassez de recursos humanos e novas exigências impostas pelas regras institucionais), as linhas de resistência enfrentam os stressores, desenvolvendo estratégias (motivação pessoal, revalorização das relações pessoais, familiares e sociais, gestão eficaz do tempo e assertividade, recursos pessoais e sociais), permitindo restaurar o sistema. Estratégias, estas, que poderão passar pelo planeamento de férias, investimento na formação ou procurar apoio nos colegas ou responsáveis.

Sempre que o bem-estar e o equilíbrio sejam ameaçados, isto implica um maior consumo de energia e o sistema entra em rutura, precipitando o aparecimento de doença. Na procura de alcançar o equilíbrio, as linhas de defesa devem ser reforçadas para que os agentes stressores sejam bloqueados. Porém, por serem dinâmicas, permitem a intervenção de enfermagem, através do diagnóstico da situação, na mobilização para alcançar o reequilíbrio.

Ao considerar o grupo das cuidadoras como uma **comunidade**, em que o grupo é identificado como possuidor de características idênticas, assume-se que estas cuidadoras são detentoras do mesmo estatuto socioeconómico, cultura, idade, valores ou políticas.

Na apreciação desta comunidade de cuidadoras, baseada no Modelo Teórico de Neuman, foram considerados os **contextos intrasistémico, intersistémico e extrasistémico** que estão representados nos quadros do Apêndice IX.

A partir da análise dos dados retirados dos contextos intrasistémico, intersistémico e extrasistémico é possível determinar os efeitos dos agentes stressores sobre o sistema cliente, permitindo avaliar o impacto sobre as linhas de resistência. Segundo a teoria dos sistemas, o efeito provocado por um agente stressor em qualquer variável ou subsistema terá implicações no equilíbrio de todas as outras.

Uma das principais competências da Enfermagem Comunitária é a apreciação da uma comunidade, em que o conhecimento e a compreensão da comunidade como cliente possibilita a identificação de necessidades, problemas e recursos, com intervenções orientadas na população, colocando o foco na promoção da saúde e na capacitação dessas comunidades. A este propósito, Neuman (2011) refere que a intervenção de enfermagem em comunidades deverá ser direccionada, cada vez mais, para a capacitação de grupos na gestão de fatores determinantes de *stress*, de forma a conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, com um mínimo de danos causado pela exposição ao risco (Neuman, 2011).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), a determinação do diagnóstico de enfermagem permite identificar os problemas, evidenciando o recetor dos cuidados e reconhecendo os fatores determinantes dos problemas

2. METODOLOGIA

A Metodologia do Planeamento em Saúde, proposta por Imperatori e Giraldes (1982) e Tavares (1990), caracteriza-se por um processo permanente, dinâmico e contínuo, sendo um elemento importante na construção da tomada de decisão e, por conseguinte, parte integrante do processo de gestão.

O **diagnóstico da situação**, que compreende a tomada de conhecimento do contexto de uma população, que permite identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes; a **definição de prioridades**, em que se procede à seleção dos problemas que serão alvo de intervenção, utilizando determinados critérios: dimensão do problema, a transcendência socioeconómica ou a vulnerabilidade; a **fixação de objetivos**, em que se pretende o resultado expectável, alternando a tendência; a **seleção de estratégias**, que permite a escolha de um conjunto de técnicas específicas para atingir os objetivos estabelecidos; a **elaboração de programas e projetos**, que possibilita a seleção de um conjunto de atividades, para estabelecer o modo de atuação onde a importância de definir calendários e cronogramas se assumem de grande importância para alcançar o sucesso do programa definido.

Como última etapa, surge a **avaliação**, em que todo este processo poderá ser sujeito a alterações, havendo necessidade de uma nova reestruturação.

2.1. Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação é definido como a primeira etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde e proposta por Imperatori e Giraldes (1982) e Tavares (1990), onde é expectável determinar as necessidades e identificar os problemas de saúde da população em análise, obtendo assim o seu conhecimento amplo. Esta etapa poder-se-á considerar o início de um processo de intervenção, tornando possível a determinação do diagnóstico da situação. Para tal, foi aplicado um **questionário** (Apêndice II) a cuidadores formais de um centro de acolhimento de crianças em risco,

de onde se obtiveram dados sociodemográficos, avaliação laboral e avaliação da prestação de cuidados. Foram igualmente realizadas **entrevistas** a informantes-chave, coordenadora e responsável do CAT, sobre as quais foi feita análise de conteúdo.

2.1.1. Contextualização do Local de Intervenção

O desenvolvimento da intervenção comunitária decorreu na USPAS do ACES Arco Ribeirinho, com aplicação junto dos cuidadores formais do CAT, e decorreu no período de outubro de 2020 a abril de 2021.

O CAT foi inaugurado no dia 01/06/1998, nas antigas instalações da Santa Casa da Misericórdia do Barreiro, na Praça de Santa Cruz, no Barreiro, após obras de remodelação, financiadas pelo comissário Regional do Sul da Luta contra a Pobreza, encontrando-se em funcionamento com o acordo de cooperação celebrado com o Instituto de Segurança Social.

O CAT surge como uma resposta social que emerge para responder às necessidades de crianças entre os 0 e os 12 anos, que se encontram em situação de risco, garantindo o seu acolhimento imediato e transitório. As situações mais frequentes são resultantes de abandono, maus tratos, negligência ou outros fatores que comprometam a integridade física e psicológica das mesmas e em que através deste acolhimento temporário se procura recriar um ambiente familiar, embora seja com uma duração sempre inferior a seis meses.

O trabalho desenvolvido no CAT conta com o apoio de uma equipa técnica, que tem como objetivo uma intervenção centrada no apoio às crianças acolhidas, que por sua vez permite o desenvolvimento do processo de crescimento, proporcionando um ambiente afetivo e seguro, num percurso de reintegração sociofamiliar. Esta instituição dispõe de uma equipa multidisciplinar, que possibilita o acompanhamento de cada criança e dá sentido ao desenvolvimento de cada projeto de vida, sendo constituída por uma técnica superior de política social, e diretora técnica, uma assistente social,

uma psicóloga, uma educadora de infância, catorze colaboradoras ajudantes de ação educativa, em regime de turnos, dois colaboradores de apoio, um auxiliar de serviços gerais e uma administrativa.

O CAT conta ainda com a colaboração de várias entidades com competências no âmbito da infância (escolas, centros de saúde, cooperativas/instituições sociais ou privadas), e da sua jurisprudência, tal como a CPCJ e Equipas Multidisciplinares de Assessoria ao Tribunal de Menores.

Grande parte das crianças acolhidas por esta instituição tem idade inferior a seis anos de idade, tendo como projeto de vida provável a adoção ou, em situação que seja possível e convenientemente apoiada, regressar à sua família biológica.

Este trabalho foi inicialmente programado como parte integrante do projeto PLSAR da USPAS. No entanto, com o surgimento da situação epidemiológica do SARS-CoV-2 no nosso País, tornou-se inoperável o seu desenvolvimento. Tendo em conta a reestruturação do plano de estágio, foi definida uma nova reorganização, que compreendeu uma abordagem do diagnóstico de situação de saúde, focada no ciclo de vida dividido por faixa etária. Assim, perante este novo cenário, esta intervenção comunitária direcionou-se para a identificação do diagnóstico de situação de saúde, definindo como população os **cuidadores formais do CAT**, que acolhe crianças da faixa etária dos 0 aos 12 anos.

2.1.2. População, População Alvo e Amostra

O termo **população** é designando por Fortin (2006) como um conjunto indivíduos que possuem as mesmas características, definidas por um conjunto de critérios. **A população alvo** é constituída pela população que é sujeita a um estudo, cumprindo os critérios de seleção predefinidos.

A **amostra** é considerada como um subconjunto da população, e deverá ser representativa da referida população, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (Fortin, 2009).

A **população** é composta por catorze cuidadores formais que exercem funções no CAT, sendo que constitui a totalidade das auxiliares de ação educativa que desempenham funções na instituição.

No que se refere à **população alvo**, esta é composta por onze cuidadoras formais do CAT, que responderam ao questionário. Assim, a **amostra** é constituída por dez cuidadoras (n=10) que responderam ao questionário. Uma cuidadora não completou o questionário, pelo que foi excluída.

No que diz respeito a este estudo, a **amostra** é composta por todos os cuidadores formais que exercem funções no CAT, selecionados após a aplicação do questionário. Neste estudo foi utilizada a técnica de **amostragem não probabilística por conveniência**, baseada no princípio da acessibilidade dos elementos. Foi utilizado um grupo de indivíduos que estava Acedido e que cumpria os critérios de inclusão (cuidadoras que exercem funções nos CAT) e que aceitaram participar voluntariamente no preenchimento do questionário.

Os indicadores apresentados são representativos de uma visão global do sistema de acolhimento em Portugal, e direcionados apenas na vertente dos CATs. Relativamente ao número global de cuidadores formais existentes nestas instituições, a nível nacional não foi possível encontrar dados. Apenas se pode referir que o número de cuidadores formais, designados como auxiliares de ação educativa, e que se encontram inseridos na equipa multidisciplinar de cada CAT, é variável, correspondendo o número de funcionários à capacidade de cada um.

Tabela 1 - Indicadores numa visão global do sistema de acolhimento Nacional

INDICADORES	ANO 2018	ANO 2019
Nº de Crianças e jovens caracterizados em situação de risco	9.680	9.522
Nº de Crianças em situação de Acolhimento	7.032	7.046
Nº de Crianças em situação de Acolhimento em CAT	1.916	1.864
Nº de Crianças em CAT com idades 0-12 anos	1.140	1.152
Nº de crianças acolhidas no CAT	26	25

Fonte: Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens- Casa-2019

No caso do CAT, tem capacidade para 17 crianças, incluindo 2 vagas em unidade de emergência.

Tal como descrito pelas Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais dos Centros de Acolhimento Temporário, a capacidade dos CATs está adequada ao atendimento e à prestação de cuidados, tendo em conta as necessidades da população que serve e aos fatores económicos e da qualidade do serviço proporcionado às crianças/jovens em acolhimento. Assim, a capacidade mínima é de 12 crianças e a máxima de 30, distribuídos por unidades funcionais em que cada uma deverá dispor, entre outros profissionais, dezoito auxiliares de ação educativa, denominados como cuidadores formais.

2.2. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados - Questionário

O questionário é um instrumento de colheita de dados através do qual se pretende recolher informação real sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin, 2006). O questionário é considerado como um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões. A sua construção deverá ser orientada em função dos objetivos definidos para a investigação (Fortin, 2006).

A construção de um questionário pressupõe pré-testar o instrumento, tendo como objetivo verificar a sua eficácia e o seu valor perante uma amostra reduzida da população alvo (Fortin, 2006). O pré-teste foi aplicado a três cuidadoras formais do CAT, as quais pertencem à equipa que presta cuidados às crianças do CAT, tendo-se verificado que não seria necessário a sua reformulação.

O questionário elaborado foi designado como **“formar para melhor cuidar”** (Apêndice II), composto por 3 secções (A, B e C) e 13 itens. A **secção A** é composta por questões fechadas, com respostas selecionadas a partir de uma lista pré-estabelecida (Fortin, 2006), questões dicotómicas e questões de escolha múltipla. Nesta secção foram identificadas as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nº de filhos e habilitações literárias), onde estão presentes variáveis qualitativas (nominais e ordinais) e quantitativas (discretas ou contínuas).

A secção B encontra-se organizada em duas áreas, avaliação laboral e formação, composta por questões fechadas, dicotómicas de “sim/não”, onde se pretende obter informação relativa à atividade profissional, à atividade formativa e à sua importância no desempenho profissional.

A secção C é formada por questões organizadas em seis áreas de intervenção, segundo o plano de prestação de cuidados, e orientadas com base nas necessidades fundamentais humanas, tendo como referência conceptual o Modelo Teórico de Virgínia Henderson. As respostas são obtidas através uma escala de tipo Likert, sendo utilizada “uma série de enunciados que exprimem um ponto de vista” (Fortin, 2006, p.389). As opções de escolha relativas às respostas correspondem aos seguintes pontos da escala de tipo Likert: “Discordo”, “Não tenho opinião” e “Concordo”. A utilização deste tipo de escala reporta habitualmente atitudes ou traços psicológicos (Fortin, 2006), o que traduz na identificação de possíveis áreas de intervenção nesta comunidade.

O questionário termina com a questão C7, em que é solicitado às participantes que refiram três temas que considerem relevantes para o seu desempenho. Este tipo

de questões pode fornecer informações complementares sobre alguns aspetos da investigação. (Fortin, 2009).

Para proceder à aplicação do questionário foi necessário realizar algumas atividades, nomeadamente, uma reunião com a Coordenadora da CAT, onde foi solicitada a autorização para a recolha de dados e, ainda, facultada informação relativa à utilização desta ferramenta de estudo.

Contudo, é importante referir alguns constrangimentos na realização deste estudo, designadamente no que se refere à janela de oportunidade para aplicação dos questionários, uma vez que a obtenção da resposta face ao pedido de parecer à comissão de Ética da ARSLVT foi demorada, tendo como consequência a dificuldade em obter um maior número de questionários. Além disso, os constrangimentos resultantes das contingências vividas e impostas pelo contexto epidemiológico da COVID-19 apresentaram, como consequência, dificuldades no estabelecimento de contatos com os participantes e com as diversas instituições, para a recolha de dados. Neste sentido, a recolha foi realizada no período compreendido entre 7 de outubro e 23 de outubro de 2020, condicionando, por sua vez, o número de questionários obtidos.

Entrevista semiestruturada

A entrevista constitui outro instrumento de recolha de dados, utilizado na definição do diagnóstico de situação, permitindo recolher descrições reais dos participantes, com o objetivo de construir uma ideia mais assertiva das suas opiniões ou necessidades (Nunes, 2010).

Optou-se pela realização de uma entrevista semiestruturada, na medida em que a mesma permite complementar e evidenciar alguns aspetos que não foram suficientemente esclarecidos nos questionários das cuidadoras. Assim, para a realização das entrevistas foi utilizado um guião (Apêndice IX), onde foram explorados alguns pontos de interesse face ao tema do presente trabalho. As entrevistas foram antecipadamente planeadas com os intervenientes e aplicadas individualmente, à coordenadora do CAT e à responsável pelas cuidadoras do CAT.

A seleção destes elementos representativos da instituição e do grupo de cuidadores fundamenta-se na forma de se identificarem como informantes-chaves, as quais, tal como refere Renosto e Trindade (2007, p.710), são “pessoas conhecedoras da história de seus processos sociais e capazes de identificar (...). Pessoas que pelo tempo de residência em uma determinada área, pela posição e pelas relações sociais que têm dentro da comunidade, possuem conhecimento detalhado de características relevantes da mesma”. A entrevista realizada a informantes-chave consiste num diálogo direto com elementos representativos da comunidade, tendo como resultado a efetiva produção de dados (Stanhope e Lancaster, 2011).

As entrevistas realizaram-se na sala de reuniões do CAT. Aos informantes-chave foi-lhes explicado o contexto, o objetivo, a confidencialidade e o anonimato, e o respetivo registo foi efetuado através de notas escritas dos relatos dos participantes. As questões aplicadas nas entrevistas foram questões abertas, o que favorece a livre expressão do pensamento e permite uma análise aprofundada da resposta do participante (Fortin, 2009).

2.3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

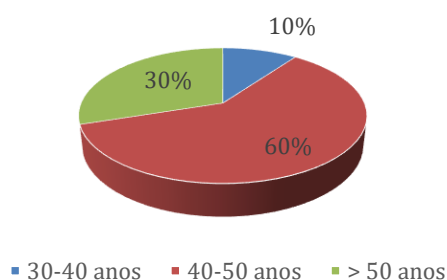
A análise estatística dos resultados obtidos consiste num processo que permite sintetizar os dados colhidos, com o intuito de descrever as características da amostra e, assim, responder às questões da investigação (Fortin, 2006). A análise dos dados obtidos foi elaborada através da interpretação dos resultados dos questionários, representados em tabela (Apêndice XI) e pela análise de conteúdo das entrevistas com os informantes-chave (Apêndice X).

O perfil da amostra, relativamente ao sexo, é na sua totalidade feminino, o que vai ao encontro do que é afirmado por Colome e colaboradores (2011), face à identificação da figura feminina no desempenho da prática do cuidar dos filhos. Simões (2012), baseando-se em vários autores, refere que em Portugal os cuidadores

em contextos sociais, tal como a amostra do presente estudo, são do sexo feminino, situação justificada pela multiplicidade de papéis que a mulher atualmente desempenha, ou seja, pelas responsabilidades familiares atribuídas (mães, educadoras, prestadoras de cuidados, a pressão de serem a principal fonte de rendimento familiar) e as responsabilidades profissionais (excesso de trabalho, o estigma da profissão, por exemplo), tornando este género como um grupo de risco no que concerne à saúde mental (OMS, 2001).

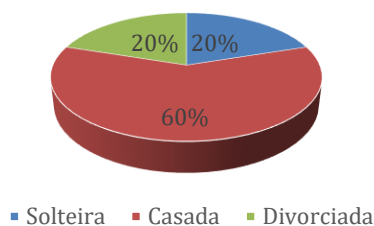
A idade dos participantes varia entre 39 e 53 anos, apresentando uma média de idades de 46,5 anos, uma mediana de 46,5, moda de 52 e desvio padrão de 5,02, o que traduz o perfil de mulheres na fase de adulta ativa.

Gráfico 1 - Caracterização da amostra pela idade



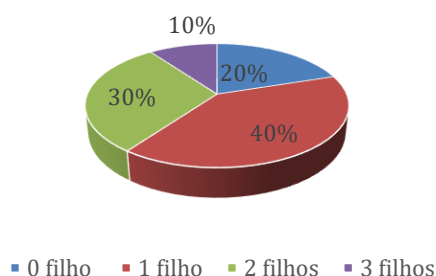
Relativamente à caracterização da amostra pelo estado civil, verifica-se que a maioria, ou seja, 60% é casada, 20% é solteira e 20% divorciada.

Gráfico 2 - Caracterização da amostra pelo estado civil



Em relação ao número de filhos, este aspeto varia entre 1 e 3, sendo a maior representatividade de um filho, com 40%; com 2 filhos, 30%; com 3 filhos 10% e duas não têm filhos.

Gráfico 3 - Número de filhos

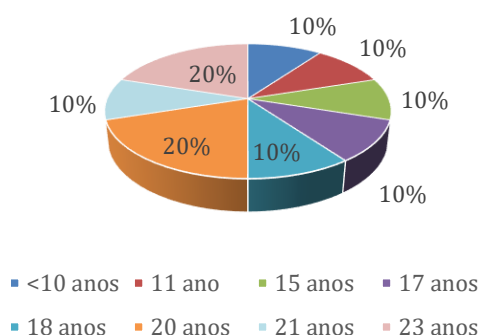


No que diz respeito às **habilitações literárias**, todas as participantes possuem ensino secundário.

Quanto à **avaliação laboral**, todas as participantes designaram a sua função com sendo a de ajudante de ação educativa.

Em relação ao **número de anos de trabalho**, varia entre os 7 e 23 anos, sendo a média de 17,7 anos de profissão (mediana 19, moda 20 e desvio padrão 4,96).

Gráfico 4 - Caracterização da amostra pelos anos de trabalho



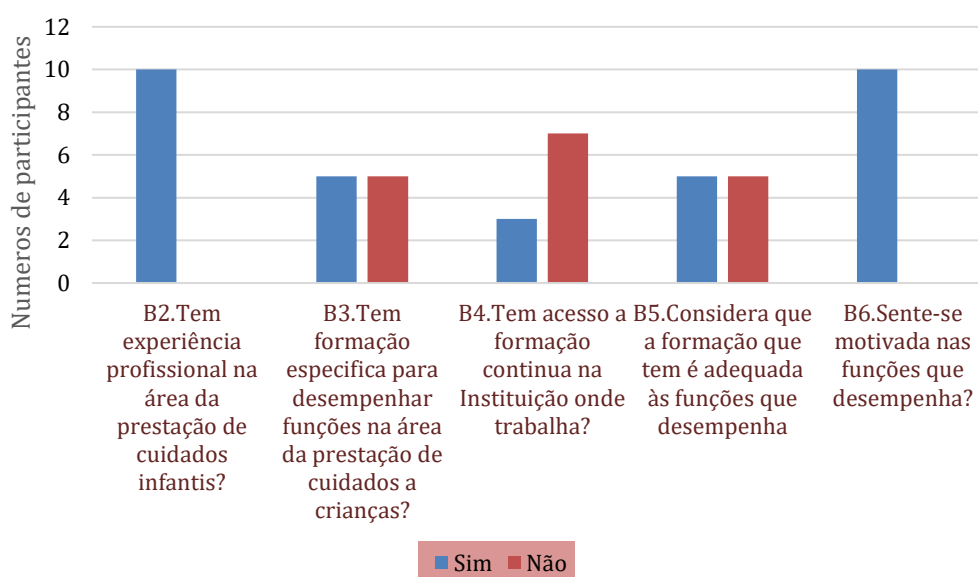
No que diz respeito à avaliação formativa, todas as participantes referiram sentirem-se **“motivadas nas funções que desempenham”**, afirmação provavelmente justificada pelo estabelecimento de uma ligação pessoal e afetiva com as crianças de

quem cuidam, e não só por se limitarem à realização de tarefas práticas de alimentação, limpeza e educação das crianças (Quiroga, 2016).

Cerca de 70% das participantes referiram não terem tido acesso a formação contínua na instituição, enquanto 30% teve acesso a formação. No que se refere a terem **“formação adequada às funções que desempenham”**, 50% revelaram que tiveram acesso a formação, e 50% não tiveram.

Todas as participantes indicaram que têm experiência profissional na área da prestação de cuidados infantis. Este facto deve-se à média de anos de trabalho ser de 17,7 anos.

Gráfico 5 - Avaliação Laboral/Formação



Pela análise dos resultados apresentados no Apêndice XIII, no que se refere à **“prestação de cuidados”**, verificou-se que nas áreas dos cuidados de higiene e conforto, alimentação, lazer/apoio e segurança/proteção, as participantes não apresentam dificuldades.

No que respeita às dificuldades no **“estabelecimento de uma relação com as crianças”**, das dez participantes, nove não apresentam dificuldades, e apenas uma referiu não ter opinião.

Na questão **“Sente-se emocionalmente envolvido com as crianças que presta cuidados”**, oito participantes referiram que concordavam, uma não tem opinião e outra discorda. Quiroga (2016) justifica esta questão quando refere que o desempenho de funções na área do cuidar faz das instituições de acolhimento contextos com oportunidades de estabelecer laços afetivos com as crianças, e assim contribuir para uma experiência gratificante.

A maioria das participantes, 80%, referem que não sentem dificuldades no estabelecimento de uma relação com as crianças e sentem-se emocionalmente envolvidas com as crianças a que prestam cuidados. A este respeito, Garcia Quiroga & Hamilton-Giachritsis (2015) referem que um elemento central nos lares residenciais de crianças é o prestador de cuidados, a pessoa que passa a maior parte do tempo com as crianças e desempenha um papel importante na sua vida quotidiana.

Potencialmente, os prestadores de cuidados podem tornar-se figuras positivas e significativas na vida das crianças, proporcionar estabilidade, amor e apoio, e uma base segura a partir da qual as crianças se possam desenvolver. Existem vários estudos (por exemplo, Lecannelier *et al.*, 2014; McCall *et al.*, 2010; A Equipa de Investigação do Orfanato de São Petersburgo-EUA, 2008) indicativos de que ter um adulto significativo a fornecer incondicionalmente o amor e a capacidade de resposta pode provocar uma mudança significativa e positiva no desenvolvimento da criança.

A formação, bem como o apoio pessoal e aconselhamento aos prestadores de cuidados no contexto institucional, são premissas fundamentais que poderiam ajudá-los a sentirem-se mais capacitados. Assim, a aquisição de competências pelos cuidadores deverá ser norteada não só pela presença de competências técnicas, mas também por competências humanas, que assegurem o respeito pelos direitos das crianças e jovens acolhidos e o seu bem-estar (ISS, s.d.), dando sentido ao sentimento de *“emocionalmente envolvidos”*.

Na questão relativa a sentir **“que as funções são desgastantes”**, sete participantes referiram que concordavam, duas não têm opinião e uma referiu discordar.

Em relação a este aspeto, assinala-se a existência de estudos que tem demonstrado que os prestadores de cuidados que trabalham em orfanatos têm níveis elevados de *stress*, ansiedade, depressão e perda de satisfação no emprego (Quiroga, 2016). A este propósito, Mohangi e Pretorius, (2017) referem que no caso dos prestadores de cuidados em instituições de crianças que lidem frequentemente com situações stressantes e que tenham um bom entendimento de como melhor geri-las, consequentemente vão possuir ferramentas de resiliência para as restantes tarefas gerais do seu dia-a-dia.

Quanto aos resultados da resposta à pergunta "**Indique 3 temas que considere relevantes para melhorar as suas tarefas do dia-a-dia com as crianças do CAT**", verificou-se que a maioria das participantes descreveram aspetos relacionados com organização, gestão e necessidade de recursos da instituição, na resposta às necessidades das crianças institucionalizadas. No entanto, algumas participantes indicaram temas que pretendiam ver concretizados em formação.

Contrariamente ao que foi constatado, dado que o CAT dispõe de uma equipa multidisciplinar da qual faz parte uma psicóloga e uma educadora de infância, duas participantes referiram a necessidade de existir apoio psicológico e de uma educadora de infância. Esta situação foi esclarecida, aquando das entrevistas realizadas com os informantes qualificados, que mencionaram que apesar de a equipa dispor de uma psicóloga e uma educadora de infância, estes são recursos técnicos claramente insuficientes, o que seria de todo o interesse reforçar a equipa. É de salientar também que todas as participantes fizeram referência aos aspetos relacionados com as crianças e o seu bem-estar.

A avaliação das variáveis sociodemográficas do presente estudo apresenta uma relação considerável entre a idade e o número de anos de trabalho. Verifica-se, igualmente, que as cuidadoras com mais anos de trabalho (n=50%) tiveram acesso a formação contínua. Simões (2012) faz referência à existência de estudos onde indicam que o avançar da idade pode vir a provocar um aumento dos problemas de saúde e, consequentemente, a diminuição progressiva da capacidade para o trabalho.

Relativamente à variável escolaridade, como todas as participantes possuem o mesmo nível de escolaridade, não existem dados que permitam uma análise comparativa com outras variáveis. No entanto, Simões (2014) refere no seu estudo o facto de que quanto mais elevado for o nível de escolaridade do trabalhador, maior a sua capacidade para desempenhar as suas tarefas. Este dado é também referido por Golubic *et al.* (2009), sugerindo que um nível de escolaridade mais elevado permite uma melhor capacidade para o trabalho, através da estimulação das capacidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para realizar o seu trabalho.

Outros estudos encontrados justificam ainda que, quanto maior é o tempo de atividade, mais tempo o trabalhador se encontra sujeito às exigências do seu trabalho, e menor será a sua capacidade funcional (Tuomi, Ilmarinen, & Martikainen, 1997).

Os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram analisados através da análise de conteúdo. Savoie-Zajc, considera que a entrevista semiestruturada como uma “uma interação verbal animada de forma flexível pelo investigador” e que “Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar os temas gerais sobre os quais deseja ouvir...” (2003, p.282).

A análise de conteúdo caracteriza-se por ser uma técnica de análise de informação que permite examinar o que foi dito nas entrevistas. Bardin (1997) designa análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de obter, através da aplicação de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens.

Na análise de conteúdo são definidas categorias organizadas por rubricas ou classes, que agrupam determinados elementos reunindo características comuns.

No apêndice X está descrita a análise de conteúdo das entrevistas realizadas, segundo o modelo proposto por Bardin (1997), onde foram identificadas, *à posteriori*, duas categorias: uma relacionada com a área do desempenho, dividida em 2 subcategorias, formação e desempenho; e outra na área das necessidades, também dividida em 3 subcategorias (*stress* do cuidador, primeiros socorros e comportamentos conflituosos nas crianças).

Com o objetivo de melhorar a organização da análise dos dados, as entrevistas foram sujeitas a codificação, sendo classificadas com E1 e E2.

Perante os resultados obtidos na análise de conteúdo, na perspetiva da coordenadora e responsável, verificou-se a necessidade de intervenção nas áreas identificadas.

Através da análise de conteúdo das entrevistas, foi possível constatar que em relação à área formativa das cuidadoras, a instituição não possui plano de formação definido, pelo que nenhuma destas cuidadoras frequentou ações de formação nesta instituição, facto que é afirmado por ambas as entrevistadas.

É referido que em termos de organização das atividades diárias a serem desempenhadas pelas cuidadoras, é a equipa dessas cuidadoras que organiza e gere as atividades, sem a necessidade de um plano rígido. A responsável frisou que o facto de o grupo ser constituído por profissionais com “alguns anos de experiência com crianças” permite autonomia na gestão das tarefas.

Na área das necessidades foram identificadas dificuldades relacionadas com *stress* do cuidador, associado ao cansaço psicológico referido pelas cuidadoras e motivado pelo acréscimo de trabalho. Esta afirmação é justificada pelo número insuficiente de cuidadores que desempenha funções, sendo inadequado face às necessidades. Mencionam ainda a importância de adquirir conhecimentos de primeiros socorros, pois recorrem frequentemente aos serviços de saúde em situações que poderiam ser resolvidas nas instituições.

Tendo por base o modelo Teórico da Betty Neuman, como ferramenta norteadora no processo de Planeamento em Saúde no desenvolvimento deste projeto, a intervenção de enfermagem nesta comunidade, atua ao nível da **prevenção primária**, com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio do seu sistema, evidenciado pela ameaça à linha da defesa dos cuidadores formais, relacionada com stressores intrapessoais. Assim com base no modelo teórico, foram formulados os seguintes diagnósticos:

fadiga resultante do excesso de atividades com esforço físico e horários por turnos; **tensão do papel de cuidador**, relacionado com desempenho de tarefas desgastantes, por insuficiência de recursos humanos. Foi ainda identificado pelas cuidadoras e em entrevistas aos informantes-chaves, a presença de **ameaça à linha de defesa** das cuidadoras formais relacionada com **stressores intrapessoais** demonstrado por **défice de formação em primeiros socorros**.

Com efeito, após a análise dos resultados aos questionários e às entrevistas, identificaram-se como principais problemas de saúde:

- ✓ Desempenho de funções desgastantes;
- ✓ Necessidade de formação sobre primeiros socorros e comportamentos conflituosos nas crianças.

2.4. Diagnóstico de Enfermagem

A enfermagem, como profissão com uma crescente necessidade de dar visibilidade ao processo de conceção de cuidados de enfermagem, assume a utilização de ferramentas de informação e comunicação como um processo facilitador na gestão dos cuidados de saúde dos indivíduos e das comunidades.

A utilização de uma linguagem científica e universal na área do conhecimento em enfermagem, que possibilita a formulação de diagnósticos e a orientação na definição de intervenções, faz da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) uma ferramenta fundamental na comunicação. Toda a informação resultante da prática de enfermagem, e colocada ao dispor de outros enfermeiros, profissionais de saúde e entidades de decisão política, poderá ser utilizada no planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, nas previsões financeiras, nas análises dos resultados dos doentes e no desenvolvimento de políticas de saúde (OE, 2009).

A construção de um “**diagnóstico de enfermagem**” de acordo com a CIPE é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação” (OE, 2009, p.14) na construção do foco das intervenções, pelo que deve incluir um termo do **Eixo do Foco** e um termo do **Eixo do Juízo**. Contudo, pode ainda incluir termos adicionais, consoante a necessidade, dos Eixos de Foco, Juízo ou de outros eixos (OE, 2009). Segundo Stanhope e Lancaster (2011), o diagnóstico de enfermagem possibilita a identificação do problema e as suas causas.

Uma das principais competências de enfermagem em saúde comunitária consiste em conhecer e compreender a comunidade como cliente, através da identificação das suas necessidades, problemas e capacidades. A avaliação da comunidade envolve a colheita de dados e a sua interpretação, da qual advém um conjunto de problemas relativos à mesma. Assim, a identificação de cada problema é transposta num diagnóstico de saúde.

A partir da análise dos questionários e das entrevistas aos informantes-chave resultaram os diagnósticos que irão servir de base à realização do projeto de intervenção comunitária, com o intuito de responder aos problemas identificados.

De acordo com a CIPE, foram identificados os seguintes Diagnósticos de enfermagem:

- Conhecimento sobre *stress* do cuidador não demonstrado, evidenciado pelo desempenho de funções desgastantes;
- Défice de conhecimentos relacionado com os primeiros socorros demonstrado;
- Défice de conhecimentos relacionado com comportamentos conflituosos em crianças demonstrado.

2.5. Definição de Prioridades

A definição de prioridades corresponde à segunda fase do processo de planeamento em saúde, sendo entendida por Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares

(1990) como a etapa do planejamento em saúde correspondente à hierarquização dos problemas. Estes serão identificados na etapa de diagnóstico da situação, em que cada problema deverá ser colocado hierarquicamente de forma a determinar a sua importância.

A seleção de prioridades procura determinar o problema que se deverá resolver em primeiro plano (Tavares, 1990). Na determinação de prioridades pretende-se identificar quais são os problemas alvo de intervenção, através da aplicação de três critérios universais definidos pela OMS:

- ✓ a **Magnitude**, que caracteriza a dimensão do problema (doença e suas consequências);
- ✓ a **Transcendência**, que corresponde aos danos que o problema pode causar;
- ✓ a **Vulnerabilidade**, que corresponde à capacidade de prevenir o problema.

O diagnóstico de situação permite obter informações sobre a importância dos problemas, enquanto a determinação de prioridades permite, por um lado, orientar e selecionar os problemas que poderão ser alvo de intervenção e, por outro, aqueles para os quais é essencial primeiro conhecer as causas e as soluções, ou seja, as prioridades de investigação (Pineault e Daveluy, 1992).

A priorização dos problemas identificados não se revê apenas pela hierarquização dos mesmos, mas também na importância de priorizar qualquer ação tendente em manter uma situação, considerada como importante para a comunidade, ou seja, que se traduza, efetivamente, em ganhos em saúde (Nunes, 2016).

Rudan e colaboradores (2010) referem que a definição de prioridades é essencial em todos os sistemas de saúde, que se desenvolvem de uma forma contínua, com ou sem as ferramentas ou processos apropriados. No entanto, Pineault e Daveluy (1992) mencionam a existência de diversos métodos que possibilitam a determinação das prioridades e sem os quais não será possível defini-las, assim como determinar critérios de forma explícita e aplicar um método preciso de classificação ordenada, sendo que a seleção do procedimento a adotar depende do interesse em utilizar um método mais ou menos rigoroso.

O método utilizado na determinação de prioridades foi o Método da Grelha de Análise, sugerido por Tavares (1990), no qual são estabelecidos 4 critérios: em primeiro lugar, a importância do problema; em segundo, a relação problema/fator de risco; em terceiro, a capacidade técnica de resolução de problemas, e, por fim, em quarto lugar, a exequibilidade do projeto ou investigação.

Segundo Pineault e Daveluy (1992), o Método de Grelha de Análise permite a classificação de problemas de saúde, através da ordenação dos problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotômicas.

Tabela 2 - Determinação de prioridades aplicada à grelha de análise

Crítérios	Problema A Risco de Stress do Cuidador	Problema B Défice de conhecimentos relacionado com primeiros socorros	Problema C Défice de conhecimentos relacionado com comportamentos conflituosos nas crianças
Importância do problema	+	-	-
Relação problema/fator de risco	+	+	-
Capacidade técnica de resolução	+	+	+
Exequibilidade do projeto	+	+	+
Problema Selecionado	1º	2º	3º

Segundo Tavares (1990), a utilização da grelha de análise permite atribuir sucessivamente uma classificação de mais (+) ou de menos (-) ao problema, de forma sequencial, como base nos quatro critérios enunciados.

No quadro 1 encontra-se representado o resultado da aplicação do Método da Grelha de Análise. O problema **A - Risco de stress do cuidador** revelou ser de grande importância, considerando-se a existência da capacidade técnica para a sua resolução, com a implementação de sessões de educação para saúde, constituindo assim um projeto exequível. Tendo em conta a avaliação dos peritos, implicados no processo de priorização de problemas e pelo resultado da grelha de análise, verifica-se que este problema de saúde foi considerado como problema prioritário neste projeto de intervenção comunitária.

O problema **B - Défice de conhecimentos relacionado com primeiros socorros**, apesar de considerado de menor importância, mas com elevada relação entre o problema e os fatores de risco, identificado pelas cuidadoras e informantes-chaves como necessidade de formação, apresenta capacidade técnica para a sua resolução, sendo um problema com potencial de exequibilidade, o que poderá ser considerado também como problema prioritário e incluído neste projeto de intervenção comunitária.

O problema **C – Défice de conhecimentos relacionado com comportamentos conflituosos nas crianças**, considerado de menor importância e menor relação entre o problema e os fatores de risco, apresenta capacidade técnica para a sua resolução, ainda assim, constitui um problema potencialmente exequível.

Posto isto, foram identificados os seguintes problemas prioritários a serem alvo de intervenção comunitária: Risco de *Stress* do Cuidador relacionado com o desempenho de funções desgastes e Défice de conhecimentos relacionado com os primeiros socorros.

2.6. Fixação de Objetivos

A definição de objetivos foi identificada como a terceira etapa do Planeamento em Saúde, fase imprescindível para que seja possível a avaliação de resultados obtidos. Segundo Imperatori e Giraldes, o **objetivo** refere-se ao "enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado" (1993, p.79). Na formulação de um objetivo devem ser consideradas características e critérios, a partir das quais se poderá avaliar o sucesso de um projeto. Porém, importa que um objetivo seja pertinente, preciso, realizável e mensurável (Tavares, 1990).

A **fixação de objetivos** compreende a consecução de quatro fases: selecionar indicadores dos problemas alvo de intervenção; determinar a tendência do problema;

fixar objetivos que se pretendem alcançar; traduzir esses objetivos em objetivos operacionais ou metas (Tavares, 1990). Assim, definiu-se como **objetivo geral**: capacitar os cuidadores formais do CAT na obtenção de conhecimentos sobre o *stress* do cuidador e primeiros socorros, de fevereiro de 2020 a março de 2021.

Considerando os **objetivos específicos** como forma de detalhar ou particularizar aspetos e que contribuem para que o objetivo geral seja alcançado (Imperatori & Giraldes, 1986), definiram-se como objetivos específicos:

- desenvolver sessões de educação para a saúde direcionadas para responder às necessidades identificadas no diagnóstico de saúde;
- promover conhecimentos sobre *stress* do cuidador, que permitam às cuidadoras formais do CAT adotarem estratégias que minimizam o *stress* relacionado com sobrecarga do cuidador;
- contribuir para aquisição de conhecimentos no âmbito dos primeiros socorros às cuidadoras formais do CAT.

Em sequência dos objetivos específicos estabelecidos, há que definir **objetivos operacionais ou metas**, que são definidos por Imperatori e Giraldes como sendo o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (1993, p.80). Neste sentido, foram estabelecidos como objetivos operacionais:

- implementar sessões de educação para a saúde sobre *stress* do cuidador e primeiros socorros;
- melhorar os conhecimentos dos cuidadores formais sobre *stress* do cuidador e primeiros socorros;
- avaliar os conhecimentos adquiridos nas sessões realizadas e avaliar o grau de satisfação das cuidadoras formais relativamente às sessões de educação para a saúde.

Assim, foram determinados os seguintes indicadores de atividade: garantir que todas as sessões previstas fossem realizadas; monitorizar 80% das presenças das

Cuidadoras formais do CAT; assegurar que 80% de cuidadoras demonstram que adquiriram conhecimentos sobre *stress* do cuidador e primeiros socorros.

2.7. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias entende-se ser um processo pelo qual se pretende a redução dos problemas de saúde identificados como prioritários, devendo o mesmo ser pautado pela inovação e criatividade. Por sua vez, a definição dessas mesmas estratégias é conceptualizada como “um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Giraldes, 1993, p. 87).

Torna-se importante referir que o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária compreende a formulação de objetivos mensuráveis, para se avaliarem os resultados desejáveis do estado de saúde das comunidades, na definição estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas, que visam alcançar os objetivos pré-estabelecidos. Para a execução das intervenções, o enfermeiro especialista apela à participação das comunidades, com a utilização de recursos disponíveis e tendo em conta os valores socioculturais da comunidade (OE, 2018).

O enfermeiro, enquanto detentor de formação e experiência, constitui um agente dinamizador do processo de aprendizagem, na implementação de estratégias de educação para a saúde, com o objetivo de contribuir para a mudança de comportamentos que visam a adoção de estilos de vida saudáveis (OE, 2004), identificando necessidades de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades, através da implementação de estratégias promotoras de saúde e em parceria com equipa multidisciplinar (Carvalho e Carvalho, 2006). Tendo por base o Modelo de Betty Neuman, adaptado à enfermagem comunitária, e, nomeadamente, face à população alvo deste projeto, o mesmo deverá direccionar-se para a capacitação dessas comunidades na gestão dos agentes stressores. Deste modo, a intervenção comunitária tem como objetivo reforçar o sistema cliente, através do fortalecimento

da linha de defesa e das linhas de resistência e, simultaneamente, agir sobre a diminuição da tensão dos agentes stressores intrasistêmico identificados.

Tendo em conta os pressupostos do modelo teórico indicados e os objetivos atrás definidos, foram delineadas as seguintes atividades de intervenção:

- Reuniões com Enfermeiro da USPAS, para validação das estratégias a implementar;
- Reuniões com a coordenadora do CAT e responsável pelas cuidadoras, para divulgação e solicitar colaboração na implementação do projeto e posterior apresentação dos resultados, através de poster;
- Estabelecimento de parceria com psicologia clínica do ACES, com o objetivo de colaborar na formação sobre “Stress do Cuidador”;
- Realização de sessões de educação para saúde orientadas para as cuidadoras formais do CAT.

2.8. Preparação da Execução

Concluídas as etapas anteriores, segue-se a elaboração de programas/projetos, etapa esta que pretende responder aos problemas identificados. Nesta etapa são descritas as atividades realizadas, que compõem o projeto, sendo definidas segundo os objetivos operacionais anteriormente identificados. Neste sentido, uma etapa diz respeito ao quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas, e ainda quem será o responsável por executar (Imperatori & Giraldes, 1993).

A preparação da execução compreende a elaboração de um plano, que pretende ser um instrumento flexível, onde serão revelados os resultados de todo o processo de diagnóstico, análise e elaboração técnica e política, agregando acordos e pactos. A sua utilização servirá, pois, como uma ferramenta norteadora para a realização de atividades, isto é, o plano é um instrumento que orienta para a concretização das mudanças desejadas (Rodrigues, 2021).

Assim, foi também possível desenvolver nesta etapa competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária definidas pela OE (2018), através do estabelecimento de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

No sentido de otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção, foram operacionalizadas as seguintes atividades: Elaboração e apresentação dos resultados da colheita de dados através da exposição de um Poster; reunião com a Direção do CAT para programação do planeamento das sessões EpS, relativamente ao local e horário; verificação da disponibilidade de recursos; elaboração do plano de sessões de EpS (Apêndice XIV); elaboração de um suporte digital sobre as temáticas identificadas pelos problemas (Apêndice XV); apresentação de 4 sessões de EpS; aplicação de questionário de avaliação aos conteúdos transmitidos e questionários de avaliação da satisfação (Apêndice XVI e XVII).

Em suma, a implementação desta intervenção em enfermagem comunitária procurou a resolução dos problemas identificados, dando resposta ao diagnóstico de enfermagem definido, isto é, a ameaça à linha de defesa das cuidadoras formais, face aos stressores intrapessoais: a fadiga resultante do excesso de atividades com esforço físico e horários por turnos; o desempenho de tarefas desgastantes, por insuficiência de recursos humanos e pelo défice de conhecimento relativo aos primeiros socorros.

2.9. Avaliação

A avaliação, como a última etapa do processo de Planeamento em Saúde, é feita com base em cálculos de taxas de execução das tarefas propostas, através de indicadores de execução ou indicadores de atividades anteriormente construídos (Nunes, 2016). Será através da avaliação que se sabe se o plano definido inicialmente foi eficaz, isto é, se os objetivos predefinidos foram ou não atingidos. Assim, a “avaliação é um instrumento de apoio à replicação e à reprodução alargada das boas

práticas, dado que permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das ações desenvolvidas” (Rodrigues, 2021, p.129).

Ao longo do desenvolvimento do projeto, foram utilizados instrumentos de recolha de dados e no final das sessões de EpS foram aplicados questionários aos participantes: um, em que se pretendeu a avaliação de conhecimentos face aos temas apresentados, e outro para a avaliação da satisfação.

Os resultados obtidos aquando da realização das avaliações após as intervenções, não só ajudaram a comprovar os benefícios obtidos no contexto deste projeto, numa perspetiva de ganhos em saúde, aliando a visibilidade na prática de enfermagem ao contributo na aquisição e melhoria de conhecimentos pelas cuidadoras. As intervenções serviram também para a aquisição e melhoria de conhecimentos das cuidadoras do CAT, no que se refere à temática sobre *stress* do cuidador e primeiros socorros, o que por sua vez contribuirá para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados às crianças institucionalizadas.

De facto, após a análise dos dados obtidos, foi possível concluir que as atividades realizadas levaram à concretização dos objetivos predefinidos. Assim, foram alcançados as metas estabelecidas.

Posto isto, conclui-se que a avaliação dos resultados das intervenções é a parte visível da implementação deste projeto de intervenção comunitária, cumprindo-se os indicadores anteriormente definidos.

Após a avaliação dos resultados das intervenções, conclui-se que as metas foram alcançadas e cumpridos os indicadores previamente definidos e que são apresentados em Apêndice XVI.

3. QUESTÕES ÉTICAS

A investigação em saúde envolve atividades relacionadas com seres humanos, onde a conduta a ser seguida deverá ser pautada pelo respeito dos direitos da pessoa, definida pelo cumprimento dos princípios éticos, sendo eles o respeito à autodeterminação, respeito pela intimidade e confidencialidade, respeito à Justiça e Vulnerabilidade e o respeito pelo consentimento livre e esclarecido (Fortin, 2006).

No decorrer deste estudo foram cumpridos todos os princípios éticos através dos pedidos de autorização à Direção do ACES do Arco Ribeirinho (apêndice IV), à Coordenação da USPAS (apêndice V), à Coordenação do CAT (apêndice VI), responsável pelo acesso à informação do ACES (apêndice VII). Foi elaborado o consentimento informado livre e esclarecido para participantes no estudo (apêndice II). Foi ainda solicitado parecer à Comissão de Ética da ARSLVT (apêndice VIII), no qual o estudo foi designado como: “cumpre critérios de isenção de apreciação” (anexo V).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório descreve e analisa as várias etapas constituintes de um projeto de intervenção comunitária, com aplicação da Metodologia de Planeamento em Saúde e a mobilização do Modelo teórico de Betty Neuman, que integraram contributos importantes para a prática clínica e na aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Sendo este, o profissional de proximidade no atendimento às necessidades de uma comunidade, torna-se o impulsor no desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária, que objetivam a melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais e, por conseguinte, um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem junto da comunidade.

A escolha da metodologia acima mencionada tornou-se decisiva para a concretização da intervenção, a qual teve como foco principal a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, e no desenvolvimento de uma prática de enfermagem centrada na visão holística de uma comunidade.

Esta intervenção contou com a participação ativa das cuidadoras do CAT, que referiram ter sido um importante contributo para a melhoria do desempenho das suas funções. Regista-se ainda o interesse demonstrado pelos temas abordados. Contudo, não foi possível avaliar o impacto desta intervenção sobre os ganhos em saúde, o que seria pertinente, para posteriormente planear outras intervenções.

No atendimento às necessidades de saúde de uma comunidade, o enfermeiro especialista torna-se fundamental na mobilização de parceiros, garantindo uma maior eficácia na aplicabilidade das intervenções e, por conseguinte, efetivos ganhos em saúde.

Este projeto de intervenção comunitária teve como foco a capacitação de cuidadores formais, tendo sido implementadas sessões de educação para a saúde e também o desenvolvimento de outras estratégias que permitiram alcançar os objetivos

definidos. Baillon (1996) afirma que a formação proporciona aos cuidadores competências necessárias para lidar com os desafios diários presentes nas instituições, dotando-os de competências que visem também a satisfação das necessidades das crianças (Pereira, 2014).

A realidade dos cuidadores formais é transversal a todas as tipologias de instituições que prestam cuidados, no entanto este estudo reflete apenas a realidade de uma comunidade de cuidadores de crianças em risco institucionalizadas.

Neste sentido, realça-se o contributo importante da enfermagem na área da investigação sobre os processos de promoção da saúde, nomeadamente ao nível da melhoria de conhecimentos de uma comunidade. A realidade dos cuidadores formais, em contexto institucional de crianças em risco, não se encontra muito explorada, pelo que a realização de estudos sobre esta temática, que abranjam uma amostra de maior dimensão e outras instituições de acolhimento de crianças, seria relevante para o enriquecimento da evidência científica nesta área. Ainda assim, neste estudo, realça-se a contributo importante da enfermagem na área da investigação, nomeadamente ao nível da melhoria de conhecimentos de uma comunidade.

A elaboração do presente relatório espelha assim todo um percurso de consolidação e aquisição de conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares, onde existiu a integração de um paradigma da aprendizagem dinâmica e participativa, que permitiram responder às exigências e contribuir para a melhoria continua na qualidade dos cuidados, através da adoção de uma prática de cuidados baseado em procedimentos, onde estão subjacentes a ética deontológica e profissional, assim como o respeito pelos direitos humanos e profissionais.

A intervenção do enfermeiro EESC compreende a aquisição de competências, definidas no Regulamento n.º 428/2018, tornando-se interveniente ativo ao participar no processo de avaliação do estado de saúde de uma comunidade, baseado na metodologia de Planeamento em Saúde, quer seja nos processos de tomada de decisão para resolução dos problemas de saúde pública, quer seja no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com o objetivo de capacitar e promover o

empowerment das comunidades, de forma a responder de forma efetiva e adequada (OE, 2010). Concretiza-se, igualmente, o desenvolvimento de competências referentes a um segundo ciclo de estudos e preconizadas pelos Descritores de Dublin, incluindo no domínio do Conhecimento, da Capacidade e de Competências, que se traduzem da área da investigação; na aplicação a novas situações, na melhoria da comunicação e na autonomia e orientação do trabalho.

A mobilização de saberes baseados na evidência, permitiu a realização de uma Revisão Scoping com o objetivo de enriquecer este projeto de intervenção. A realização desta Revisão Scoping foi a base para a publicação de uma apresentação intitulada **“Vivências de cuidadores formais nos centros de acolhimento de 1ª infância: Revisão Scoping”**, no âmbito do VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería, realizado de 17/03/2021 a 24/03/2021.

Como balanço final, com terminar deste percurso formativo, a realização deste relatório, revê-se num instrumento de reflexão de competências adquiridas, onde tiveram presentes contributos essenciais de investigação e formação com repercussões na prática clínica e, ainda, a integração de um processo de aprendizagem progressivo, marcado pela motivação, empenho e, acima de tudo, pela resiliência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algeri, S. (2005). A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), 26(3), 308-315. Acedido em <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4561/2488>
- Algeri, S. (2006). *Violência Sexual Adolescentes*. 14(4). Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400023>
- APAV. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Acedido em https://www.apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual_Criancas_Jovens_PT.pdf
- APAV. (2019). *Estatísticas APAV: Crianças e Jovens Vítimas de Crime e de Violência 2013-2018*. Acedido em https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/2028-estatisticas-apav-criancas-e-jovens-vitimas-de-crime-e-de-violencia-2013-2018
- Baillon, S., Scothern, G., Neville, P. & Shue, A. (1996). Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 23-28.
- Bardin L. (1997). *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro (SP): Ed 70.
- Bogalho, M. (2017). *Stress Ocupacional e Coping em cuidadores formais (Ajudantes de Ação Direta) de idosos (In)dependentes institucionalizados*. Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10284/5837>
- Braga, G. & Silva, J. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Beddome, G. (1995). *Community as client Assessment. A Neuman Based Guide for Education and Practice*. B. Neuman. The Neuman Systems Model. 3.^a ed. Norwalk: Appleton e Lange.

- Bernardino A., Machado C., Alves E., Rebouço H., Pedro R., Gaspar P. (2009). *Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Borges, J. P. A. (2014). Violência na Infância: perspectivas e desafios para a Enfermagem. *Rev. Soc Bras Enferm Ped*, 14(2), 154–158.
- Cansado, T. (2008). Institucionalização de crianças e jovens em Portugal Continental: O caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *E-Cadernos CES*, (02). Acedido em <https://doi.org/10.4000/eces.1387>
- Carvalho, A., S., Carvalho, G., S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, S., Alves, D. R., Durão, N., Pereira, C. S., Tomás, S. T., Castilhos, D. S., Carvalho, O. De (2018). *Convenção Sobre Os Direitos Da Criança*. El Cincuentenario de Los Pactos Internacionales de Derechos Humanos de La ONU, 1649–1660. Acedido em <https://doi.org/10.2307/j.ctt2111g8r.107>
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M., Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2) 306–312. DOI: 10.5216/ree. v13i2.937. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/273715430_Cuidar_de_idosos_institucionalizados_caracteristicas_e_dificuldades_dos_cuidadores
- Costa, F. C. B. (2020). *Perspetiva sobre os Maus-Tratos a Crianças e Jovens – Um Estudo de Psicologia Forense*. Tese de Mestrado em Psicologia Forense, no curso de Mestrado em Psicologia Forense, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Acedido em <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/10248/1/FINAL%20-%20Perspetiva%20sobre%20os%20MT%20a%20Crian%C3%A7as%20e%20Jovens.pdf>

- DGS (2008). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Acedido em <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/conceito.aspx>
- DGS (2016). *Violência Interpessoal. Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. 2.^a ed. Acedido em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- DGS (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde, 38. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>
- Genésio, J.C.L.P. (2017). *Avaliação da perceção do stress em cuidadores formais: um programa de intervenção*. Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Envelhecimento Ativo. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14686/1/Jo%c3%a3o%20Carlos%20Lopes%20Pires%20Gen%c3%a9sio.pdf>
- Golin, G. & Benetti, S.P.C. (2013). Acolhimento Precoce e o Vínculo na Institucionalização. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 29(3), 241-248.
- Fernandes, M. & Silva, M (1996). *Centro de Acolhimento para crianças em risco*. Lisboa: Direção-Geral de Ação Social. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/51053/Centro_acolhimento_crianças_risco/560dac38-6948-4d18-9efc-1eef02006da5
- Fonseca, L., E. (2000). *Promoção da Saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4.^a ed, Porto Alegre: ArtMed Editora.

- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B., Mustajbegovic, J. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2056-2066. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05057.x
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no Futuro*. Alfragide: Texto Editores.
- Imperatori, E., Giraldes, M., R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto da Segurança Social (s.d.). *Manual de Boas Práticas*. ISBN 972-99152-8-8. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/14707/_acolhimento_residencial_crianças_jovens/40a9198f-3ce5-44b3-b98a-b1ccdd8bf1c8
- Instituto da Segurança Social I.P. 2019. CASA 2018 - *Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/16662972/Relat%C3%B3rio_CASA2018/f2bd8e0a-7e57-4664-ad1e-f1cebcc6498e
- Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil
- Matos, P. M. (2002). *(Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes*. Tese de doutoramento em Psicologia, Universidade do Porto.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco-US: Jossey-Bass
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52, 397- 422. <http://doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Miranda, S. C. C. (2011). *Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Braga. Universidade do Minho

- Mohangia, K. & Pretorius. (2017). On the periphery of HIV and AIDS: Reflections on stress as experienced by caregivers in a child residential care facility in South Africa. *Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA*, 14(1), 153-161.
- Muniz, M., Primi, R. & Miguel, F. K. (2007). Investigação da inteligência emocional como factor de controle do stress em guardas municipais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(1), 27-4.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2001). The Neuman Systems Model. 5ª Ed., United States of America, Pearson Education, p.114-171.
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodologia do Planeamento em saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Nunes, L. (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas*. Percursos. Setúbal: Área disciplinar de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. N.º 15, 1-37.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientações para a elaboração de Catálogos CIPE "Guidelines for ICNP"* Catalogue (H. Castro, Trad.).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de Julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, Série II, n.º 135, 19354 - 19359.
- Ordem dos enfermeiros (2011), *Os Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Organização Mundial de Saúde (2004). Work Organization & Stress. Protecting Workers' Health Series n.º3. Acedido em https://www.who.int/occupational_health/topics/stress/en/
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: Editora ACEPS, p.111-123.
- Pereira, R. J. G. (2014). *A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Católica.
- Pineault, R. & Daveluy, C. (1992). La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. (2ª ed.) Madrid: Masson.
- Pineault, R. (2016). Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. Brasília: Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde. LEIASS
- Pinhel, J., Torres, N., Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de Vinculação e Problemas de Comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4 (XXVII), 509-521. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v27n4/v27n4a06.pdf>
- Quiroga M. G., & Hamilton-Giachritsis, C. (2017). "Getting involved": A thematic analysis of caregivers' perspectives in Chilean residential children's homes. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1–20. DOI: 10.1177/0265407516637838
- Renosto A. & Trindade J. L. A. (2007). A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 709-716.
- Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais. Centros de acolhimento Temporário. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/89982/rtes_centros_acolhimento_temporario/5050184e-1ceb-45dd-9815-4b3ad30a5a75

- Relatório da Comissão Internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior. (2011). Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior
- Rodrigues, F.M. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisboa. Lisbon Press.
- Rudan, Igor *et al.* (2010). Evidence-Based Priority Setting for Health Care and Research: Tools to Support Policy in Maternal, Neonatal, and Child Health in Africa. *PLoS Medicine*. 7:7 .
- Saraiva, R. J., Rosas, A. M. T. F., Valente, G. S. C., Viana, L. de O. (2012). Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. *Ciencia y Enfermeria*, 18(1), 17–27. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532012000100003>
- Santos, A. (2013). *Relações de vinculação dos Jovens Institucionalizados com os Cuidadores Formais*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Acedido em https://www.academia.edu/5856770/Rela%C3%A7%C3%B5es_de_vincula%C3%A7%C3%A3o_dos_jovens_institucionalizados_com_os_cuidadores_formais
- Simões, M. (2012). *Capacidade para o trabalho em cuidadores formais de idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, na Especialidade de Clínica e Saúde, Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.
- Siqueira, A. C. & Dell’Aglia, D.D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*; 18 (1, 71-80) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acedido em <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1.pdf>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sousa, S. C. (2020). *Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Área de

especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde.

Stanope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4.^a ed. Loures: Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7.^a ed., Loures: Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde (Cadernos de Formação).

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(1), 58-65.

Zanelatto, P. F., Medeiros, M., Silva, S. W., Bouttelet M. D, (2012). Violência contra crianças e adolescentes: Significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. *Ciencia y Enfermeria*, 18(2) 41-49

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/21.pdf>

<https://misericordiarbarreiro.pt/centro-de-acolhimento/>

https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3rev.pdf?ua=1

https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

[https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/10248/1/FINAL%20-](https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/10248/1/FINAL%20-%20Perspetiva%20sobre%20os%20MT%20a%20Crian%3%a7as%20e%20Jovens.pdf)

[%20Perspetiva%20sobre%20os%20MT%20a%20Crian%3%a7as%20e%20Jovens.pdf](https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/10248/1/FINAL%20-%20Perspetiva%20sobre%20os%20MT%20a%20Crian%3%a7as%20e%20Jovens.pdf)

ANEXOS

ANEXO I

Parecer favorável do Presidente do ACES Arco Ribeirinho

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Imprimir Cancelar

FW: Pedido de autorização do responsável pelo acesso à informação do ACES

Miguel Lemos | ACES Arco Ribeirinho - Direção Executiva <miguel.lemos@arslvt.min-saude.pt>
sex, 10/07/2020 16:03

Para: Graca Maria Machado Matos Monteiro | USF Lavradio <graca.monteiro@arslvt.min-saude.pt>
Cc: Raquel Menezes Bettencourt Soares Chang | Pres. CCS Arco Ribeirinho <raquel.chang@arslvt.min-saude.pt>; Ana Cristina Sequeira Bento Maia | UCSP Moita <ana.cristina.maia@arslvt.min-saude.pt>

2 anexos (49 KB)
Apresentação à Direção ACES.docx; QUESTIONARIO cuidadores formais-FINAL.docx;

Boa tarde Enfª Graça Matos

Da parte do ACES nada a opor quanto ao projeto de investigação que propõe, devendo o mesmo ser proposta 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

100%

18:10
10/07/2020

71

ANEXO II

Parecer favorável da Coordenação da USPAS

14

G

Imprimir

Cancelar

RE: Pedido de Adesão ao Projeto "Formar para melhor cuidar"

Lina Maria Guarda | DSP | ACES Arco Ribeirinho <lina.guarda@arslvt.min-saude.pt>
qui, 02/07/2020 19:34
Para: Graca Maria Machado Matos Monteiro | USF Lavradio <graca.monteiro@arslvt.min-saude.pt>
Cc: Paulo Manuel Ferreira Silva | ACES Arco Ribeirinho <paulo.f.silva@arslvt.min-saude.pt>

Muito boa tarde

Sra. Enf.ª Graça Matos,

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.

Lina Guarda
Delegada de Saúde Coordenadora
Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio
(Geminada com a USP Zé Povinho do ACeS Oeste Norte
e com a USP do Alentejo Litoral da ULSLA)
Rua Capitão Salgueiro Maia
2890-041 Alcochete

REPÚBLICA PORTUGUESA

40

SNS

ARS LVT

USPAS

AVISO DE CONFIDENCIALIDADE

Este e-mail e quaisquer ficheiros informáticos com ele transmitidos são confidenciais e destinados ao conhecimento e uso exclusivo do respetivo destinatário, não podendo o conteúdo dos mesmos ser alterado. Caso tenha recebido este e-mail indevidamente, queira informar de imediato o remetente e proceder à destruição da mensagem. O correio eletrónico não garante a confidencialidade dos conteúdos das mensagens, nem a receção adequada dos mesmos. Caso o destinatário deste e-mail tenha qualquer objeção à utilização deste meio deverá contactar de imediato o remetente.

100%

18:19
10/07/2020

ANEXO III

Parecer favorável da Coordenação da CAT

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Imprimir
 Cancelar

Projecto "Formar para melhor cuidar"

centrodeacolhimento@misericordiarbarreiro.pt <centrodeacolhimento@misericordiarbarreiro.pt>
qua, 01/07/2020 19:38

Para: Graca Maria Machado Matos Monteiro | USF Lavradio <graca.monteiro@arslv.min-saude.pt>
Cc: aras.bxo@gmail.com <aras.bxo@gmail.com>; luis.ferreira@misericordiarbarreiro.pt <luis.ferreira@misericordiarbarreiro.pt>

Boa Tarde Sra. Enf. Graça Monteiro,

No âmbito da sua proposta para efeitos de realização do seu projecto académico no Centro de Acolhimento Temporário "O Palhacinho", especialmente dirigido ao grupo de cuidadoras formais deste equipamento, vimos por este meio informar que, presentemente, apenas podemos garantir a aplicação dos questionários, a curto prazo, para efeitos de validação, quer posteriormente, a aplicação dos mesmos em formato digital e/ou físico.

Contudo, as acções formativas propostas, resultantes da avaliação e resultados obtidos, não podemos por ora viabilizar a sua execução, em regime presencial, atendendo ao plano de contingência em vigor, fruto do contexto em vivemos e como forma de, garantir a segurança dos profissionais e crianças acolhidas, através da minimização das interações presenciais entre todos os intervenientes. Logo, se considerar, como referiu, realizar as respectivas formações em formato digital e/ou estabelecer uma alternativa às mesmas, não existe nada a opor ou que inviabilize a sua execução.

Relembramos que, as condições de funcionamento do nosso equipamento obedecem às orientações expressas da DGS, face ao contexto de pandemia por COVID 19, logo, como melhor compreenderá, não podemos assumir um compromisso a longo prazo, quando não conseguimos prever qual será evolução do actual quadro pandémico, bem como as medidas protectivas associadas ao mesmo.

Por fim, aproveitamos para lhe agradecer a estreita colaboração, disponibilidade e apoio que tem assegurado no acompanhamento das crianças e jovens que aqui acolhemos, que indubitavelmente para nós, se tem constituído como um factor facilitador e de entreeajuda.

Os meus cumprimentos,
Joana Pereira

(Directora Técnica)
Centro de Acolhimento Temporário "O Palhacinho"
Comunidade de inserção "À Beira Tejo"

100%

18:13
10/07/2020

ANEXO IV

PARECER FAVORÁVEL DO RESPONSÁVEL PELO

ACESSO À INFORMAÇÃO DO ACES


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Mover para ▼
 Categorizar ▼
 Suspender ▼
 Anular ...

Pedido de autorização do responsável pelo acesso à informação do ACES
5


Raquel Menezes Bettencourt Soares Chang | Pres. CCS Arco Ribeirinho
 qua, 29/07/2020 12:47

Para: Graca Maria Machado Matos Monteiro | USF Lavradio
 Cc: Gestão RH | ACES Arco Ribeirinho; Miguel Lemos | ACES Arco Ribeirinho - Direção Executiva

Bom dia Sra. Enf. Graça Monteiro,

 Como gestora de acesso à informação de saúde do ACES Arco Ribeirinho, sou de autorizar o solicitado para desenvolver o Projeto de Intervenção Comunitária "Formar para melhor cuidar", integrado na especialização em Enfermagem Comunitária que está a realizar na Escola superior de Enfermagem de Lisboa.

 Com os melhores cumprimentos.

 Raquel Bettencourt
 Presidente do Conselho Clínico do Aces Arco Ribeirinho



Aces Arco Ribeirinho

Rua D. José Carcamo Lobo

2835-372 Lavradio, PORTUGAL

TLM +351 96 6844035 TEL +351 21 2059330 FAX +351 21 2059320

raquel.chang@arsivt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR


 Já conhece o Portal SNS?



ANEXO V

PARECER FAVORÁVEL DA CES DA ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Graça Maria Monteiro

gracamonteiro@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6137/CES/2020

Assunto: Formar para melhor cuidar: Capacitação dos cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 18.09.2020, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer de isenção parecer.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende que o presente projecto, cumpre critérios de isenção de apreciação.

Com os melhores cumprimentos,


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

APÊNDICES

APÊNDICE I

REVISÃO SCOPING

REVISÃO SCOPING

DEFINIÇÃO DO TÍTULO E QUESTÃO ORIENTADORA

De acordo com o que me proponho, defini como o título o seguinte:

“Vivências do Cuidador formal de crianças institucionalizadas”

A questão de pesquisa para este protocolo foi formulada de acordo com a mnemônica PCC preconizada pelo Joanna Briggs Institute (2015), em que P é a população, C os conceitos e C o contexto.

Ainda, de acordo com o estabelecido pelo Joanna Briggs Institute (2015) a definição de uma pergunta de revisão scoping pretende orientar e direcionar o desenvolvimento dos critérios de inclusão, assim como a clareza da questão, facilita o desenvolvimento do protocolo e possibilita a eficácia na realização da pesquisa da literatura, permitindo a construção de uma estrutura precisa para a realização de Revisão de Scoping.

Como questão orientadora defini: Quais as vivências do cuidador informal de crianças institucionalizadas?

Mnemônica PCC:

P (população): - Cuidador formal em instituições de acolhimento para crianças.

C (Conceito): – Crianças com idades 0-12 anos, institucionalizadas; vivências; percepções; narrativas; relatos; experiências. Todos os estudos que incluam as vivências, experiências, percepções, narrativas e relatos.

C (contexto): Centros de acolhimento, orfanatos, Cuidados de saúde primários, comunidade

Estratégia de Pesquisa

Como estratégia de pesquisa, recorri às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, na plataforma EBSCOhost Web. Em ambas as bases de dados utilizaram-se: limitadores temporais, apenas estudos entre 2015 e o ano corrente, para ter acesso à mais recente evidência científica; texto integral; limitador de faixa etária (Crianças dos 0-12 anos), uma vez que, as crianças do do CAT, pertencem a esta faixa etária. Utilizou-se o operador booleano “OR” para agrupar pesquisas entre o

mesmo conceito e o operador booleano “AND” entre conceitos diferentes. No quadro seguinte encontram-se as palavras-chave utilizadas, os termos naturais, em inglês, e os termos indexados para a pesquisa, em cada uma das bases de dados.

	PCC	TERMOS NATURAIS	CINAHL	MEDLINE
POPULAÇÃO	Cuidador	Caregivers	Caregivers	Caregivers
	formal	formal	_____	_____
	Centro de acolhimento	Shelters	_____	_____
	Orfanatos	Orphanage	Orphanage	Orphanage
CONCEITO	Criança	Children Kids child	_____ _____ Child	_____ _____ Child
	institucionalizada	institutionalized	Child institutionalized	Child institutionalized
	Vivências	Experiences* Life Experiences Lived Experiences	_____ Lived Experiences _____	_____ Life experiences _____
	Relatos	reports	_____	_____
	Dificuldades	Difficulties	_____	_____
		Difficulty		
	Narrativas	Narratives	Narratives	Narratives
	Percepções	Perceptions	Perceptions	Perceptions
CONTEXTO	Centro de acolhimento	Shelters	_____	_____
	Orfanatos	Orphanage	Orphanage	Orphanage
	Cuidados Saúde primários			
	Comunidade			

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios estabelecidos para a elaboração desta revisão de scoping foram apropriados e em congruência com o objetivo e a questão orientadora, especificando mnemónica PCC:

POPULAÇÃO – todos os estudos que incluam cuidadores formais independentemente da idade que desempenham funções em instituições de acolhimento de crianças da 1ª infância, mas aceitando apenas estes pois são o foco da nossa pesquisa.

CONCEITO – Crianças com idades 0-12 anos, institucionalizadas; vivências; percepções; narrativas; relatos; experiências. Todos os estudos que incluam as vivências, experiências, percepções, narrativas e relatos de cuidadores informais de crianças institucionalizadas.

CONTEXTO – Instituições de acolhimento de crianças; Cuidados de saúde primários, Comunidade

TIPOS DE ESTUDOS – serão aceites todos os tipos de estudos primários, revisões sistemáticas da literatura, meta análise e relatórios.

Como critérios de inclusão estudos de qualquer país, mas só aceites em inglês, português e espanhol e publicados quer seja da área de enfermagem ou de outras disciplinas. Tendo sido estabelecido limite temporal de publicações entre o ano 2015-2020.

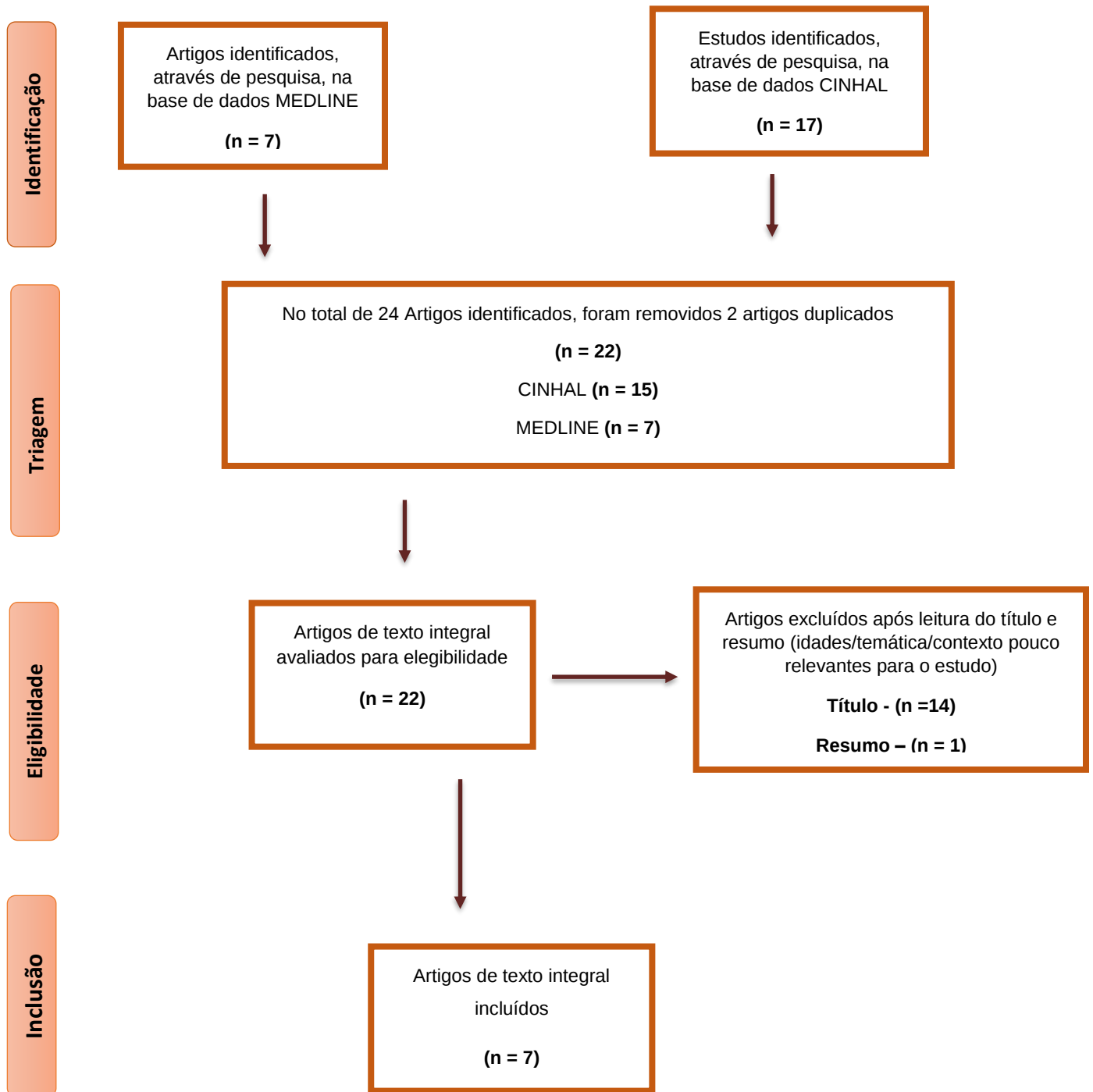
Extração de Resultados

A extração dos resultados foi efetuada, segundo as orientações do The Joanna Briggs Institute, nomeadamente, quanto ao autor, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, amostra, metodologia, finalidade, intervenções/estratégias para a promoção e melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais de instituições de acolhimento. Os resultados encontrados e a respetiva seleção dos artigos estão esquematizados no Prisma seguinte.

Tipo de estudos

Consideraram-se todos os estudos, disponíveis em texto integral, quantitativos, qualitativos e mistos. Apenas artigos escritos em inglês, espanhol ou português e com ano de publicação entre 2015 e 2020, serão incluídos.

PRISMA Flow Diagram



From: 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> For more information, visit www.prisma-statement.org

MEDLINE

Autor	Local do estudo/ Tipo de estudo	Título do estudo/Finalidade	Resultados /Conclusão
Murray Harrison, A. (2016).	Estudo desenvolvido num orfanato na América Central e em um hospital na Índia.	“Effective Volunteerism.” Helping Child Caregivers in Developing Countries. Desenvolver um método de voluntariado em consultas de saúde mental para cuidadores de crianças em países em desenvolvimento no contexto de visitas episódicas e um relacionamento de longo prazo.	O estudo aborda brevemente os desafios que o consultor experimenta ao trabalhar com crianças negligenciadas e traumatizadas e a utilidade da prática reflexiva.
Hawk, B. N., McCall, R. B., Groark, C. J., Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., & Nikiforova, N. V. (2018).	São Petersburgo, na Federação Russa	Caregiver Sensitivity and Consistency and Children's Prior Family Experience as Contexts for Early Development within Institutions. Abordar se duas intervenções, uma de aumentar a sensibilidade do cuidador ou a sensibilidade e consistência do cuidador promoveram melhor desenvolvimento socio-emocional e cognitivo e comparar com outra instituição sem intervenção durante o primeiro ano de vida para crianças que foram colocadas logo após o nascimento.	Os resultados sugerem que melhorar a sensibilidade do cuidador pode melhorar o desenvolvimento cognitivo dos bebês no primeiro ano de institucionalização, ao passo que melhorar a consistência do cuidador, além da sensibilidade, é mais benéfico para o desenvolvimento socio emocional do que apenas a sensibilidade. Da mesma forma, para crianças com maior tempo de permanência com a família antes da institucionalização (cuidador consistente, sensibilidade desconhecida) foi associado a melhores escores basais socio emocionais, mas não cognitivos, e mais rápido cognitivo que o desenvolvimento socio emocional durante a institucionalização.
Mohangi, K., & Pretorius, C. (2017).	Estudo paradigma interpretivista, seguindo uma abordagem qualitativa e um desenho de estudo de caso. África do Sul	On the periphery of HIV and AIDS: Reflections on stress as experienced by caregivers in a child residential care facility in South Africa. Perceber como as cuidadoras de crianças institucionalizadas afetadas pelo HIV e AIDS enfrentam estresse.	Os resultados deste estudo indicaram que os participantes experimentaram o cuidado em uma instituição como estressante, desmotivador e emocionalmente oneroso. Além disso, os cuidadores que trabalham em um ambiente de HIV e AIDS experimentaram um estresse adicional relacionado a impedimentos organizacionais e gerenciais, falta de apoio emocional e prático, treinamento inadequado, dificuldades disciplinares e falta de respeito e apreço das crianças sob seus cuidados.

CINAHL

Autor	Local do estudo/ Tipo de estudo	Título do estudo/Finalidade	Resultados /Conclusão
Garcia Quiroga, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2017).	Chile, Estudo qualitativo	"Getting involved." Analisar as perspectivas dos cuidadores nas casas de crianças residenciais chilenas	Os cuidadores relatam a sua experiência de trabalho como impacto positivo e seu relacionamento com as crianças e que caracteriza pelo envolvimento emocional como contributo na melhoria do atendimento a estas crianças, que permanecem em cuidados residenciais em vez de cuidados de base familiar.
Allday, R. A., Newell, J. M., & Sukovsky, Y. (2020).	Ucrania. Estudo exploratorio	Burnout, compassion fatigue and professional resilience in caregivers of children with disabilities in Ukraine. Perceber as experiências profissionais dos cuidadores que prestam cuidados de longo prazo a crianças com deficiência na Ucrânia.	Examinou os níveis relatados de fadiga da compaixão, desgaste profissional e satisfação da compaixão, em um centro de reabilitação privado e em um orfanato público. Os resultados revelaram que, apesar das difíceis condições de trabalho,
Makufa, S. C., Kisyombe, D., Miller, N., & Barkey, N. (2017).	estudo longitudinal. Suazilândia	Empowering caregivers of orphans and vulnerable children in Swaziland. Relatar os impactos na saúde e psicossociais de um programa desenvolvido para capacitar economicamente as cuidadoras de órfãos e crianças vulneráveis	Os dados mostraram que os prestadores de cuidados aumentaram os ganhos, emprestaram mais, reembolsaram seus empréstimos e expandiram seus negócios. Impactos importantes à saúde foram encontrados tanto para os cuidadores quanto para os órfãos e crianças. Os resultados mostraram que os membros do grupo de poupança da WORTH aumentaram seus recursos financeiros e os usaram para melhorar o bem-estar dos órfãos e crianças vulneráveis sob seus cuidados. artigo tentou mostrar como uma consulta de longo prazo entre um clínico de saúde mental de um país desenvolvido e um cuidador de crianças em um país em desenvolvimento pode funcionar de maneiras únicas e satisfatórias. O papel do consultor é centr

Weedle, S., Daire, A., & Clarke, R. (2016)	Orfanato na Bielorrussia	Overcoming barriers to best practice in a Belarusian orphanage. Demonstrar técnicas aos funcionários para melhorar o atendimento a crianças e jovens adultos com deficiência	descreve as experiências dos autores de se envolver com os programas da instituição de caridade, explorando os problemas relacionados à deficiência e trabalhando em um orfanato para crianças e jovens adultos com deficiência. Também descreve como o conjunto de habilidades do enfermeiro registrado em deficiência intelectual é transferível para esse tipo de ambiente em todo o mundo.
--	--------------------------	--	---

APÊNDICE II

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, no ano letivo 2019/2020, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pretendo desenvolver um estudo intitulado **“FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”** sobre as necessidades formativas dos cuidadores formais no Centro de Acolhimento Temporário da Santa Casa da Misericórdia.

Solicito a sua participação no preenchimento de um questionário, com uma duração total de aproximadamente 15 minutos. Não existem respostas certas nem erradas, o que interessa é o que pensa e sente realmente. É importante que leia atentamente e responda a todas as questões. Se eventualmente se enganar a assinalar a sua resposta, deverá riscá-la e preencher o quadrado correspondente à resposta que realmente pretende.

A participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que pode nega-la ou decidir interromper o preenchimento do questionário, a qualquer momento, se assim o entender. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

Se pretender algum esclarecimento sobre este estudo, por favor contacte a investigadora Graça Maria Machado de Matos Monteiro pelo e-mail gracammmatos@gmail.com

Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo e que aceito participar nesta investigação.

____/____/2020

☐ Aceito participar

☐ Não aceito participar

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO “FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”

Questionário “*Formar para melhor cuidar*”

DATA ____/____/2020

Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema “Formar para melhor cuidar”. A sua concretização apenas será possível com a sua colaboração no seu preenchimento, de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe uma quadrícula (☐) , deve assinalar com uma cruz a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve responder de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor que **não** deixe nenhuma questão por responder e que **não** escreva o seu nome. Muito obrigada pela sua colaboração.

Parte A – Caracterização sociodemográfica

A1. Sexo

1. ☐ Masculino
2. ☐ Feminino

A2. Idade

Quantos anos tem? _____

A3. Estado civil

1. ☐ Casado(a) /união de fato
2. ☐ Divorciado(a)/Separado(a)
3. ☐ Viúvo(a)
4. ☐ Solteiro(a)

A4. Tem filhos?

1. ☐ Sim. Quantos? _____.
2. ☐ Não.

A5 - Habilitações Literárias:

1. ☐ Ciclo do Ensino Básico
2. ☐ Ensino Secundário
3. ☐ Curso Profissional
4. ☐ Bacharelato
5. ☐ Licenciatura
6. ☐ Pós-Graduação
7. ☐ Mestrado
8. ☐ Doutoramento

Parte B – AVALIAÇÃO LABORAL

Função que desempenha no CA: _____

Anos de Trabalho: _____

B1. Tipo de horário

1. ☐ Horário fixo
2. ☐ Horário rotativo

B2. Tem experiência profissional na área da prestação de cuidados infantis?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

B3. Tem formação específica para desempenhar funções na área da prestação de cuidados a crianças?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

B4. Tem acesso a formação continua na Instituição onde trabalha?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

B5. Considera que a formação que tem é adequada às funções que desempenha?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

B6. Sente-se motivada nas funções que desempenha?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

PARTE C - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Indique para cada uma das expressões a sua opinião de acordo com “Concordo”, “não tenho opinião” ou “Discordo”.

Áreas de Intervenção	Grau de concordância		
	Concordo	Não tenho opinião	Discordo
C1. Higiene e Conforto			
1.Sente dificuldade em prestar cuidados de higiene/banho			
2.Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados vestir/despir			
C2. Alimentação			
1.Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados com a preparação dos alimentos			
2.Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados com a alimentação			
C3. Relacionamento			
1.Sente Dificuldade no estabelecimento de uma relação com as crianças			
2.Sente-se emocionalmente envolvido com as crianças que presta cuidados			
C4. Lazer/Apoio			
1.Sente-se emocionalmente Acedido para realizar atividades de lúdicas com as crianças			
2.Sente-se emocionalmente Acedido para realizar atividades escolas com as crianças			
C5. Segurança/Proteção			
1.Em situações de doença/saúde sente segurança no acompanhamento e prestação de cuidados			
C6. Profissional/Formação/Institucional			
1.Sente que as funções que desempenhas são desgastantes			
2.A instituição disponibiliza recursos necessários para desempenhar as suas funções			
3.Acha que a formação é importante para o melhor desempenho das suas funções			

C7. Indique que 3 temas que considere relevantes para melhorar as suas tarefas do dia a dia com as crianças do CAT.

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE IV

PEDIDO AO DIRETOR EXECUTIVO DO CONSELHO CLÍNICO DO ACES

Exmo. Srº Diretor Executivo

ACES Arco Ribeirinho

Drº Miguel Lemos

Assunto: Pedido de Adesão ao Projeto “**Formar para melhor cuidar**”

Graça Maria Machado de Matos Monteiro, enfermeira a frequentar o 11º curso de Mestrado, área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, sob a orientação do Professor Edmundo Sousa e tendo como orientador clínico Enfermeiro Paulo Silva.

O Projeto “**Formar para melhor cuidar**”, tem como objetivo identificar necessidades formativas dos cuidadores formais de instituições de acolhimentos de crianças 0-12 anos. Sendo o cuidador formal, a figura de proximidade e responsável pelos cuidados as crianças vulneráveis com risco acrescido, será relevante o contributo na melhoria da sua formação enquanto cuidador.

Este projeto integra-se no Plano Local de Saúde do ACES AR, nomeadamente nos seus territórios Cidadania em Saúde; Afetos e Ambiente.

Vem assim solicitar a V.ª Exª a sua autorização no desenvolvimento em parceria local, da etapa do Diagnóstico de Situação relativo à temática deste projeto através da aplicação de um questionário aos cuidadores formais que prestam cuidados no Centro de Acolhimento Temporário e da Santa Casa da Misericórdia.

Desde já quero agradecer a vossa atenção e disponibilidade para a colaboração, aguardo a resposta com a celeridade possível.

Com os melhores cumprimentos

Graça Matos

Lavrado, 25 de Junho de 2020.

APÊNDICE V

PEDIDO À COORDENADORA DA USPAS

Exma. Sr^a Coordenadora USPAS

ACES Arco Ribeirinho

Dr^a Lina Guarda

Assunto: Pedido de Adesão ao Projeto “***Formar para melhor cuidar***”

Graça Maria Machado de Matos Monteiro, enfermeira a frequentar o 11º curso de Mestrado, área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, sob a orientação do Professor Edmundo Sousa e tendo como orientador clínico Enfermeiro Paulo Silva.

O Projeto “***Formar para melhor cuidar***”, tem como objetivo identificar necessidades formativas dos cuidadores formais de instituições de acolhimentos de crianças 0-12 anos. Sendo o cuidador formal, a figura de proximidade e responsável pelos cuidados as crianças vulneráveis com risco acrescido, será relevante o contributo na melhoria da sua formação enquanto cuidador.

Este projeto integra-se no Plano Local de Saúde do ACES AR, nomeadamente nos territórios Cidadania em Saúde; Afetos e Ambiente.

Vem assim solicitar a V.^a Ex.^a a sua concordância no âmbito do desenvolvimento da etapa do Diagnóstico de Situação relativo à temática deste projeto através da aplicação de um questionário aos cuidadores formais que prestam cuidados no Centro de Acolhimento Temporário.

Desde já quero agradecer a vossa atenção e disponibilidade para a colaboração, aguardo a resposta com a celeridade possível.

Com os melhores cumprimentos

Graça Matos

Lavrado, 25 de Junho de 2020.

APÊNDICE VI

PEDIDO À COORDENADORA DO CENTRO DE

ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO

Exma. Sr^a Assistente Social

Dr^a Joana

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

Largo de Santa Cruz, Barreiro

Assunto: Pedido de Adesão ao Projeto “***Formar para melhor cuidar***”

Graça Maria Machado de Matos Monteiro, enfermeira a frequentar o 11º curso de Mestrado, área de especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, sob a orientação do Professor Edmundo Sousa e tendo como orientador clínico Enfermeiro Paulo Silva.

O Projeto “***Formar para melhor cuidar***”, tem como objetivo identificar necessidades formativas dos cuidadores formais de instituições de acolhimentos de crianças 0-12 anos. Sendo o cuidador formal, a figura de proximidade e responsável pelos cuidados as crianças vulneráveis com risco acrescido, será relevante o contributo na melhoria da sua formação enquanto cuidador.

Este projeto está inserido na Equipa de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS).

Vem assim solicitar a V.^a Ex.^a que se digne autorizar a aplicação de um questionário aos cuidadores formais que prestam cuidados no Centro de Acolhimento Temporário, bem como a adquirir o apoio desta instituição e da Santa Casa da Misericórdia.

Desde já quero agradecer a vossa atenção e disponibilidade para a colaboração, aguardo a resposta com a celeridade possível.

Com os melhores cumprimentos

Graça Matos

APÊNDICE VII

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSLVT

Título: “Formar para melhor cuidar: Capacitação dos cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário

Investigador: Graça Maria Machado de Matos Monteiro

Orientador Pedagógico: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Orientador Clínico: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária
Paulo Manuel Ferreira Silva

Âmbito: 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução

O presente projeto intitula-se “Formar para melhor cuidar” e pretende contribuir na melhoria da formação dos cuidadores formais no sentido da melhoria dos cuidados prestados às crianças do Centro de Acolhimento Temporário.

A violência infantil constitui motivo de preocupação das instituições de saúde com necessidade de intervenção quer pela perspetiva social, quer pela perspetiva de saúde pública. O crescente número de situações de violência que surgem no atendimento dos serviços de saúde e pelo mediatismo que os meios de comunicação dão ênfase a um fenómeno complexo e multifatorial, fenómeno este “que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos” (PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS, 2015, p. 1).

Com o crescimento da problemática de crianças e jovens vítimas e consequentemente a sua institucionalização, emerge a necessidade de uma resposta mais eficiente. Assim é criado através do Despacho 31292/2008 de 5 de dezembro a

“Ação de saúde para Criança e Jovens em Risco (ASCJR)” com o propósito de adequar uma resposta mais eficaz, através da prevenção e deteção de situações de risco que estão sujeitas as crianças e jovens e simultaneamente prestar cuidados, sinalizar para entidades e prevenir episódios de reincidências (DGS, 2009).

Como sequência de exposição das crianças a estes contextos, a solução final passa pela intervenção de redes formais, a comissão de proteção de crianças e jovens, tribunais e muitas das situações terminam com o encaminhamento para instituições de acolhimento. A solução da maioria das intervenções junto destas crianças tem como objetivo o afastamento da criança da família, local causador de maus tratos, afastamento este que inicialmente é provisório, mas que no final passará a definitivo (Cansado, 2008).

Em Portugal os Centros de Acolhimento Temporário constituem uma resposta social desenvolvida com o intuito o acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em perigo por período inferior a seis meses e com base na aplicação de medida de promoção e proteção (Carvalho, 2013).

A institucionalização de crianças/jovens em perigo tem como intenção a sua proteção, proporcionando-lhe condições de desenvolvimento e bem-estar que não foram garantidas pelo contexto familiar, no entanto pode trazer as estas crianças já em situação de complexa fragilidade, consequências no desenvolvimento pessoal e da construção da identidade (Gomes, 2012).

O objetivo das instituições de acolhimento garantir o respeito pela individualidade e privacidade; acompanhar e estimular o seu desenvolvimento físico, intelectual, bem como a aquisição de normas e valores; garantir os cuidados necessários a um bom nível de saúde, particularmente nos aspetos preventivos e de despiste de situações anómalas; proporcionar uma alimentação saudável qualitativa e quantitativamente adequada às respetivas idades, salvaguardando as situações que necessitem de alimentação especial; assegurar os meios necessários à formação escolar de cada criança em cooperação estreita com a família e a escola; e criar condições para a ocupação dos tempos livres, de acordo com os interesses e potencialidades das crianças/jovens (Fernandes e Silva, 1996). A colaboração de uma equipa multidisciplinar que garanta cuidados necessários ao desenvolvimento saudável é determinante para o crescimento e desenvolvimento saudável. O papel de

cuidador nas instituições de acolhimento é definido como figuras cuidadoras que prestam cuidados à criança de forma continuada, citado por Matos, 2002 em Santos, 2013. Cuidadores estes que demonstram disponibilidade, preocupação, afetividade, no sentido de satisfazer as suas necessidades básicas de forma a minimizar as dificuldades de adaptação à institucionalização.

Os cuidadores formais das instituições de acolhimento são figuras de proximidade com limitações de vária ordem, como refere Matos (2008) e Mota (2010), a falta de tempo e de disponibilidade pessoal destes cuidadores, associadas por carência de recursos humanos que conduzem à sobrecarga de trabalho, levantam problemas na prestação de cuidados.

Neste contexto a importância de identificar carências/problemas dos cuidadores formais é preponderante na aquisição de conhecimento promovam uma melhoria nos cuidados prestados às crianças e por conseguinte maior satisfação pessoal e profissional, proporcionando às instituições de acolhimento, profissional mais

Partindo da questão “Quais as vivências dos cuidadores formais nas instituições de acolhimento temporário?” A realização de projeto baseia-se na metodologia do Planeamento em Saúde, proposta por Imperatori e Giraldes (1982) e Tavares (1990), e tem como referencial teórico. Para a realização da revisão de literatura e, posterior, fundamentação teórica do Projeto de Intervenção Comunitária, foi utilizada a Revisão Scoping, como metodologia investigativa, de acordo com o *The Joanna Briggs Institute* (2015), com o objetivo de mapear a evidência científica mais recente e compreender o estado da arte sobre a esta temática.

O projeto será elaborado em contexto comunitário, no Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS).

Objetivo geral: capacitar os cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário.

Objetivos Específicos

- Identificar as necessidades formativas dos cuidadores formais do Centro de Acolhimento;

- Proporcionar formação nas áreas identificadas pelos cuidadores formais;
- Contribuir para melhoria de conhecimentos dos cuidadores formais nas áreas identificadas;
- Promover a melhoria na prestação de cuidados às crianças do Centro de Acolhimento infantil;
- Aumentar a literacia dos cuidadores do Centro de Acolhimento Temporário.

Local

Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (USPAS) - Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Arco Ribeirinho. A USPAS tem como missão desenvolver uma dinâmica promotora de saúde, em parceria com a comunidade da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. É reconhecida pela prestação de um serviço de referência no desenvolvimento da saúde, assume-se como parceiro privilegiado na promoção da saúde junto dos agentes da comunidade e de outras entidades dentro e fora do sector da saúde.

Metodologia

A Metodologia do Planeamento em Saúde, proposta por Imperatori e Giraldes (1982) e Tavares (1990), onde se pretende tomar conhecimento do contexto através da aplicação de um questionário que permita identificar o diagnóstico da situação; posteriormente identificar prioridades; orientar objetivos na tomada de decisões; selecionar estratégias de acordo com o modo de atuação; projetar executar atividades, que permitirão alcançar o planeado inicialmente e finalmente a fase de avaliação todo o processo, que poderá ser sujeito a alterações, havendo necessidade de nova reestruturação.

O projeto será elaborado em contexto comunitário no ACES Arco Ribeirinho na Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio. Na fase de diagnóstico de situação pretende-se avaliar e identificar as necessidades formativas dos cuidadores do CAT e conseqüentemente definir intervenções de âmbito da formação a comunidades promovendo a melhoria dos cuidados prestados as crianças do CAT, contribuindo para um melhor nível de literacia em saúde e assim obter ganhos em saúde.

População/ Amostra

População - Todos os cuidadores formais que exerçam funções no Centro de Acolhimento Temporário.

População Alvo - Todos aos cuidadores formais que exerçam funções no Centro de Acolhimento Temporário, que inclua os cuidadores que cumpram os critérios de seleção definidos (Fortin, 2006).

Amostra - Todos os cuidadores formais que exerçam funções no Centro de Acolhimento Temporário selecionados após a aplicação do questionário, todos os cuidadores sobre os quais o estudo vai incidir (Fortin, 2006).

Modalidade de Recrutamento: A seleção dos participantes será feita através do pedido de autorização do Sr^a Provedora da Santa casa da Misericórdia do Barreiro e Coordenadora do CAT e fornecido consentimento informado.

Recolha de dados: Os dados serão recolhidos através da aplicação de um questionário, aos cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário.

Materiais e Métodos: inicialmente será realizado o diagnóstico de situação através dos dados recolhidos da aplicação dos questionários, em que serão avaliadas necessidades formativas dos Cuidadores informais do CAT. O questionaria é constituído por três secções, onde serão identificadas características socio-demográficas, dados sobre avaliação laboral e prestação de cuidados.

Análise e Processamento dos Dados: Análise estatística das respostas ao Questionário aos cuidadores

Financiamento Externo: Não Aplicável

Referências Bibliográficas

Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco. (n.d.). Acedido em <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/conceito.aspx> (acedido em 20/05/2020)

Cansado, T. (2008). Institucionalização de crianças e jovens em Portugal Continental: O caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social. E-Cadernos CES, (02). Acedido em <https://doi.org/10.4000/eces.1387> (acedido em 20/05/2020)

Carvalho, S., Alves, D. R., Durão, N., Pereira, C. S., Tomás, S. T., Castilhos, D. S., ... de Carvalho, O. (2018). Convenção Sobre Os Direitos Da Criança. El Cincuentenario de Los Pactos Internacionales de Derechos Humanos de La ONU, 1649–1660. Acedido em <https://doi.org/10.2307/j.ctt2111g8r.107> (acedido em 10/05/2020)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. Direção-Geral Da Saúde, 38. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx> (acedido em 10/05/2020)

Gomes, J.C. (2012). O percurso da criança/jovem institucionalizado(a) em centro de acolhimento temporário, INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA Escola Superior de Altos Estudos

Santos, A. (2013). Relações de vinculação dos jovens institucionalizados com os cuidadores formais. Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos.

Carvalho, M. J. L. (2013). Sistema Nacional de Acolhimento de Crianças e Jovens. Fundação Calouste Gulbenkian

Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual:(2015) edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews. Disponível em <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>. (acedido em 1/02/2020)

Imperatori, E., Giraldes, M., R. (1992). Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas

de Planeamento em Saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.
Ministério da Saúde

Fortin, M. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação Loures:
Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

APÊNDICE VIII

**Representação dos contextos intrasistêmico,
intersistêmico e extrasistêmico adaptada ao Modelo
Teórico de Neuman na apreciação da Comunidade
das cuidadoras.**

CONTEXTO INTRASISTÊMICO	
Variáveis	Sistema cliente
Fisiológicas	• Comportamentos de risco: - Fadiga resulta do excesso de atividades com esforço físico e horários por turnos - Tensão do papel de cuidador, caracterizado pela fadiga, desgaste, relacionado desempenho de tarefas desgastantes, por escassez de recursos humanos, identificado pelas cuidadoras e entrevistas
Psicológica	• Motivação nas funções desempenha Sim: 100%
Sociocultural	• Sexo - Feminino: 100% • Idade - 30 a 40 anos: 10% - 40 a 50 anos: 30% - > 50 anos: 60% • Estado civil - Casadas: 60% - Solteiras: 20% - Divorciadas: 20% • Habilitações Literárias - Ensino secundário: 100% • Tipo de Horário - Rotativo.100%
Desenvolvimento	• Anos de Trabalho 0 a 10 anos: 10% 11 a 20 anos: 60% 21 a 25 anos – 30% • Formação na área da prestação de cuidados Infantis - Sim: 50% - Não: 50% • Experiência profissional na área da prestação de cuidados infantis - Sim: 100% • Formação continua na Instituição onde trabalha - Sim: 30% - Não: 70%
Espiritual	Sem dados

Subsistemas	Contexto Intersistémico	Contexto Extrasistémico
Educativo	-Infantários -ATL -Agrupamento de Escolas Alfredo da Silva -Escola Profissional bento Jesus Caraça -Biblioteca municipal do Barreiro -Escola Superior de Tecnologia do Barreiro	Ministério da Educação e Ensino Superior
Recreativo e lazer	-Passeio augusto Cabrita -Futebol clube Barreirense - CICAMM	
Saúde e Segurança	-CHBM -USF Lavradio -USF Eça de Queiroz -Bombeiros Voluntários Sul e Sueste -Bombeiros Voluntários do Barreiro -PSP do Barreiro -Comissão Municipal de Proteção Civil do Barreiro -Santa da Misericórdia do Barreiro	Ministério da Saúde/ ASRVL Ministério da Administração Interna Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social
Político e Segurança	-Camara municipal do Barreiro -União de freguesias do Barreiro e Lavradio - CPCJ - Tribunal do Barreiro	Ministério da Justiça
Sociocultural	-Auditório municipal Augusto Cabrita -ArteViva-companhia de teatro do Barreiro -Teatro Projetor	Ministério da Cultura
Religioso	-Igreja da Misericórdia do Barreiro -Igreja de Stª Cruz -Igreja de Stª Maria	Tempos Religiosos
Comunicação e Transportes	-TCB -Transportes Fluviais Soflusa -Rodoviária Nacional -Rede Rodoviária Nacional e Municipal -Taxis -Uber	
Economico	-Praça Municipal do Barreiro -Hipermercados -Comercio Local -Parque Industrial do Barreiro -Baia do Tejo	

APÊNDICE IX

Guião de entrevistas

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista semiestruturada à Coordenadora do CAT (Dr^a Joana)

Idade _____ Sexo _____

Habilitações Literárias/Académicas: _____

Qual a função que desempenha no CAT: _____

Desempenha funções nesta instituição há quanto tempo: _____

Qual é o rácio cuidadora/ crianças: _____

Acha que este número de cuidadoras é adequado às necessidades das crianças:

Qual o número de cuidadoras que teve acesso a formação na área que desempenha as funções: _____

A instituição dispõe de plano de formação para as cuidadoras: _____

Se sim essa formação é realizada por: _____

A maioria das cuidadoras referem que já tinha experiência anterior na área dos cuidados á crianças, considera essencial possuírem experiência e/ou formação nesta área para melhor desempenho das funções?

Sente que as cuidadoras estão motivadas para desempenhar a funções?

As atividades desenvolvidas pelas cuidadoras são organizadas em equipa?

Quem é o responsável pela organização das atividades realizadas pelas cuidadoras:

As cuidadoras têm participação na tomada de decisão, relacionada com a organização do plano trabalho? _____

O que sente no que se refere às relações existentes dentro da equipa de cuidadoras?

Qual o modo de comunicação para a equipa: _____

Qual a sua percepção em relação ao desgaste físico e psicológico das cuidadoras no desempenho das suas atividades?

Acha que a Instituição dispõe de recursos humanos ou materiais, necessários para atender às necessidades das cuidadoras e das crianças?

A instituição dispõe de apoio regular de Psicóloga e Educadora de Infância?

Que outros técnicos considera que seriam necessários no CAT:

Que temas considera relevantes para serem abordados em sessões de formação às cuidadoras:

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista semiestruturada responsável pelas cuidadoras do CAT

Idade _____

Sexo _____

Habilitações Literárias/Académicas: _____

Qual a função que desempenha no CAT: _____

Desempenha funções nesta instituição há quanto tempo: _____

Considera importante formação na área de cuidados infantis para as cuidadoras:

Considera essencial experiência e/ou formação para o desempenho das funções das cuidadoras?

Acha que as cuidadoras apresentam dificuldades no desempenho de algumas atividades:

Sente que as cuidadoras estão motivadas no desempenhar das suas funções?

O que acha das relações existentes na equipa de cuidadoras?

As cuidadoras referem desgaste/cansaço físico e psicológico no desempenho das suas atividades diárias?

Acha que a Instituição dispõe de recursos humanos ou materiais, necessários ao desempenho das atividades das cuidadoras?

Que temas acha importantes que fossem abordados em sessões de formação:

APÊNDICE X

Análise de conteúdo das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Informantes-chave
Área do desempenho	Formação	Responsável -A formação que tem é a experiência de mãe, Nunca houve formações de qualquer área Coordenadora - Não existe nenhum plano de formação. Era importante haver formação, a experiência adquirir não é suficiente para superar algumas dificuldades, apenas de não referirem dificuldades
	Desempenho	Responsável - Distribuição de turnos pelas cuidadoras; São as cuidadoras que organizam e planeiam as atividades a realizar em cada turno. Coordenadora - A gestão do plano de trabalho é realizada pelas cuidadoras; São profissionais com muita experiência nesta área.
Áreas de necessidades	Stress do cuidador	Responsável - Referem que andam cansadas, são poucas para tanto trabalho. Coordenadora – Referem cansaço psicológico, sem repercussões físicas. Neste momento as crianças que estão na CAT, são mais velhas (7 -12anos) que requerem mais atenção
	1ºs Socorros	Responsável – Por vez não sabem como atuar. Coordenadora - Era importante terem conhecimentos, para evitar ir à unidade de saúde desnecessariamente
	Comportamentos conflituosos nas crianças	Responsável – Como neste momento estão crianças no CAT mais velhas e tem problemas de comportamento.

PERGUNTAS	COORDENADOR	RESPONSÁVEL
IDADE	40 anos	45 anos
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/ACADEMICAS	Assistente social	Administrativa Polivalente
TEMPO DE EXERCÍCIO NO CAT	17	23
QUAL É O RÁCIO CUIDADORA/ CRIANÇAS:	É variável, conforme do nº de cuidadoras que se encontram ao serviço	Depende do nº de crianças e cuidadoras
ACHA QUE ESTE NÚMERO DE CUIDADORAS É ADEQUADO ÀS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS	Não	Não
QUAL O NÚMERO DE CUIDADORAS QUE TEVE ACESSO A FORMAÇÃO NA ÁREA QUE DESEMPENHA AS FUNÇÕES	Nenhuma teve formação	Desde que estou aqui nunca houve formações
A INSTITUIÇÃO DISPÕE DE PLANO DE FORMAÇÃO PARA AS CUIDADORAS:	Existe plano de formação elaborado pelo departamento de formação da SCM, mas não tem sido aplicado	Não tenho conhecimento
SENTE QUE AS CUIDADORAS ESTÃO MOTIVADAS PARA DESEMPENHAR A FUNÇÕES?	Sim	Sim
AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS CUIDADORAS SÃO ORGANIZADAS EM EQUIPA?	Sim, a equipa de cuidadoras é que organiza e gere as atividades	São as cuidadoras que planeiam todas as atividades, eu só apenas faço a escala de turnos
O QUE SENTE NO QUE SE REFERE ÀS RELAÇÕES EXISTENTES DENTRO DA EQUIPA DE CUIDADORAS?	Existem boas relações, não se verificam conflitos	Não existem conflitos
QUAL A SUA PERCEÇÃO EM RELAÇÃO AO DESGASTE FÍSICO E PSICOLÓGICO DAS CUIDADORAS NO DESEMPENHO DAS SUAS ATIVIDADES?	Referem que se sentem cansadas porque são poucas para desempenhar todas as atividades	Referem cansaço pelo trabalho, sobretudo psicológico, necessitávamos de mais funcionários.
ACHA QUE A INSTITUIÇÃO DISPÕE DE RECURSOS HUMANOS OU MATERIAIS, NECESSÁRIOS PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DAS CUIDADORAS E DAS CRIANÇAS?	Não, necessitávamos de mais funcionários, quer de cuidadoras, quer de outros profissionais	Não, seriam necessárias mais cuidadoras e mais uma educadora para acompanhar as crianças, nas atividades escolares e de lazer/brincadeiras
A INSTITUIÇÃO DISPÕE DE APOIO REGULAR DE PSICÓLOGA E EDUCADORA DE INFÂNCIA?	Dispõe de 1 psicóloga e 1 educadora, claramente insuficiente para as necessidades.	Sim, só para apoiar as crianças.

APÊNDICE XI

TABELA DE ANALISE DOS DADOS OBTIDOS

Parte A- Caraterização sociodemografica						Parte B – AVALIAÇÃO LABORAL							
A1. Sexo	A2 idade	A3 Estado civil	A4 Tem filhos	A4.1 Quantos?	A5 - Habilitações Literárias	Ba.Função que desempenha no CA:	Bb.Anos de Trabalho:	B1. Tipo de horário	B2. Tem experiência profissional na área da prestação de cuidados infantis?	B3. Tem formação específica para desempenhar funções na área da prestação de cuidados a crianças?	B4. Tem acesso a formação continua na Instituição onde trabalha?	B5. Considera que a formação que tem é adequada às funções que desempenha?	B6. Sente-se motivada nas funções que desempenha?
Feminino	43	casada	não	0	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	7	Rotativo	sim	sim	não	não	sim
Feminino	49	casada	sim	1	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	20	Rotativo	sim	sim	sim	não	sim
Feminino	47	solteira	não	0	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	15	Rotativo	sim	sim	sim	sim	sim
Feminino	44	casada	sim	1	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	23	Rotativo	sim	não	não	sim	sim
Feminino	40	divorciada	sim	1	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	21	Rotativo	sim	não	não	não	sim
Feminino	52	casada	sim	2	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	23	Rotativo	sim	não	não	não	sim
Feminino	52	casada	sim	3	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	20	Rotativo	sim	não	não	sim	sim
Feminino	46	solteira	sim	2	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	17	Rotativo	sim	não	não	sim	sim
Feminino	53	casada	sim	2	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	18	Rotativo	sim	sim	sim	não	sim
Feminino	39	divorciada	sim	1	Ens.Secundario	Aux.A.Educativa	13	Rotativo	sim	sim	não	sim	sim
10					10	10		10	10	10	3	5	10
max 53		casada	8				max	23			7	5	
min 39		solteira	2				min	7					
media 46,5		divorciada					media	17,7					
mediana 46,5		6					mediana	20					
desviopadrão 5,02		2					desviopadrão	4,967673276					
moda 52		2					moda	20					

PARTE C - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS												
C1. Higiene e Conforto		C2. Alimentação		C3. Relacionamento		C4. Lazer / Apoio		C5 Segurança/Proteção	C6 Profissional/Formação/Institucional			
C1.1. Sente dificuldade em prestar cuidados de higiene/banho	C1.2. Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados vestir/despir	C2.1. Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados com a preparação dos alimentos	C2.2. Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados com a alimentação	C3.1. Sente Dificuldade no estabelecimento de uma relação com as crianças	C3.2. Sente-se emocionalmente envolvido com as crianças que presta cuidados	C4.1. Sente-se emocionalmente disponível para realizar atividades de lúdicas com as crianças	C4.2. Sente-se emocionalmente disponível para realizar atividades de escolas com as crianças	C5.1. Em situações de doença/saúde sente segurança no acompanhamento e prestação de cuidados	C6.1. Sente que as funções que desempenhas são desgastantes	C6.2. A instituição disponibiliza recursos necessários para desempenhar as suas funções	C6.3. Acha que a formação é importante para o melhor desempenho das suas funções	C6.4. Acha que a formação é importante para o melhor desempenho das suas funções
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	não tem opiniao	concordo	concordo	concordo	discordo	concordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	não tem opiniao	concordo	concordo	concordo	concordo	não tem opiniao	não tem opiniao	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	não tenho opiniao	concordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	discordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	não tenho opinião	concordo	concordo
discordo	discordo	discordo	discordo	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo
10	10	10	10	1	1	10	10	10	1	1	10	10
				9	1				2	2		
					8				7	7		

			Grau de concordância		
			Concordo	Nao tenho opinião	Discordo
A r e a s d e I n t e r v e n ç ã o	C1. Higiene e Conforto	1.Sente dificuldade em prestar cuidados de higiene/banho			100%
		2.Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados vestir/despir			100%
	C2. Alimentação	1.Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados com a preparação dos alimentos			100%
		2.Sente dificuldade em prestar cuidados relacionados com a alimentação			100%
	C3. Relacionamento	1.Sente Dificuldade no estabelecimento de uma relação com as crianças		10%	90%
		2.Sente-se emocionalmente envolvido com as crianças que presta cuidados	80%	10%	10%
	C.4 Lazer/Apoio	1.Sente-se emocionalmente disponível para realizar atividades de lúdicas com as crianças	100%		
		2.Sente-se emocionalmente disponível para realizar atividades escolas com as crianças	100%		
	C.5 Segurança/Proteção	1.Em situações de doença/saúde sente segurança no acompanhamento e prestação de cuidados	100%		
	C.6 Profissional/Formação/Institucional	1.Sente que as funções que desempenhas são desgastantes	70%	20%	10%
		2.A instituição disponibiliza recursos necessários para desempenhar as suas funções	70%	20%	10%
		3.Acha que a formação é importante para o melhor desempenho das suas funções	100%		

APÊNDICE XII

Planeamento das sessões de EpS

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Cuidadoras formais do Centro de acolhimento de crianças em risco

Tema: Stress do cuidador

Local: Sala de reuniões do Centro de Acolhimento

Data: 17/03/2021, 19/03/2021

Duração: 40 minutos

Formadores: Graça Maria Machado de Matos Monteiro

Finalidade da formação: Aquisição de conhecimentos sobre stress do cuidador, que permitam às cuidadoras adotarem estratégias para minimizar o stress

Objetivo pedagógico geral: Adquirir conhecimento sobre stress do cuidador

Objetivo Específico	Domínio
Identificar o stress do cuidador como um processo patológico	Cognitivo
Identificar causas / fatores internos e externos que precipitam o Burnout	Psicomotor
Descrever sintomas de Burnout	Psicomotor
Enumerar as consequências do Burnout	Psicomotor
Perceber a importância das Estratégias de prevenção e intervenção	Cognitivo
Avaliar conhecimentos adquiridos e satisfação dos formandos à EpS	Afetivo e Psicomotor

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Etapa	Conteúdo	Domínio	Método	Técnica	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da sessão	Cognitivo	Expositivo/ Interativo	Apresentação dos diapositivos	Humanos: Enfª Mestranda; Psicóloga Materiais: Computador; Projektor; Apresentação de suporte digital	5 minutos
Desenvolvimento	Definição de Burnout; Causas; Fatores internos e externos; Sintomas; Consequências; Identificação de estratégias de prevenção e intervenção	Cognitivo e afetivo	Expositivo/ Interativo	Apresentação dos diapositivos; Partilha de experiências vivenciadas pelas formandas	Computador; Projektor; Apresentação de suporte digital	15 minutos
Conclusão	Espaço para esclarecimento de dúvidas	Cognitivo e afetivo	Interrogativo/ Interativo	Esclarecimentos de dúvidas e questões colocadas pelas formandas		10 minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Afetivo e psicomotor	Interrogativo e demonstrativo	Aplicação de questionário de avaliação aos conteúdos transmitidos; aplicação de questionário de avaliação da satisfação à EPS		10 minutos

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

População-alvo: Cuidadoras formais do Centro de acolhimento de crianças em risco

Tema: Primeiros socorros

Local: Sala de reuniões do Centro de Acolhimento

Data: 17/03/2021, 19/03/2021

Duração: 45 minutos

Formadores: Graça Maria Machado de Matos Monteiro

Finalidade da formação: Obtenção de conhecimentos sobre primeiros socorros, que permitam às cuidadoras melhorar o desempenho das suas funções às crianças do CAT.

Objetivo pedagógico geral: Adquirir conhecimento sobre primeiros socorros

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios

Objetivo Específico	Domínio
Descrever o conceito de primeiros socorros	Cognitivo
Identificar os vários tipos de traumatismos e sintomas	Psicomotor
Salientar os procedimentos a realização perante cada traumatismo	Psicomotor
Evidenciar os procedimentos a realização perante cada traumatismo	Cognitivo
Avaliar conhecimentos adquiridos e satisfação dos formandos à EpS	Afetivo e Psicomotor

Etapas	Conteúdo	Domínio	Método	Técnica	Recursos	Tempo
Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da sessão	Cognitivo	Expositivo/	Apresentação dos diapositivos	<u>Humanos</u> : Enf ^a Mestranda <u>Materiais</u> : Computador; Projetor; Apresentação de suporte digital	5 minutos
Desenvolvimento	Definição de primeiros socorros; Causas; Sintomas; Procedimentos; feridas; queimaduras; picadas de insetos; Epistaxis; febre e organização de mala de primeiros socorros.	Cognitivo e afetivo	Expositivo/ Interativo	Apresentação dos diapositivos; Partilha de experiências vivenciadas pelas formandas	Computador; Projetor; Apresentação de suporte digital	20 minutos
Conclusão	Espaço para esclarecimento de dúvidas	Cognitivo e afetivo	Interrogativo/ Interativo	Esclarecimentos de dúvidas e questões colocadas pelas formandas	Computador; Projetor; Apresentação de suporte digital	10 minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Afetivo e psicomotor	Interrogativo	Aplicação de questionário de avaliação aos conteúdos transmitidos; aplicação de questionário de avaliação da satisfação à EPS		10 minutos

APÊNDICE XIII

Diapositivos das sessões de EpS “Stress do cuidador” e “Primeiros socorros”

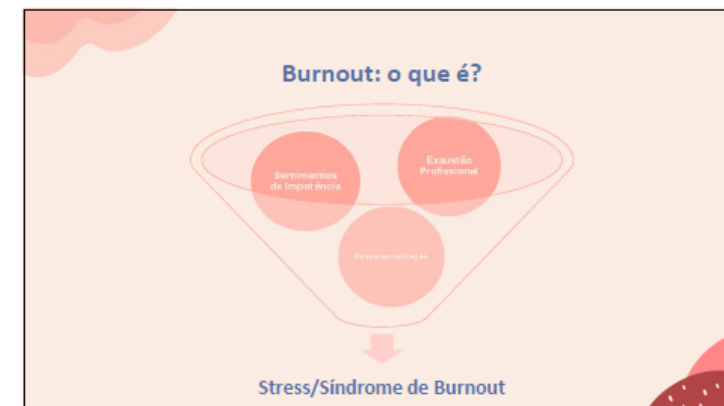
Stress do Cuidador



Projeto de intervenção Comunitária
Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

Enfermeira: Graça Matos

Enfermeiro Orientador: Paulo Silva
Professor Orientador: Drª Edmundo Sousa

Burnout: o que é?

Burnout é considerado um processo patológico que se manifesta de forma gradual e que se caracteriza por um desequilíbrio existente entre as exigências profissionais e os recursos pessoais e profissionais que os indivíduos têm para enfrentar essas mesmas exigências.

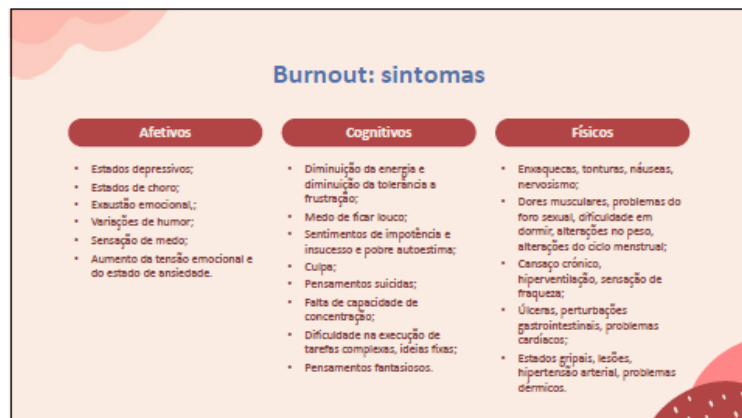
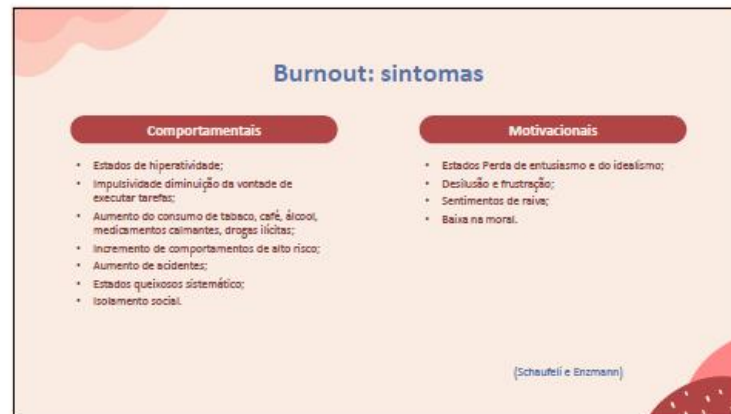
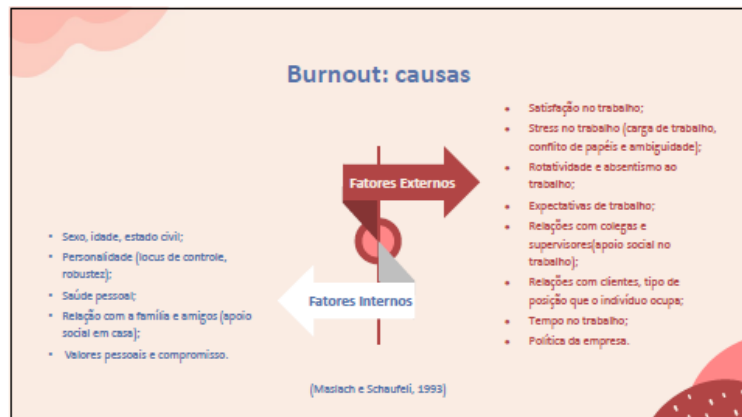


[Maslach & Leiter, 1997]

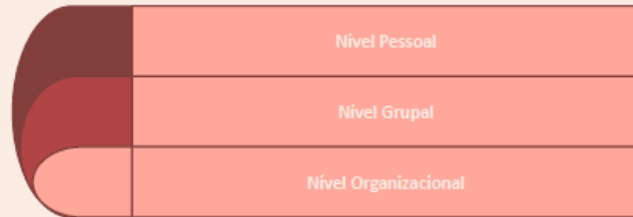
Burnout: o que é?

Exaustão Profissional	Despersonalização	Sentimentos de Impotência
Falta de energia e um sentimento de esgotamento emocional.	Profissionais começam a tratar os utentes, colegas de trabalho e a instituição de forma distante e impessoal.	Sentimentos de incompetência profissional, falta de realização e baixa produtividade no trabalho.

[Maslach et al., 2001]



Burnout: estratégias de prevenção e intervenção



Burnout: estratégias de prevenção e intervenção

Nível Grupal:

- *Procura e aceitação do apoio dos colegas e seus superiores;
- *Receber apoio emocional ou outro;
- *Realização de atividades fora do contexto laboral;
- *Trabalho em equipa.



Burnout: estratégias de prevenção e intervenção

Nível Individual:

- *Formação em resolução de problemas;
- *Revalorização das relações pessoais, familiares e sociais;
- *Gestão eficaz do tempo e assertividade;
- *Resolução eficaz de conflitos, psicoterapia;
- *Recursos pessoais e sociais (relaxamento, meditação, suporte profissional e familiar);
- *Estilos de vidas saudáveis (alimentação, exercício físico, hábitos de sono);



Burnout: estratégias de prevenção e intervenção

Nível Organizacional:

- *Evitar excesso de horas extras, alteração de rotinas de atividades;
- *Condições de trabalho atrativas;
- *Investimento na carreira profissional, a importância da formação;
- *Autonomia e participação em processos de tomada de decisão;
- *Suporte social às equipas de trabalho;
- *Aumentar a qualidade do ambiente de trabalho.



Referências Bibliográficas

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.

Maslach, C. & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1–16). New York: Taylor & Francis.

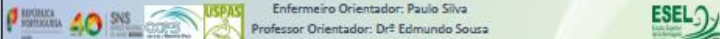
Obrigada

PRIMEIROS SOCORROS

Projeto de intervenção Comunitária

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

Enfermeira: Graça Matos
Enfermeiro Orientador: Paulo Silva
Professor Orientador: Drº Edmundo Sousa



PRIMEIROS SOCORROS

- ✓ Feridas e traumatismos
- ✓ Queimaduras
- ✓ Picadas de insetos ou peixes venenosos, ouriços ou alforrecas
- ✓ Epistaxis
- ✓ Febre




O que são primeiros socorros?



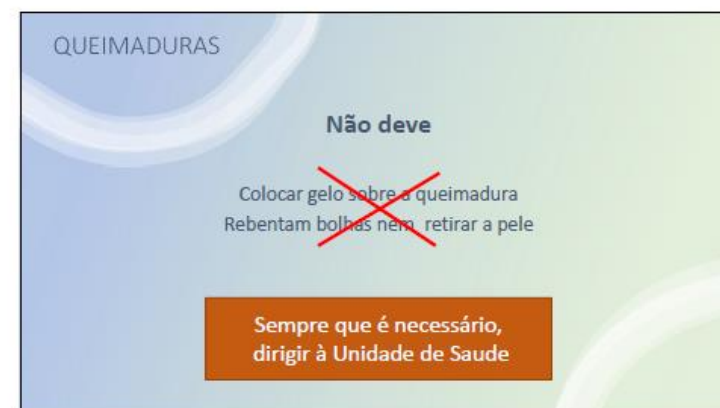

FERIDAS

Como proceder

1. Lavar as mãos (com água e sabão) usar luvas descartáveis (se possível);
2. Lavar com água corrente ou limpar com soro fisiológico;
3. Desinfetar a ferida com um antisséptico, (iodopovidona em solução dérmica).

Não deve

- Utilizar o mesmo material em varias pessoas
- Soprar para a ferida



Picadas de insetos



As picadas de insetos na maioria das vezes não tem consequências graves

Casos de emergência

- Alergia
- Edema
- Risco de asfixia

Epistaxis

Conhecida por "sangramento do nariz". É uma hemorragia nasal causada pela rompimento de um vaso sanguíneo.



❖ Sentar com a cabeça direita;

❖ Fazer pressão durante 10 minutos na narina que está a sangrar;

❖ Aplicação de gelo (protegido com pano ou compressa, não colocar diretamente sobre a pele).

Picadas de insetos e peixes venenosos, ouriços ou alforrecas



Como proceder

- 1. Retirar o ferrão com uma pinça (picada de abelha)
- 2. Aplicar gelo no local de picada
- 3. Desinfetar o local com um antisséptico

FEBRE

A febre é uma resposta normal do organismo a uma infecção por vírus ou bactérias.



Temperatura retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$
Temperatura axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
Temperatura timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
Temperatura oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

Retal: < 3 anos mais preciso
Axilar: método mais prático.
Timpânica: hospitalar, a partir dos 3 anos
Oral: crianças > 5 anos, não utilizar uma criança com menos de 4 a 5 anos
 Coloca-se a ponta do termômetro debaixo da língua, a boca permanentemente fechada durante 3 minutos

44° ou mais	Hipertermia
40,4° - 41°	Febre alta
39,4° - 39,9°	Febre
38° - 39,3°	Normal
37° ou menos	Hipotermia

FEBRE SINTOMAS



- Tosse rouca e respiração ruidosa
- Respiração asmática, com pieira e dificuldade respiratória
- Corpo invulgarmente quente ou frio
- Cansaço físico
- Choro fora do normal, com irritabilidade persistente ou com gemido

- Suores
- Arrepios
- Dor de cabeça
- Dores musculares
- Perda de apetite
- Desidratação
- Fraqueza geral

Contatar o SNS 24 – 808 24 24 24

FEBRE CUIDADOS



- ✓ Dar líquidos com frequência
- ✓ Adequar o ambiente, o vestuário e a roupa da cama à sensação de frio ou de calor
- ✓ Não se deve arrefecer a criança para baixar a temperatura (através de banhos, compressas embebidas em soluções alcoólicas ou ventoinhas), aumentam a sensação de desconforto

- ✓ Respeitar o apetite
- ✓ Vigiar "sinais de alerta"
- ✓ Presença de sintomas deve tomar um antipirético (caso não exista alergia a esse medicamento e em dose adequada ao peso)

FEBRE SINTOMAS



- < 3 meses de idade
- 40,0° C
- Existência de febre: superior a 5 dias
- Sonolência
- Face/olhar de sofrimento
- Irritabilidade e/ou gemido mantido
- Choro inconsolável

Médico/ Unidade de Saúde

Mala de primeiros socorros



- Luvas descartáveis
- Compressas esterilizadas
- Soro fisiológico
- Antisséptico (iodopovidona e/ou Clorhexidina)
- Adesivos
- Ligadura
- Tesoura
- Pinça
- Gelo
- Desinfecção de mãos
- Medicamentos (Paracetamol em supositórios, xarope e comprimidos)

Criar uma responsável que organize e reponha o material da mala de forma rotativa

Referências bibliográficas

<https://hff.min-saude.pt/primeiros-socorros-como-agir-em-situacoes-de-emergencia/>

<https://www.sns24.gov.pt/tema/sintomas/febre/>

<https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/informacoes-tecnicas/informacao-tecnica-n-12010-primeiros-socorros-no-local-de-trabalho-pdf.aspx>

Obrigada

APÊNDICE XIV

Questionários de avaliação conteúdos transmitidos nas Sessões de EpS



Avaliação da sessão de Formação pelos Formandos: Stress do Cuidador

Formadoras: Enfª Graça Matos, Psicóloga Susana Lourenço

Data da realização da sessão: 17e 19/03/2021 às 15h

A participação neste questionário é voluntária e anónima.

A sua opinião é importante, pois só assim permite contribuir para a melhoria contínua no desenvolvimento de sessões futuras. Assinale um (X) à frente de cada critério abaixo indicado, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 "nada" e ao valor 5 "muito bom" conforme a sua opinião.



	Nada (1)	Pouco (2)	Suficiente (3)	Bom (4)	Muito Bom (5)
1 - Conteúdos da sessão tem relevância					
2 - Os conteúdos abordados têm pertinência/Importância nas atividades que desempenha					
3 - Duração da sessão de formação (adequação do tempo ao programa)					
4 - Os meios audiovisuais foram adequados					
5 - Relacionamento com as formandas					
6 - O formador transmite com clareza os temas abordados					
7 - A sessão de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
8 - Grau de satisfação em relação às expectativas acerca da sessão					

9 - Sugestões para futuras sessões de formação/temas:

Obrigada pela sua colaboração/participação!



Avaliação da sessão de Formação pelos Formandos: Primeiros Socorros

Formadora: Enfª Graça Matos

Data da realização da sessão: 17 e 19/03/2021 às 15h

A participação neste questionário é voluntária e anónima.

A sua opinião é importante, pois só assim permite contribuir para a melhoria contínua no desenvolvimento de sessões futuras. Assinale um (X) à frente de cada critério abaixo indicado, numa escala de 1 a 5, sendo atribuído ao valor 1 "nada" e ao valor 5 "muito bom" conforme a sua opinião.

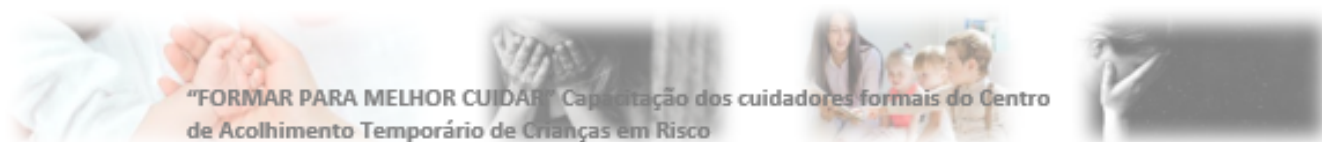
	Nada (1)	Pouco (2)	Suficiente (3)	Bom (4)	Muito Bom (5)
1 - Conteúdos da sessão tem relevância					
2 - Os conteúdos abordados têm pertinência/Importância nas atividades que desempenha					
3 - Duração da sessão de formação (adequação do tempo ao programa)					
4 - Os meios audiovisuais foram adequados					
5 - Relacionamento com as formandas					
6 - O formador transmite com clareza os temas abordados					
7 - A sessão de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
8 - Grau de satisfação em relação às expectativas acerca da sessão					

9 - Sugestões para futuras sessões de formação/temas:

Obrigada pela sua colaboração/participação!

APÊNDICE XV

Questionários de avaliação da satisfação das Sessões de EpS



"FORMAR PARA MELHOR CUIDAR" Capacitação dos cuidadores formais do Centro de Acolhimento Temporário de Crianças em Risco

1. **Stress igual a Burnout.** Verdadeiro ____ Falso ____

2. **Exaustão Profissional significa falta de energia e sentimento de esgotamento emocional.** Verdadeiro ____ Falso ____

3. **Identifique os sintomas que podem estar presentes no Burnout.**

Dores musculares ____

Sensação de culpa ____

Dormir muito ____

Chorar frequentemente ____

4. **Quais as estratégias de prevenção e intervenção no Burnout.**

Resolução eficaz de conflitos, psicoterapia ____

Trabalho em equipa ____

Formação ____

Trabalhar sozinho ____

Obrigada pela sua colaboração/participação!

|



Avaliação da sessão de Formação pelos Formandos: Primeiros Socorros

Formadora: Enfª Graça Matos

Data da realização da sessão: _____

- 1. Nos cuidados a ter nas feridas qual a ordem correta a realizar, coloque por ordem (1º, 2º e 3º)**

Aplicar antisséptico _____

Lavar as mãos _____

Limpar a ferida com Soro fisiológico _____

- 2. Nos cuidados a ter nas queimaduras coloque F (Falso) e V (Verdadeiro)**

Rebentar bolhas/flitenas _____

Aplicar gelo _____

Utiliza água à temperatura ambiente _____

- 3. Qual o local mais indicado para avaliar a temperatura?**

Axilar/ axila _____

Oral /boca _____

Timpânica /ouvido _____

Retal/ reto _____

- 4. Indique 3 sintomas presentes na febre.**

Suores _____

Dores abdominais _____

Tonturas _____

Dor de cabeça _____

Dores musculares _____

Obrigada pela sua colaboração/participação!

APÊNDICE XVI

Resultados de avaliação dos indicadores impacto ou resultado

Indicadores	Metas	Resultados
% de sessões realizadas $\frac{\text{Nº sessões realizadas}}{\text{Nº sessões previstas}} \times 100$	100% = 4 sessões)	100% = 4 sessões
% de cuidadoras presentes na sessão “Stress do Cuidador” $\frac{\text{Nº de cuidadoras presentes na sessão "Stress do cuidador"}}{\text{Nºtotal de cuidadoras do CAT}} \times 100$	80%	85,7%
% de cuidadoras presentes na sessão “Primeiros socorros” $\frac{\text{Nº de cuidadoras presentes na sessão "Primeiros socorros"}}{\text{Nºtotal de cuidadoras do CAT}} \times 100$	80%	92,8%
% de cuidadoras que consideram os conteúdos da sessão tem relevância $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	100%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	100%
% de cuidadoras que consideram que os conteúdos abordados têm pertinência/importância nas atividades que desempenha $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	100%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	100%
% de cuidadoras que consideram a duração da sessão da formação adequada do tempo ao programa $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	100%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	84,6%
% de cuidadoras que consideram os meios audiovisuais foram adequados $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	100%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	100%
% de cuidadoras que consideram o relacionamento com as formandas $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	100%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	100%
% de cuidadoras que consideram que o formador transmitiu com clareza os temas abordados $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	100%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	100%
% de cuidadoras que consideram que a sessão permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	91,6%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	84,6%
% de cuidadoras que consideram que o grau de satisfação em relação às expectativas acerca da sessão $\frac{\text{Nº de cuidadoras que referiram Bom ou Muito Bom}}{\text{Nºtotal de cuidadoras presentes na sessão}} \times 100$	Sessão Stress do cuidador- 80%	100%
	Sessão Primeiros socorros – 80%	84,6%

Indicadores	Metas	Resultados
% de cuidadoras que demonstraram conhecimentos adquiridos $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de participantes que demonstraram conhecimentos adquiridos na sessão "Stress Cuidador"}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de participantes}} \times 100$	80%	91,6%
% de cuidadoras que demonstraram conhecimentos adquiridos $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de participantes que demonstraram conhecimentos adquiridos na sessão "Primeiros socorros"}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de participantes}} \times 100$	80%	84,6%

APÊNDICE XVII

Cromograma

	Cronograma de Atividades										
Ano	2020						2021				
Mês	junho	julho	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	
Apresentação do projeto à USPAS											
Apresentação do projeto ao Centro de acolhimento Temporário											
Seleção de instrumento de recolha de dados											
Pedido de autorizações											
Submissão de Parecer á Comissão de Ética da ASRLVT											
Aplicação de questionário											
Recolha / tratamento de dados											
Diagnóstico da situação/ Diagnóstico de enfermagem											
Determinação de prioridades e seleção de estratégias											
Elaboração e reformulação do projeto de intervenção											
Planejar sessões /atividades formativas com os cuidadores formais											
Realização de sessões de formação com os cuidadores formais											
Aplicação do questionário para reavaliação dos conhecimentos adquiridos											
Avaliação da intervenção e reavaliação dos diagnósticos											
Elaboração relatório de estágio											

APÊNDICE XVIII

Grelha de Análise para determinação de prioridades

Fonte: Pineault & Daveluy, (1992) por Tavares, (1990)

Importância do problema

Relação entre o problema e

Capacidade de intervenção

Capacidade de resolução

Prioridades

