

Necessidades de saúde de cuidadores formais de centros de  
dia e de serviços de apoio ao domicílio - Projeto de  
desenvolvimento de competências clínicas especializadas na  
área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde  
pública

Relatório de Estágio

Sílvia Daniela Jesus Espinheira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

NECESSIDADES DE SAÚDE DE CUIDADORES  
FORMAIS DE CENTROS DE DIA E DE  
SERVIÇOS DE APOIO AO DOMICÍLIO -  
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS  
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE  
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

HEALTH NEEDS OF FORMAL CAREGIVERS OF  
DAY CENTRES AND HOME SUPPORT SERVICES -  
PROJECT FOR DEVELOPING SPECIALIZED  
CLINICAL SKILLS IN THE AREA OF COMMUNITY  
HEALTH AND PUBLIC HEALTH NURSING

Estágio profissional de natureza profissional  
orientado pela Professora Doutora Margarida  
Abreu e coorientado pela Professora Doutora  
Fátima Araújo

Sílvia Daniela Jesus Espinheira

Porto, 2024

“Uma boa risada e um longo sono são as duas melhores curas para tudo”.

Provérbio irlandês

## AGRADECIMENTO

O meu profundo agradecimento a todos os que possibilitaram a concretização deste trabalho.

Em especial:

- Às professoras doutoras Margarida Abreu e Fátima Araújo, orientadora e coorientadora deste relatório, pela motivação, pela preocupação e pela disponibilidade;
- Ao professor Carlos e às enfermeiras Ana e Sónia, por me acompanharem nos estágios e pelos ensinamentos;
- À coordenação das unidades funcionais que me receberam e à direção das instituições alvo do projeto, pela receptividade;
- Aos cuidadores, pela participação ativa no projeto;
- Aos meus colegas de curso, pela partilha e pela amizade;
- Às minhas colegas de trabalho, pelo apoio durante todo o curso;
- À minha família e aos meus amigos, pelo carinho e por me perdoarem as ausências.

A todos um sincero obrigado.

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito das unidades curriculares de estágio de natureza profissional - módulo I e módulo II, inseridas no curso de mestrado em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Tem como finalidade descrever e analisar o processo de desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública e das competências comuns do enfermeiro especialista.

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, sendo que o projeto de desenvolvimento de competências teve como objetivos:

- avaliar as necessidades de saúde de cuidadores formais de centros de dia e serviços de apoio ao domicílio;
- elaborar, implementar e avaliar um projeto de intervenção que desse resposta a essas necessidades.

Escolheu-se como problemática central deste trabalho as necessidades de saúde de cuidadores formais de centros de dia e de serviços de apoio ao domicílio, após identificação de uma necessidade de intervenção pelas equipas de enfermagem das unidades acima referidas.

Com a tendência mundial de envelhecimento populacional, e conseqüente progressivo declínio funcional das pessoas idosas que leva a que muitas não sejam capazes de se autocuidar sem apoio, é expectável que venha a aumentar a oferta da rede de serviços sociais de proximidade, de modo a responder às suas necessidades. Em particular, os centros de dia e serviços de apoio ao domicílio são uma opção de crescente popularidade, por permitir o *ageing in place*. Os cuidadores formais destas instituições, pela exigência das tarefas que desempenham, encontram-se vulneráveis a problemáticas como o *stress* laboral e as lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho.

Como metodologia, recorreu-se ao planeamento em saúde. O diagnóstico de situação foi realizado entre fevereiro e junho de 2023, tendo por base uma população-alvo de 21 cuidadores formais. Os dados foram colhidos com recurso a um questionário que avaliou o perfil sociodemográfico, a perceção sobre estado de saúde, a vigilância em saúde, a qualidade de vida no trabalho e a formação profissional. Após a análise dos dados, identificaram-se as necessidades de saúde dos cuidadores. A aplicação do método de Hanlon resultou na seguinte ordem de prioridades: sono e repouso, dor e lesões musculoesqueléticas. Fixaram-se objetivos gerais e específicos e selecionou-se como estratégia de intervenção a educação para a saúde. Foi elaborado um projeto de intervenção englobando 6 sessões intercaladas com “lembretes” sobre os conteúdos abordados. Para preparar a execução do projeto, elaboraram-se planos de sessão para cada sessão, detalhando os conteúdos a abordar, as técnicas a utilizar e os recursos necessários. O projeto foi implementado entre novembro e dezembro de 2023.

Verificou-se que os cuidadores adquiriram um nível de conhecimento adequado e facilitador da mudança de comportamento. No entanto, devido ao limite temporal para a realização do estágio, não foi possível avaliar essa mudança. Considera-se que os objetivos propostos para este trabalho foram atingidos e que as atividades desenvolvidas permitiram adquirir o perfil de competências inerente ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, assim como as competências comuns aos enfermeiros especialistas. Conclui-se ainda a necessidade de valorizar o impacto do exercício profissional na saúde dos cuidadores formais e investir no seu empoderamento.

Palavras-chave: cuidadores formais; sono; lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho; educação para a saúde; enfermagem comunitária e de saúde pública.

## ABSTRACT

The present report emerges within the scope of the curricular units of professional internship - modules I and II, included in the master's degree in community nursing in the area of community health and public health nursing. It aims to describe and analyse the process of developing the specific skills of a community and public health nurse specialist and the common skills of nurse specialists.

The internship took place in a public health unit and a community care unit, with the objectives of the skill development project being:

- to assess the health needs of formal caregivers of day centres and home support services;
- to develop, implement and evaluate an intervention project that would respond to these needs.

The health needs of formal caregivers of day centres and home support services were chosen as the main problematic for this work, after the nursing teams of the previously mentioned units identified a need for intervention in these caregivers.

With the global trend of population ageing, and consequent progressive functional decline of elderly people that leads to many not being able to practice selfcare without the help of others, it is expected that the supply of the proximity social services network will increase, in order to respond to their needs. In particular, day centres and home support services are an increasingly popular option, as they allow "ageing in place". Formal caregivers in these institutions, due to the demands of the tasks they perform, are vulnerable to problems such as work stress and work-related musculoskeletal disorders.

As a methodology, health planning was used. The analysis of the health situation was carried out between February and June 2023, with a target population of 21 formal caregivers. Data was collected by means of a questionnaire that assessed the caregiver's sociodemographic profile, perception of health status, health surveillance, professional quality of life and professional training. After analysing the data, the caregiver's health needs were identified. The application of Hanlon's method resulted in the following priorities: sleep and rest, pain and musculoskeletal disorders. General and specific objectives were set, and health education was selected as the intervention strategy. An intervention project was created comprising of 6 sessions interspersed with "reminders" of covered content in-between sessions. To prepare for the execution of the project, session plans were created, detailing what contents to cover, what techniques to use and what resources were necessary. The project was implemented between November and December 2023.

It was found that the caregivers acquired an adequate level of knowledge that facilitates this behavioural change. However, due to the time limit for the internship, it was not possible to evaluate that behavioural change. It is considered that the proposed objectives for this work were achieved and that the developed activities allowed for the skill profile of a community and public health nurse specialist to be acquired, as well as the common skills of nurse specialists. It is also concluded that there is a need to value the impact of labour on the health status of formal caregivers and invest in their empowerment.

**Keywords:** formal caregivers; sleep; work-related musculoskeletal disorders; health education; community and public health nursing.

## CHAVE DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EpS - Educação para a Saúde

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

IEA - Associação Internacional de Ergonomia

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

LMERT - Lesão MusculoEsquelética Relacionada com o Trabalho

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAD - Serviços de Apoio ao Domicílio

SPMEV - Sociedade Portuguesa de Medicina do Estilo de Vida

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UE - União Europeia

USP - Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE GERAL

NOTA INTRODUTÓRIA .....	11
1. A CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO .....	13
1.1. A organização do estágio .....	13
1.2. A caracterização da instituição de saúde .....	15
1.3. A caracterização da população residente .....	17
2. O ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	19
2.1. O envelhecimento e os apoios sociais .....	19
2.2. As necessidades de saúde dos cuidadores formais .....	21
3. O ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	25
3.1. A definição da população-alvo .....	25
3.2. A metodologia de planeamento em saúde .....	26
3.2.1. O diagnóstico de situação .....	28
3.2.1.1. O desenvolvimento do instrumento de colheita de dados .....	28
3.2.1.2. A aplicação do instrumento de colheita de dados .....	30
3.2.1.3. A apresentação e análise dos dados colhidos .....	31
3.2.1.4. A identificação de necessidades .....	34
3.2.2. A priorização de necessidades .....	35
3.2.3. A fixação de objetivos .....	36
3.2.4. A seleção de estratégias .....	37
3.2.5. A elaboração do projeto de intervenção .....	40
3.2.5.1. O planeamento de recursos necessários .....	49
3.2.5.2. A preparação da avaliação do projeto .....	50
3.2.6. A preparação da execução do projeto de intervenção .....	52

3.2.7. A avaliação do projeto de intervenção .....	53
4. CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO PARA A PRÁTICA .....	56
CONCLUSÃO .....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ANEXOS .....	67
ANEXO I - Cronograma das atividades desenvolvidas no módulo I de estágio	
ANEXO II - Cronograma das atividades desenvolvidas no módulo II de estágio	
ANEXO III - Instrumento de colheita de dados	
ANEXO IV - Priorização de necessidades pelo método de Hanlon	
ANEXO V - Calendário de execução do projeto de intervenção	
ANEXO VI - Plano da Sessão #1	
ANEXO VII - Plano da Sessão #2	
ANEXO VIII - Plano da Sessão #3	
ANEXO IX - Plano da Sessão #4	
ANEXO X - Plano da Sessão #5	
ANEXO XI - Plano da Sessão #6	

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Avaliação da taxa de adesão às sessões de EpS .....	53
TABELA 2: Avaliação da taxa de satisfação com as sessões de EpS .....	54
TABELA 3: Avaliação do nível de conhecimento demonstrado após as sessões de EpS .....	54
TABELA 4: Perguntas com nível de conhecimento demonstrado inferior a 80% .....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Etapas da metodologia de planeamento em saúde .....26

FIGURA 2: Relação entre indicadores de resultado e de atividade ..... 27

## NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito das unidades curriculares de estágio de natureza profissional - módulo I e módulo II, no decorrer do curso de mestrado em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, da Escola Superior de Enfermagem do Porto no ano letivo 2023/2024.

Ambos os módulos do estágio de natureza profissional decorreram em dois contextos: numa unidade de saúde pública (USP) e numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) de um agrupamento de centros de saúde (ACES) da região Norte. Esta divisão de contextos em cada módulo é resultante de uma exigência da Ordem dos Enfermeiros (OE) para que os estudantes possam obter o título profissional de enfermeiro especialista, além de se constituir como uma oportunidade para desenvolver competências comuns às diferentes áreas de especialidade em enfermagem, assim como competências específicas e exclusivas inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (EEECSP).

Previamente ao módulo I do estágio, tinha sido identificada pelas equipas de enfermagem da USP e da UCC uma necessidade de abordar os comportamentos de saúde dos cuidadores formais das valências de centro de dia e de serviço de apoio ao domicílio (SAD) de instituições particulares de solidariedade social (IPSS) da sua área de abrangência, visto que tinham vindo a relatar níveis de saúde baixos. Este fenómeno (que tem sido descrito em publicações nacionais e internacionais) agravou-se durante e após a pandemia COVID-19, tendo levado os profissionais de saúde a estudar as necessidades de saúde dos cuidadores formais.

Prevê-se que, em 2050, Portugal seja o país da União Europeia (UE) com a população mais envelhecida (Fonseca, 2021). O progressivo declínio físico e mental dos idosos leva a que muitos não sejam capazes de cuidar de si mesmo sem apoio e/ou assistência (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020), o que revela a importância do papel assumido pelos centros de dia e SAD na resposta às necessidades destes idosos.

A prestação de cuidados tem sido descrita como uma experiência física e emocionalmente esgotante para os cuidadores formais. A insatisfação laboral e as exigências elevadas podem desencadear *stress*, que tem implicações na sua saúde (Genésio, 2017; Martins, 2016; Monteiro, 2022). Os cuidadores formais são também mais suscetíveis a lesões musculoesqueléticas, sendo que 38,5% apresentam queixas de lombalgia (Diniz et al., 2018). Estes aspetos alertam para a fragilidade da saúde destes cuidadores e para a necessidade de investir na sua capacitação, para que consigam lidar com as situações adversas que decorrem do seu trabalho.

Neste sentido, pareceu oportuno, pela necessidade previamente identificada, assim como pelo interesse pessoal da estudante na temática, abordar as necessidades de saúde de cuidadores formais de idosos numa perspetiva de saúde ocupacional, ou seja, com foco na capacidade para gerir a sua própria saúde, ao invés do foco nos cuidados que prestam. Para esta abordagem foi utilizada a metodologia de planeamento em saúde.

Com o trabalho desenvolvido nos dois módulos de estágio e com a elaboração deste relatório, a estudante pretendeu atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências para a realização de um projeto de desenvolvimento profissional, aplicável ao contexto da enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Desenvolver competências para a utilização da metodologia de planeamento em saúde;
- Promover a responsabilização pessoal na construção de projetos profissionais;
- Construir uma consciência profissional sobre o papel do EEECS;P;
- Elaborar, implementar e avaliar um projeto de desenvolvimento profissional relevante para a melhoria do estado de saúde de uma população, na área da enfermagem comunitária e de saúde pública (Abreu, 2023a, 2023b).

Os objetivos pessoais para o estágio de natureza profissional vão de encontro aos objetivos gerais do curso de mestrado em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, nomeadamente, mobilizar conceitos centrais, situar a atuação do EEECS;P no quadro legal do sistema de saúde, integrar fundamentos éticos e teóricos, e implementar intervenções comunitárias e de saúde pública baseadas em evidências científicas.

O relatório foi estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresentam-se os objetivos dos módulos de estágio e as competências a adquirir, uma breve descrição das unidades de saúde onde os estágios decorreram, assim como a caracterização sociodemográfica da área de abrangência do ACES e da população nela residente. No segundo capítulo, aborda-se a temática do envelhecimento populacional e a importância dos serviços de apoio social, e descrevem-se as necessidades de cuidadores formais de idosos segundo a literatura existente. No terceiro capítulo, procede-se à explanação da metodologia de planeamento em saúde e à descrição do projeto desenvolvido segundo as etapas desta metodologia. No último capítulo, reflete-se sobre os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas durante os módulos I e II do estágio, assim como sobre oportunidades de melhoria.

## **1. A CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

Neste capítulo, procura-se descrever a organização dos módulos de estágio realizados, as competências que se pretenderam desenvolver em cada módulo de estágio, as instituições de saúde que os acolheram e uma breve caracterização da população que servem. Para a caracterização das instituições e da população que servem, recorreu-se aos documentos Diagnóstico de saúde 2022 e Plano local de saúde 2016-2020 referentes a esse ACES.

### **1.1. A organização do estágio**

Como referido anteriormente, o presente relatório foi desenvolvido ao longo de dois momentos de estágio - módulo I e módulo II. O módulo I integrou o segundo semestre do primeiro ano do curso de mestrado, enquanto o módulo II integrou o primeiro semestre do segundo ano, sendo ambos unidades curriculares semestrais. Cada módulo de estágio decorreu em duas unidades funcionais - uma USP e uma UCC - tendo sido realizados nas mesmas unidades funcionais, com supervisão clínica dos mesmos tutores.

No módulo I do estágio, os objetivos estabelecidos para os estudantes foram:

- Realizar um projeto individual de desenvolvimento profissional;
- Promover a responsabilização na construção de projetos de vida profissional;
- Integrar espaços de exercício profissional na área de especialidade;
- Consolidar competências clínicas na área de especialidade;
- Construir uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (Abreu, 2023a).

As atividades desenvolvidas no módulo II deram continuidade ao trabalho do módulo I, pelo que além da consolidação de competências, foram também estabelecidos como objetivos:

- Adquirir competências de concepção, gestão e supervisão de cuidados complexos, em particular na área de especialidade;
- Expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros;
- Consciencializar sobre a importância da melhoria contínua da qualidade nos cuidados de enfermagem, em particular na área de especialidade;
- Consolidar competências relacionadas com a incorporação das melhores evidências científicas disponíveis na prática clínica, em particular na área de especialidade;
- Consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, na área de especialidade (Abreu, 2023b).

Os cronogramas de implementação das atividades previstas para cada módulo de estágio encontram-se em anexo (Anexo I e Anexo II, respetivamente). Os módulos de estágio pretendem criar condições para adquirir os perfis de competências descritos pela OE no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e no regulamento de competências específicas do EEECS (OE, 2018, 2019), nomeadamente:

- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade;
- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas na área da governação clínica;
- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garantir um ambiente terapêutico seguro;
- Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a prática clínica especializada em evidência científica;
- Estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma população, com base na metodologia de planeamento em saúde;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

- Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e a consecução dos objetivos do plano nacional de saúde;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Em particular, salienta-se o desenvolvimento de uma competência exclusiva a esta área de especialidade - a metodologia de planeamento em saúde. Apesar da complexidade da conceção de cuidados a uma comunidade, a aplicação desta metodologia na prática clínica contribui para a capacitação das comunidades e, conseqüentemente, para o atingimento dos objetivos do plano nacional de saúde 2021-2030. Para concretizar o desenvolvimento desta competência, o projeto desenvolvido em estágio e descrito neste documento, teve por base esta metodologia de trabalho.

## **1.2. A caracterização da instituição de saúde**

Os cuidados de saúde primários são reconhecidos como “o pilar central do sistema de saúde” (Ministério da Saúde, 2008, pág. 1182), devendo-se constituir como o primeiro contacto dos utentes com os serviços de saúde, seja na promoção da saúde, na prestação de cuidados em situação de doença, ou até na referenciação para outros serviços e/ou cuidados.

A recente reforma organizativa do Serviço Nacional de Saúde - concretizada na extinção das administrações regionais de saúde, dos centros hospitalares e dos ACES e a criação das unidades locais de saúde - não veio alterar este facto. Apesar desta reforma promover a prestação de cuidados primários, hospitalares e continuados de forma integrada, os cuidados de saúde primários permanecem a “porta de entrada” para os serviços de saúde.

Visto que os módulos de estágio decorreram quase exclusivamente antes da reforma organizativa, optou-se por, ao longo deste relatório, manter a designação ACES.

O ACES que acolheu os dois módulos de estágio está localizado num município da região Norte e dá resposta a quatro freguesias, cobrindo uma área geográfica de 23,41 km<sup>2</sup>. Integra atualmente 22 unidades funcionais de saúde, das quais 15 unidades de saúde familiar, três unidades de cuidados na comunidade, uma unidade de recursos assistenciais partilhados, uma unidade de saúde pública, um centro de diagnóstico pneumológico e um centro de acolhimento e deteção VIH/SIDA. Além disso, integra uma equipa local de intervenção precoce, uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, uma equipa para a prevenção da violência em

adultos, um grupo operacional institucional “Respeito e Saúde”, uma junta médica de avaliação de incapacidade, um núcleo de apoio a crianças e jovens em risco, assim como diversas unidades coordenadoras funcionais.

A USP é composta por uma equipa multidisciplinar, incluindo oito médicos, seis enfermeiros, seis técnicos de saúde ambiental e cinco assistentes técnicos. A missão desta unidade funcional concretiza-se na identificação de problemas de saúde e priorização da intervenção, na monitorização de riscos de emergência em saúde pública, na promoção da investigação e da vigilância epidemiológica, na proteção da saúde ambiental, na proteção da saúde alimentar e na proteção da saúde ocupacional. Nesse âmbito, é da responsabilidade dos profissionais desta unidade:

- Monitorizar o estado de saúde da população e elaborar o diagnóstico de situação de saúde, o plano local de saúde e o plano municipal de saúde;
- Manter a vigilância da vacinação e coordenar a implementação do programa nacional de vacinação;
- Promover a prevenção e controlo da gripe sazonal e elaborar planos de contingência para temperaturas adversas;
- Manter a vigilância e controlo de doenças transmissíveis e/ou evitáveis pela vacinação;
- Coordenar e implementar os programas de vigilância sanitária de águas de consumo humano, de piscinas e de zonas balneares;
- Manter a vigilância da qualidade e segurança alimentar, assim como da higiene e funcionamento de estabelecimentos;
- Coordenar e implementar os programas nacionais de saúde oral e saúde escolar;
- Colaborar no funcionamento do centro de vacinação internacional;
- Promover a literacia em saúde.

Existem ainda outros projetos, como o grupo de intervenção comunitária, o projeto SELfit (treino de competências socioemocionais em meio escolar), o projeto MOVEMENTE (promoção de saúde mental nos profissionais de saúde), e o projeto MIND (implementação de intervenções não farmacológicas na prevenção do declínio cognitivo).

Já a UCC é composta por uma equipa de 17 enfermeiros especialistas, um médico de medicina geral e familiar, e um assistente técnico, recebendo apoio de assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta da fala e/ou outros profissionais, conforme necessidade e disponibilidade. A sua missão operacionaliza-se na prestação de cuidados de saúde e apoio psicossocial no âmbito domiciliário e comunitário, em particular, junto de pessoas, famílias e

grupos mais vulneráveis e a requerer acompanhamento próximo. A sua atuação também engloba a implementação de programas de promoção da literacia em saúde, a integração de redes de apoio à família e a implementação de unidades móveis de intervenção. O seu projeto prioritário é, no entanto, a equipa de cuidados continuados integrados, que integra a rede nacional de cuidados continuados integrados.

Dinamiza também o programa de saúde mental (intervenção junto de utentes com necessidade de intervenção psicoterapêutica), o programa de saúde do adulto e do idoso (promoção da qualidade de vida de diabéticos, e combate ao isolamento social), o programa nacional de saúde escolar (promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, prevenção de comportamentos aditivos e *bullying*, e acompanhamento de crianças com necessidades de saúde especiais), e o programa da parentalidade (englobando massagem infantil, recuperação pós-parto, e apoio e manutenção do aleitamento materno).

### **1.3. A caracterização da população residente**

Verificaram-se, no ano de 2020, na área geográfica deste ACES, um total de 1.076 nados-vivos (taxa bruta de natalidade de 8.9‰), dos quais 572 do sexo masculino e 544 do sexo feminino. O índice de fecundidade estabeleceu-se nos 1.96 (o que, apesar do aumento desde 2011, ainda não é suficiente para assegurar a substituição de gerações). No mesmo ano, faleceram 1.790 pessoas (taxa bruta de mortalidade de 15.0‰), das quais 836 homens e 954 mulheres.

Assim, em 2021, a população residente era de 133.283 cidadãos, dos quais 54% eram mulheres e 26% eram idosos (valor superior ao da região Norte, em que 23% da população é idosa). Apesar disso, encontravam-se inscritos no ACES, no mesmo ano, 185.004 utentes, significando que assegura cuidados de saúde a cerca de 50.000 utentes não pertencentes à sua área de influência.

Verificou-se que 23% dos utentes inscritos eram idosos, dos quais 61% eram mulheres, e 34% destes idosos tinham 80 anos ou mais de idade. Verificou-se ainda a existência de 68 utentes com 100 ou mais anos de idade, dos quais 60 eram mulheres, indo de encontro ao conhecido sobre as desigualdades de sexo no envelhecimento (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022). Já em 2020, no município onde este ACES se insere, o índice de envelhecimento tinha-se estabelecido nos 216.5 e o índice de dependência de idosos nos 49.2, ambos sendo superiores aos valores da região Norte e de Portugal continental.

Entre 2015 e 2017, estimou-se para a população residente, uma esperança média de vida à nascença de 81,2 anos (77,2 anos para os homens e 84,7 anos para as mulheres). Embora este valor tenha vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, mantém-se inferior à média da região Norte (81,8 anos). No entanto, este indicador prediz apenas anos vividos e não anos vividos com qualidade, comprovado pelo facto de, apesar das mulheres terem uma esperança média de vida superior à dos homens, os homens tendencialmente apresentam menos anos de incapacidade que as mulheres.

Relativamente à população ativa, neste município, os trabalhadores por conta de outrem têm, em média, 12 anos de escolaridade (em 2020, 56% dos partos ocorreram com mulheres com ensino superior) e auferiam, em média, em 2019, 1.417 euros (1.582 euros para homens e 1.251 euros para mulheres). Este valor situa-se acima da média de Portugal continental (1.207 euros) e da região Norte (1.101 euros). Ainda em 2020, aproximadamente 7% da população residente no município eram beneficiários do rendimento social de inserção, sendo que o município albergava 27% do total de famílias beneficiárias de rendimento social de inserção do país.

No que respeita a habitação, constata-se a existência de 50 bairros sociais neste município, dos quais 24 (40%) se encontram na região abrangida por este ACES. Em 2019, a habitação social correspondia já a 13% de todo o património edificado. Nestes bairros, residiam, em 2021, 28.598 pessoas (12% do total de residentes), dos quais 13% eram idosos. Neste grupo de idosos, cerca de 45% eram idosos que residem sozinhos, o que levanta algumas preocupações sobre a vulnerabilidade destes indivíduos.

Por último, e relativamente às respostas sociais existentes, registaram-se, em 2022, 43 lares de idosos, dos quais cinco com valência de centro de dia e três com valência de SAD, e 33 entidades sociais com valência de SAD. Estas estruturas de apoio social davam resposta a um total de cerca de 3.800 utentes e empregavam, pelo menos, 1.300 profissionais (não tendo sido possível obter dados reais e totais sobre o número de funcionários de cada instituição).

## 2. O ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, pretende-se abordar a temática do envelhecimento populacional e a pertinência dos serviços de apoio social na resposta às necessidades da população idosa. Também se descrevem os resultados de uma breve pesquisa bibliográfica sobre as necessidades de saúde de cuidadores formais de idosos, sendo que a intervenção junto destes cuidadores permite obter ganhos em saúde, não só para os próprios, mas também para os utentes a quem prestam cuidados.

### 2.1. O envelhecimento e os apoios sociais

É já bem conhecida dos profissionais de saúde a tendência mundial de envelhecimento das populações. Segundo dados da OMS, em 2020, pela primeira vez, verificou-se a existência de mais adultos com 60 ou mais anos do que crianças com cinco ou menos anos. Estima-se que este número poderá duplicar até 2050, ano em que as pessoas com 60 ou mais anos ultrapassarão o número de pessoas entre os 15 e os 24 anos (OMS, 2020). Também em Portugal o envelhecimento populacional acentuou-se, observando-se um fenómeno de duplo envelhecimento, ou seja, o estreitamento da base e o alargamento do topo das pirâmides etárias. Verificou-se ainda o aumento do índice de envelhecimento nacional, que se estabeleceu em 163,2 idosos por cada 100 jovens (DGS, 2022). Prevê-se que, em 2050, Portugal seja o país da UE com a população mais envelhecida e que, daqui a três décadas, 47% da população tenha mais de 55 anos (Fonseca, 2021).

Um indivíduo de 60 anos no início da década 2020-2030 pode esperar viver, em média, mais 22 anos (OMS, 2020). Apesar das mulheres viverem, em média, mais seis anos do que os homens, esta diferença tem vindo a diminuir, visto que a esperança de vida nos homens tem aumentado mais rapidamente do que nas mulheres. No entanto, em 2018, na Europa, os homens viviam, em média, 81% da sua vida sem qualquer incapacidade, enquanto para as mulheres essa proporção baixava para os 77%. Por este motivo, importa saber não só qual a esperança de vida, mas também a esperança de vida saudável, que permite saber se os ganhos em anos de vida são ganhos em saúde ou se são anos vividos com algum tipo de morbilidade (DGS, 2022;

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/União Europeia [OCDE/UE], 2020). A adequação dos cuidados de saúde às necessidades dos idosos é, assim, um passo essencial para a promoção da saúde na velhice (OMS, 2020).

O progressivo declínio dos idosos é um fator limitador do seu autocuidado e da sua capacidade de participar em sociedade, sendo que muitos idosos não são já capazes de cuidar de si mesmo sem apoio e/ou assistência (OMS, 2020). O relatório *Health at a glance* de 2021 da OCDE revela que, como o aumento dos anos de vida saudáveis não acompanha o crescimento da longevidade, as nações ainda não dispõem nem têm planeadas respostas suficientes para as necessidades atuais e futuras, sendo urgente implementar estratégias face ao envelhecimento populacional, como os cuidados continuados de proximidade (DGS, 2022).

Também as alterações demográficas das últimas décadas, em particular o ressurgimento da mulher no mercado de trabalho, têm provocado reestruturações da dinâmica familiar, levando à necessidade de mais recursos sociais que possam apoiar os familiares na prestação de cuidados à pessoa com dependência (Monteiro, 2022). O acesso a cuidados de longa duração de qualidade é, por isso, de especial relevância, motivo pelo qual a OMS preconiza que todos os países tenham um sistema para responder às necessidades de cuidados de longa duração dos idosos, englobando assistência social e apoio na vida diária e nos cuidados pessoais (OMS, 2020).

Nos últimos anos, as políticas sociais europeias têm convergido em direção à prestação de cuidados integrados na comunidade, sem que o indivíduo que requer cuidados tenha que abandonar o seu ambiente habitual. Também os cuidados aos idosos e pessoas com dependência tendem para a desinstitucionalização, dando preferência aos cuidados domiciliários, para que os indivíduos possam manter a sua vida diária (Teixeira, 2016). Surgem assim as respostas do tipo *ageing in place* (“envelhecer em casa e na comunidade”), contrariando a visão mais tradicional de assistência a idosos por via institucional. Estas procuram responder às necessidades da pessoa idosa tendo por base o seu contexto habitacional, articulando soluções pela providência de uma gama de serviços mais alargada, ou seja, “não retirar a pessoa do local onde ela vive para lhe proporcionar o que ela necessita, mas criar aí condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas” (Fonseca, 2021, s.p.).

Por muito tempo, a institucionalização foi o único apoio formal existente, no entanto, os custos excessivos e a ineficiência das estruturas causaram uma mudança de paradigma, privilegiando os cuidados de proximidade (Teixeira, 2016). Como resposta a esta necessidade de permitir o “envelhecer em casa”, surgem os centros de dia e os SAD, sendo que estes últimos foram o tipo de resposta social com maior crescimento nos últimos 20 anos (Fonseca, 2021). Estes recursos permitem ao indivíduo ficar no seu ambiente, manter rotinas diárias e continuar a participar na sua comunidade e na sua família. Os centros de dia, em particular, permitem ainda formar novas redes sociais, o que contribui para o bem-estar destes idosos, cuja tendência é de isolamento (Teixeira, 2016).

Estes serviços apresentam algumas vantagens no seu modelo de prestação de cuidados, comparativamente com os tradicionais lares ou estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI). Por um lado, permitem que as pessoas idosas se mantenham nas suas habitações e nos contextos sociais em que estão inseridas, retardando a institucionalização. Por outro lado, ajudam a prevenir o isolamento social, promovendo atividades sociais e recreativas no seio das comunidades, e promovendo a participação dos idosos nas mesmas (Rocha, 2018). Implementar SAD diversificados e de qualidade são de extrema importância para o conceito de “envelhecer em casa”, no entanto, os atualmente existentes prestam apoios pontuais, como alimentação e higiene. Para que se possam afirmar como uma verdadeira alternativa à institucionalização, mantendo a autonomia e capacidade funcional da pessoa idosa, seria necessário englobar outros serviços (como companhia, idas ao médico, idas às compras, entre outros), assim como aumentar a rede de serviços SAD (Fonseca, 2021).

Nos centros de dia e nos SAD, assim como nas ERPI, os cuidadores têm um papel relevante na resposta às necessidades de saúde das pessoas idosas, principalmente no âmbito do seu autocuidado. Assim, o investimento na capacitação e na promoção da saúde destes profissionais deve ser visto também como uma estratégia de promoção da qualidade dos cuidados prestados aos idosos e pessoas com dependência.

## **2.2. As necessidades de saúde dos cuidadores formais**

O cuidador formal assume-se como um profissional formado e remunerado, que exerce funções em residências, instituições ou unidades de saúde (Vaz, 2020). Alguns estudos permitem conhecer o perfil dos cuidadores formais das instituições sociais em Portugal. São maioritariamente mulheres, com uma idade média de 45 anos, e com baixo nível de escolaridade (Figueiredo, 2021; Martins, 2016; Monteiro, 2022).

A prestação de cuidados tem sido descrita como uma experiência física e emocionalmente esgotante para os cuidadores, o que afeta não só o seu trabalho, mas todas as áreas da sua vida. Apesar dos cuidadores informais terem maior probabilidade de referirem *burnout*, uma proporção significativa de cuidadores formais reporta também sintomas de exaustão física e psicológica (Martins, 2016; Monteiro, 2022), principalmente na presença de fatores como a fraca valorização profissional, a ausência de formação adequada às funções, e o contacto extenso e prolongado com os utentes. Alguns estudos destacam ainda que cuidadores com

menor experiência e menos habilitações apresentam um risco acrescido de desenvolver problemas de saúde mental e menor capacidade de gestão de *stress* (Monteiro, 2022).

A insatisfação laboral e as exigências elevadas podem desencadear *stress*, comprometendo o envolvimento dos cuidadores no seu trabalho, o seu bem-estar psicológico e físico, e a capacidade de prestação de cuidados de qualidade. Este *stress* tem implicações na sua saúde, contribuindo para um padrão de sono não reparador, para o aumento da pressão arterial, para uma diminuição da imunidade e para o surgimento de sintomatologia ansiosa e depressiva, entre outros (Genésio, 2017; Martins, 2016; Monteiro, 2022).

O *stress* laboral é já considerado um dos maiores problemas de saúde ocupacional na atualidade, constituindo um fator de risco psicossocial, e define-se como uma resposta psicológica e física a exigências laborais desajustadas às capacidades, recursos e necessidades do trabalhador (Genésio, 2017). Inclusivamente, aproximadamente metade dos trabalhadores europeus referem que o *stress* é uma ocorrência comum no seu local de trabalho e, inclusivamente, estima-se que seja causador de cerca de 50% dos dias de trabalho perdidos, o que é preocupante, visto a dificuldade em controlar e gerir os riscos psicossociais laborais (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [EU-OSHA], 2023; Genésio, 2017).

Além disso, tem sido sugerida a influência do *stress* na adesão a comportamentos de procura de saúde, como a vigilância de sinais e sintomas e a realização de consultas, rastreios e exames. Está ainda associado ao consumo de substâncias aditivas (como o tabaco e o álcool), ao aparecimento de sintomas depressivos, às alterações do padrão de sono (como dificuldade em adormecer ou sono fragmentado e não reparador), e à ocorrência de sobrecarga (Genésio, 2017; Monteiro, 2022).

A pandemia por COVID-19 veio agravar esta situação, pela intensa pressão à qual os profissionais da área da saúde estiveram sujeitos, acentuada pelos baixos recursos humanos e materiais e condições de trabalho desfavoráveis. O impacto negativo da pandemia levou a um risco acrescido de problemas de saúde mental, principalmente entre mulheres jovens e pessoas com rendimentos mais baixos (OCDE/UE, 2020). Alguns estudos europeus evidenciaram ainda os possíveis efeitos a longo prazo no bem-estar dos profissionais de saúde, que relataram sintomas como *stress*, ansiedade, depressão e insónia (Diniz et al., 2018; OCDE/UE, 2020).

No ano de 2021, apenas 50% da população portuguesa declarou o seu estado de saúde como bom ou muito bom, revelando um decréscimo desde o ano anterior (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). Já 35% da população relatou limitações na sua vida diária por problemas de saúde, 10% dos quais com limitação severa. Estas têm sido cada vez mais prevalentes em mulheres com 40 ou mais anos, sendo os casos de limitação grave mais comuns na região Norte do país (INE, 2022).

No entanto, o problema de saúde ocupacional mais comum na Europa continua a ser a prevalência das Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), afetando mais de 25% dos trabalhadores (Nobre, 2017). As LMERT podem ser definidas como patologias que afetam músculos, nervos, tendões e ligamentos, articulações e cartilagens, que surgem ou se agravam no contexto do desempenho das funções laborais e que se manifestam, habitualmente, por dores crónicas, em uma ou mais regiões corporais, associada a parestesias, sensação de “peso” ou desconforto (Ferreira, 2011). Reconhecem-se três fatores de risco para o aparecimento de LMERT, sendo eles a repetição da tarefa, a força exercida/sentida e a postura utilizada (Nobre, 2017). Cerca de um quarto dos trabalhadores europeus refere sentir lombalgias ou outras dores musculares, o que pode ser explicado pelo facto de 45% dos trabalhadores exercerem funções em posições desconfortáveis (dolorosas ou cansativas) e 35% manipularem cargas excessivas (Ferreira, 2011; Nobre, 2017).

A literatura tem evidenciado que os profissionais de saúde são mais suscetíveis ao surgimento de LMERT que outras classes profissionais, principalmente devido a posturas inadequadas adotadas na mobilização e transporte de utentes, manipulação de cargas elevadas, trabalho por turnos, formação inadequada às funções que desempenham, elevado número de utentes e serviços arquitetonicamente desajustados (Castelôa et al., 2019; Nobre, 2017). No caso dos cuidadores formais, são 38,5% os que apresentam queixas de lombalgia (Diniz et al., 2018). Em Portugal, as lombalgias são responsáveis pelo maior peso proporcional do total de anos vividos com incapacidade (YLDs - *years lived with disability*), segundo dados de 2019 (DGS, 2022).

Relativamente à dor crónica, em 2013, a prevalência em Portugal era de 36.7%. Em 85% dos casos, a dor era recorrente ou contínua, em 68% dos casos tinha intensidade moderada a grave, e em 35% dos casos estava associada a algum tipo de incapacidade. Inclusivamente, 49% dos indivíduos reportaram que causava interferência com o desempenho no trabalho (DGS, 2022). Além dos efeitos negativos na saúde dos trabalhadores, as LMERT e as dores crónicas reduzem a produtividade dos mesmos e podem levar a ausências e incapacidades crónicas, traduzindo-se em elevados custos para as empresas e para os sistemas de saúde (EU-OSHA, 2019).

Estes aspetos alertam para a fragilidade da saúde física e mental dos cuidadores formais e para a necessidade de intervenção junto dos mesmos. Nesse contexto, tem havido um interesse crescente em estudar as variáveis organizacionais e psicossociais que influenciam a saúde e a qualidade de vida destes trabalhadores.

A qualidade de vida profissional é definida como “o bem-estar do indivíduo em relação ao seu trabalho, na medida em que as suas experiências de trabalho são gratificantes e satisfatórias” (Figueiredo, 2021, p. 37). A qualidade de vida no trabalho é influenciada pelas funções desempenhadas, pelo ambiente laboral (físico e social), pela evolução na carreira, e pela relação entre a vida profissional e a vida em geral. Ainda segundo o mesmo autor, tem uma relação negativa com o *stress*, ou seja, um aumento no *stress* sentido leva a uma diminuição

da qualidade de vida percebida. Tem sido ainda descrito que a atribuição de um significado positivo à prestação de cuidados parece ser benéfica, no sentido em que os cuidadores aparentam ter maior capacidade para manter o seu bem-estar psicológico (Diniz et al., 2018; Monteiro, 2022).

Também as necessidades de formação percebidas pelos cuidadores ajudam a compreender as falhas existentes (ou que possam vir a existir) nas suas práticas diárias - por exemplo, uma falha formativa sobre técnicas de transferência pode ajudar a explicar a recorrência de LMERT. Recomenda-se que os cuidadores, formais ou informais, tenham competências mínimas para a prestação de cuidados (Vaz, 2020). Porém, uma boa parte dos cuidadores formais apresentam baixos níveis de literacia em saúde e de formação específica e adequada, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados (Martins, 2016; Vaz, 2020). Vários estudos têm concluído que uma formação inadequada contribui para um fraco desempenho profissional (Dias, 2016) e para uma menor qualidade de vida (Monteiro, 2022).

Segundo Kickbusch (2001, como citado em Vaz, 2020), a promoção da saúde potencia a autonomia do indivíduo na tomada de decisão em saúde. Além disso, concorre para uma melhor utilização dos serviços de saúde, para uma diminuição de comportamentos de risco e, conseqüentemente, para uma diminuição dos gastos em saúde (Vaz, 2020). Assim, é do interesse dos EEECS o investimento na educação e capacitação dos cuidadores formais, para que estes consigam minimizar o impacto de situações adversas e comportamentos prejudiciais, tanto na sua própria saúde como nos cuidados prestados aos seus utentes.

### **3. O ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Neste capítulo, descreve-se primeiramente a definição da população-alvo. Seguidamente, explana-se a metodologia de planeamento em saúde e o que engloba cada uma das suas etapas. Por fim, procede-se à narração da elaboração e implementação do projeto de intervenção, operacionalizando cada etapa desta metodologia.

#### **3.1. A definição da população-alvo**

A população-alvo deste diagnóstico foi uma comunidade de cuidadores formais de IPSS, que prestam cuidados a idosos em contexto de centro de dia e/ou SAD. Na zona de abrangência da UCC onde decorreram os estágios, existem 20 ERPI, das quais quatro têm valência de SAD e uma tem valência de centro de dia. Existem ainda nove IPSS com valência de SAD. No seu total, dão resposta a mais de 700 utentes em centro de dia e SAD, e empregam, pelo menos, 510 profissionais, não tendo sido possível apurar números atualizados junto de algumas entidades.

Decorrente do acompanhamento de maior proximidade dos enfermeiros da USP e da UCC durante a pandemia por COVID-19, foi transmitida pelas responsáveis das IPSS a necessidade de intervir junto dos cuidadores, relatando algum descuido com a sua saúde, privilegiando a saúde dos utentes. As áreas de atenção mais frequentemente descritas foram a saúde mental, as LMERT e as dores crónicas, e as necessidades formativas (relativas a posicionamentos e transferências, alimentação por sondas, e cuidados a utentes com demência). Assim, constituiu-se mais um motivo para a identificação das necessidades reais de saúde destes cuidadores.

Duas das instituições acima referidas demonstraram maior interesse e disponibilidade para receber este projeto, tendo sido, por isso, escolhidas para a sua implementação. Ambas as IPSS oferecem valências de centro de dia e SAD (disponibilizando os serviços higiene pessoal, higiene habitacional e refeição). Têm capacidade de resposta para aproximadamente 150 utentes e empregam 21 cuidadores que constituíram, por conveniência, a “amostra” deste projeto.

### 3.2. A metodologia de planeamento em saúde

Segundo Imperatori e Giraldes, o planeamento é a “aplicação da lógica na vontade de transformar o real” (1993, p. 21). Aplicado à saúde, tem em consideração fatores biológicos, ambientais, políticos, sociais, económicos, comportamentais ou relacionados com os serviços de saúde, devendo, por isso, envolver uma análise multissetorial da população. Assim, o planeamento em saúde é uma metodologia que racionaliza o uso dos recursos disponíveis nos vários setores socioeconómicos de modo a obter ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, que se divide em diferentes fases: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Figura 1). Cada fase está intimamente ligada à que a antecede e sucede (Imperatori & Giraldes, 1993).

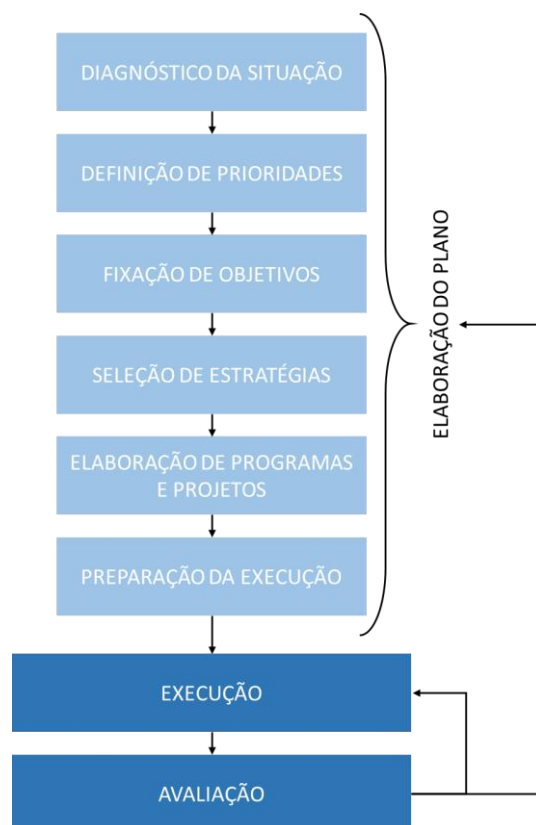


Figura 1 - Etapas da metodologia de planeamento em saúde (adaptado de Imperatori & Giraldes, 1993)

O diagnóstico da situação é a primeira fase do planeamento, tendo como objetivo identificar as principais necessidades em saúde da população-alvo, para que se possa planejar adequadamente uma resposta a essas necessidades. Este diagnóstico deve ser rápido, mas aprofundado. É a partir dele que se planeiam e justificam as medidas implementadas, além de servir de termo de comparação para os resultados obtidos após a intervenção.

Após identificar as necessidades é necessário priorizá-las. Atendendo a um conjunto de critérios selecionados, procede-se à análise de cada necessidade, resultando no final uma hierarquização das mesmas, ou seja, uma listagem ordenada das necessidades segundo prioridade de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segue-se a fixação de objetivos, etapa imprescindível para a avaliação da intervenção. Devem ser fixados objetivos em relação a cada necessidade no período de tempo estabelecido para intervir. O objetivo é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível”, capaz de alterar “a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79).

Após a fixação de objetivos, deve-se proceder à seleção de estratégias, ou seja, à escolha das técnicas e dos métodos de atuação que melhor permitirão atingir os objetivos estabelecidos. Considera-se assim estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Na fase seguinte - elaboração de programas e projetos - procede-se ao planeamento de todas as atividades necessárias para a execução das estratégias definidas na fase anterior. Esta análise engloba a fixação de metas ou objetivos operacionais, as tecnologias e os recursos necessários e o estudo dos custos associados à execução das atividades. Define-se um objetivo operacional ou meta como um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 80). A relação entre indicadores de resultado e indicadores de atividade encontra-se descrita na Figura 2. Além disso, inclui-se nesta fase a reflexão sobre os principais obstáculos à execução das estratégias selecionadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

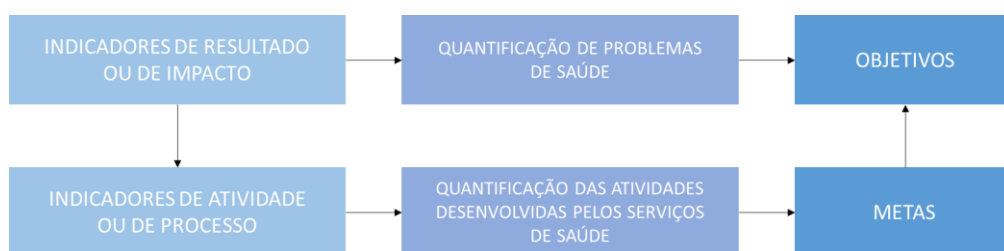


Figura 2 - Relação entre indicadores de resultado e de atividade (adaptado de Imperatori & Giraldes, 1993)

A preparação da execução é a etapa onde se aprofunda o definido na fase anterior e se planeia a fase seguinte. Se antes foram planeadas as atividades a implementar, agora torna-se necessário descrever com detalhe o conteúdo, o processo (quando, onde e como) e os resultados esperados de cada atividade. Podem ser planeados cronogramas ou calendários de execução, que serão úteis para a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Por fim, surge a avaliação, que foi previamente planeada - na fase de fixação de objetivos foram definidos indicadores de resultado e na fase de elaboração de programas e projetos foram definidos indicadores de atividade. A sua finalidade prende-se com a determinação do sucesso no atingimento dos objetivos propostos, tendo por base os resultados obtidos e comparando com a informação anteriormente disponível. Esta fase final relaciona-se circularmente com a primeira - o diagnóstico de situação - atualizando a informação a partir da qual será planeada a continuidade do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

### **3.2.1. O diagnóstico de situação**

O primeiro passo para o planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, que permite identificar as necessidades de saúde das populações (Imperatori & Giraldes, 1993).

#### **3.2.1.1. O desenvolvimento do instrumento de colheita de dados**

Com a aplicação deste instrumento, objetivou-se identificar necessidades de saúde de cuidadores formais de centros de dia e/ou SAD. O objetivo geral foi conhecer a autoperceção dos cuidadores formais sobre o seu estado de saúde. Os objetivos específicos foram:

- Avaliar a adesão a comportamentos de saúde dos cuidadores formais;
- Avaliar a presença de fatores de risco para LMERT nos cuidadores formais;
- Avaliar a qualidade de vida no trabalho percebida pelos cuidadores formais;

- Avaliar a existência de formação profissional contínua dos cuidadores formais.

Após revisão da literatura existente sobre a temática e tendo em conta as áreas de atenção referidas pelas responsáveis das IPSS, foi elaborado um instrumento de colheita de dados, que engloba cinco secções - dados sociodemográficos, perceção sobre estado de saúde, vigilância em saúde, qualidade de vida no trabalho e formação profissional - abaixo descritas.

A maioria dos parâmetros foram avaliados através de questões fechadas e de escolha múltipla. Os parâmetros referentes a tempo (p. ex. idade, tempo de trabalho) foram medidos em anos completos, com questões abertas cujas respostas tinham de ser números inteiros. Todas as questões eram de resposta obrigatória, tendo sido usada ramificação no questionário *online* para explorar alguns tópicos dependendo de respostas anteriores.

Na primeira secção - dados sociodemográficos - pretendeu-se obter uma descrição do perfil sociodemográfico destes cuidadores, nomeadamente sexo, idade, funções que desempenha, tempo de trabalho, nível de escolaridade, estado civil e dependentes a seu cargo.

A variável “sexo” foi analisada segundo a dicotomia masculino/feminino. As variáveis referentes a tempo foram analisadas de forma escalar. As restantes, sendo de escolha múltipla, foram analisadas e categorizadas segundo a opção escolhida.

Na segunda secção - perceção sobre estado de saúde - procurou-se perceber como os cuidadores classificam atualmente o seu estado de saúde, as alterações ao seu estado de saúde no último ano e a limitação na sua vida diária causada pelo estado de saúde. Procurou-se também conhecer a existência de doenças crónicas e de dores, os hábitos tabágicos, os hábitos de sono e a existência de fatores de risco para o aparecimento de LMERT.

Já na terceira secção - vigilância em saúde - desejou-se conhecer de que forma os cuidadores recorrem aos serviços de saúde, que vigilância de saúde e rastreios realizam, assim como as ausências do trabalho por motivos de saúde/doença e a ocorrência de acidentes de trabalho.

À semelhança da primeira secção, nas secções dois e três, as variáveis temporais também foram analisadas de modo escalar e as restantes foram categorizadas segundo as opções de escolha múltipla. Relativamente às questões “Que problemas de saúde/doenças crónicas tem?” e “Sente dificuldade em dormir?”, permitiu-se a seleção múltipla de opções de resposta.

A quarta secção - qualidade de vida no trabalho - procurou avaliar a qualidade de vida profissional, através da aplicação da Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-v5), validada para Portugal por Duarte em 2017. Esta escala tem como população-alvo todos os “auxiliares” (“*helpers*”), sejam eles profissionais de saúde, advogados, professores, assistentes sociais, etc. A sua aplicação permite perceber os aspetos positivos e negativos de “auxiliar” outras pessoas, que podem estar a passar por uma situação de trauma ou sofrimento. A escala avalia a fadiga de compaixão e a satisfação com o trabalho, segundo três dimensões (satisfação

de compaixão, *burnout* e *stress* traumático secundário), e permite identificar situações de maior vulnerabilidade.

Aos parâmetros que compõem a escala foi atribuída uma pontuação de um a cinco (em que um corresponde a nunca e cinco corresponde a muito frequentemente, com exceção de alguns parâmetros da dimensão *burnout*, em que a pontuação é invertida). Para cada uma das três dimensões, foi calculada a pontuação total, pela soma dos parâmetros, e categorizada em “nível baixo” (22 pontos ou menos), “nível moderado” (entre 23 e 41 pontos) ou “nível alto” (42 pontos ou mais).

A quinta secção - formação profissional - avaliou em que áreas os cuidadores realizaram formação e há quanto tempo, e procurou perceber sobre que temas sentem necessidade de receber formação. Na quinta secção, similarmente às anteriores, foram categorizadas as variáveis de acordo com as opções de escolha múltipla. As questões referentes às áreas /temas sobre os quais tinham/gostariam de receber formação são de seleção múltipla, permitindo várias respostas, tendo sido também categorizadas segundo as opções disponíveis.

O instrumento na sua totalidade encontra-se em anexo a este trabalho (Anexo III).

### **3.2.1.2. A aplicação do instrumento de colheita de dados**

O instrumento acima descrito foi de autopreenchimento, sendo disponibilizado aos participantes via *online*, com recurso à plataforma Microsoft Forms. Desta forma, e tendo em conta o tempo limitado para a conclusão do primeiro módulo de estágio, ficou facilitado o processo de recolha e tratamento dos dados. O preenchimento foi inteiramente anónimo e confidencial, não havendo qualquer possibilidade de identificar os cuidadores pelas respostas dadas, e os dados foram analisados com recurso ao *software* Excel. Foram calculadas medidas de estatística descritiva, nomeadamente de tendência central.

O preenchimento *online* foi também possibilitou reduzir os recursos materiais necessários para aplicar o questionário. Os cuidadores que não dispusessem de computador com acesso à *internet*, poderiam responder ao questionário nos computadores da IPSS.

O questionário foi aplicado entre maio e junho de 2023, tendo sido recolhidas respostas de 18 participantes em 21 possíveis, obtendo assim uma adesão de cerca de 86%. No entanto, três das respostas pertenciam a colaboradores das IPSS que, apesar de trabalharem nas valências

de centro de dia e SAD, não prestavam cuidados diretos aos utentes, pelo que não foram incluídos nos resultados. Nesse sentido, os resultados apresentados de seguida referem-se a uma população de 15 cuidadores.

### 3.2.1.3. A apresentação e análise dos dados colhidos

Relativamente ao perfil sociodemográfico dos cuidadores, verificou-se que 93,3% eram mulheres (n=14), e que a idade média era de 46 anos, sendo que quase metade (46,7%, n=7) tinha mais de 50 anos. Em média, desempenhavam funções há 15 anos e 40% (n=6) trabalhava por turnos diurnos (manhã/tarde). Relativamente à escolaridade, 66,7% dos cuidadores (n=10) tinha, pelo menos, 12 anos completos e, destes, metade tinha mais de 12 anos de escolaridade. A maioria (53,3%, n=8) era casada ou vivia em união de facto, e 73,3% (n=11) tinham filhos (em média, um filho). Além disso, 20% (n=3) acumulavam o papel de cuidador formal com o papel de cuidador informal, pois cuidavam de um familiar com dependência que estava a seu cargo.

Quanto à autoperceção dos cuidadores sobre o seu estado de saúde, foi possível verificar que 53,3% (n=8) classificou a sua saúde como razoável, sendo que os restantes a classificaram como boa, muito boa ou excelente. Quando comparado com o ano anterior, 60% (n=9) referiu estar aproximadamente igual, e os restantes dividiram-se igualmente entre pior e melhor (relatando motivos de saúde física para ambos). Além disso, 46,7% (n=7) referiu que a sua saúde interfere com a sua vida diária e, destes, 42,9% (n=3) referiu que limita muito a sua vida diária.

Apurou-se que 46,7% dos cuidadores (n=7) tinha uma ou mais doenças crónicas/problemas de saúde, sendo mais comuns a hipertensão arterial (13,3%, n=2) e as doenças musculoesqueléticas (13,3%, n=2). Além disso, 60% (n=9) tomava medicação diariamente (em média, um medicamento). Dos 15 cuidadores, 26,7% (n=4) eram fumadores, com 22 anos de consumo em média, e fumavam 14 cigarros diários em média. Verificou-se ainda a existência de um ex-fumador, que tinha cessado os seus hábitos tabágicos no último ano.

Relativamente aos hábitos de sono destes cuidadores, observou-se uma média de horas de sono diárias inferior a seis horas (5,7 horas), sendo que 66,7% (n=10) dormia menos do que as sete a nove horas previstas para a idade adulta. Também 66,7% (n=10) reportaram dificuldades no sono, sendo a mais frequentemente reportada “acordar muitas vezes de noite” (70%, n=7). Apesar disso, apenas uma pessoa referiu tomar medicação para induzir o sono.

Avaliando a presença de dores, apurou-se que 80% dos cuidadores (n=12) sentiu dores nos últimos três meses. Destes, 25% (n=3) relataram sentir dores, pelo menos, quatro vezes por semana, e 75% (n=9) relataram que as dores tinham intensidade moderada a forte. Todos referiram que as dores tinham interferência com o seu trabalho diário, sendo que 66,7% (n=8) relataram interferência moderada.

Quando questionados sobre o hábito/mudança de comportamento com maior impacto positivo na saúde, naquele momento, 53,3% (n=8) responderam “sono e repouso” e 26,7% (n=4) “atividade física”. Dos quatro fumadores, dois responderam “cessação tabágica”.

Relativamente às vigilâncias realizadas por estes cuidadores, todos relataram ter o seu esquema vacinal atualizado e 86,7% (n=13) realizou, pelo menos, uma consulta de vigilância no último ano. Verificou-se que 76,9% das cuidadoras (n=10) realizaram rastreio do cancro do colo do útero nos últimos cinco anos, no entanto, as restantes 23,1% (n=3) nunca fizeram este rastreio, apesar de elegíveis. Sobre o rastreio do cancro da mama, 85,7% (n=6) realizaram rastreio nos últimos dois anos, mas 14,3% (n=1) nunca realizou, apesar de elegível. Por último, observou-se que apenas 28,6% (n=2) realizaram rastreio do cancro colorretal nos últimos dois anos. Dos restantes, 14,3% (n=1) realizou rastreio há mais de dois anos e 57,1% (n=4) nunca realizaram rastreio, apesar de elegíveis.

Avaliando a presença de riscos ergonómicos, verificou-se que 86,7% dos cuidadores (n=13) relataram realizar movimentos repetitivos no trabalho. Também 86,7% (n=13) relataram realizar esforços físicos e 80% (n=12) relataram adotar posturas desadequadas.

Apurou-se que 60% (n=9) ausentou-se do trabalho no último ano por doença, em média duas vezes, e 20% (n=3) sofreu um acidente de trabalho. Também no último ano, 40% (n=6) recorreu ao serviço de urgência, em média duas vezes, sendo o motivo mais reportado doença aguda.

Como foi referido anteriormente, a aplicação da Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-v5) engloba três dimensões. Na dimensão “satisfação de compaixão”, a pontuação média situou-se nos 41, correspondendo a um nível moderado, sendo que 46,7% (n=7) situou-se em nível alto e 53,3% (n=8) situou-se em nível moderado. Na dimensão “*burnout*”, a pontuação média situou-se nos 20, correspondendo a um nível baixo, sendo que 73,3% (n=11) situou-se em nível baixo e 26,7% (n=4) situou-se em nível moderado. A pontuação média da dimensão “*stress* traumático secundário” situou-se nos 21, correspondendo a um nível baixo, sendo que 60% (n=9) situou-se em nível baixo e 40% (n=6) situou-se em nível moderado.

Na última secção do questionário obtiveram-se dados sobre a formação profissional contínua dos cuidadores. Verificou-se que 86,7% (n=13) eram detentores de formação relevante para o exercício das suas funções, sendo que, destes, 73,3% (n=11) receberam-na nos últimos dois anos. De seguida, estão listadas as temáticas sobre as quais os cuidadores receberam formação:

- Técnicas de mobilização, posicionamento e transferências - 69,2% (n=9);
- Prestação de cuidados de higiene - 61,5% (n=8);
- Suporte básico de vida - 53,8% (n=7);
- Primeiros socorros - 53,8% (n=7);
- Prevenção de feridas - 53,8% (n=7);
- Prevenção de quedas - 53,8% (n=7);
- Higiene, saúde e segurança no trabalho - 38,5% (n=5);
- Animação e lazer - 38,5% (n=5);
- Nutrição e hidratação - 30,8% (n=4);
- Gerontologia - 23,1% (n=3).

A grande maioria (81,8%, n=9) considerou que tinha formação adequada e suficiente para as suas funções. Foram ainda questionados sobre as temáticas em que gostariam de receber formação, estando as respostas listadas de seguida:

- Gestão de *stress* - 33,3% (n=5);
- Técnicas de mobilização, posicionamento e transferências - 33,3% (n=5);
- Primeiros socorros - 26,7% (n=4);
- Resolução de problemas/conflitos - 26,7% (n=4);
- Prevenção de lesões musculoesqueléticas - 26,7% (n=4);
- Nutrição e hidratação - 20% (n=3);
- Suporte básico de vida - 20% (n=3);
- Prevenção de feridas - 20% (n=3);
- Animação e lazer - 20% (n=3);
- Higiene, saúde e segurança no trabalho - 13,3% (n=2);
- Limpeza e higienização de espaços - 13,3% (n=2);
- Técnicas de comunicação - 13,3% (n=2);
- Prevenção de quedas - 13,3% (n=2);

- Prestação de cuidados de higiene - 6,7% (n=1).

#### 3.2.1.4. A identificação de necessidades

Com base nos resultados apresentados, identificaram-se as seguintes necessidades de saúde, listadas por “focos de atenção”:

Foco: percepção sobre estado de saúde

- 53,3% (n=8) classificou o seu estado de saúde atual como razoável;
- 46,7% (n=7) referiu que a sua saúde limitava a sua vida diária;
  - Destes, 42,9% (n=3) referiu que a sua saúde limitava muito a sua vida diária;
- 26,7% (n=4) referiu “atividade física” como o hábito/mudança de comportamento com maior impacto positivo na sua saúde naquele momento;
- 60% (n=9) já se ausentou do trabalho no último ano por motivo de doença.

Foco: uso de tabaco

- 26,7% (n=4) eram fumadores;
  - Destes, 50% (n=2) referiu “cessação tabágica” como o hábito/mudança de comportamento com maior impacto positivo na sua saúde naquele momento.

Foco: sono e repouso

- 66,7% (n= 10) dormia menos de sete horas diariamente;
- 66,7% (n=10) referiu sentir dificuldades a dormir;
  - Destes, 70% (n=7) referiu acordar muitas vezes durante a noite;
- 53,3% (n=8) referiu “sono e repouso” como o hábito/mudança de comportamento com maior impacto positivo na sua saúde naquele momento.

Foco: dor

- 80% (n=12) sentiu dores nos últimos três meses;
  - Destes, 25% (n=3) sentiu dores, pelo menos, quatro vezes por semana;
  - Destes, 75% (n=9) sentiu dores de intensidade moderada a forte;
  - Destes, 100% (n=12) referiu que a dor interferia com o seu trabalho diário;
    - Destes, 66,7% (n=8) referiu que a dor interferia moderadamente com o seu trabalho diário.

#### Foco: adesão a rastreios

- 23,1% (n=3) nunca realizou rastreio do cancro do colo do útero, apesar de ser elegível;
- 14,3% (n=1) nunca realizou rastreio do cancro da mama, apesar de ser elegível;
- 14,3% (n=1) já realizou rastreio do cancro colorretal, mas há mais de dois anos;
- 57,1% (n=4) nunca realizou rastreio de cancro colorretal, apesar de ser elegível.

#### Foco: lesões musculoesqueléticas

- 86,7% (n=13) referiu realizar movimentos repetitivos no trabalho;
- 86,7% (n=13) referiu realizar esforços físicos no trabalho;
- 80% (n=12) referiu adotar posturas desadequadas no trabalho.

#### Foco: necessidades formativas

- 33,3% (n=5) gostaria de receber formação sobre “gestão de *stress*”;
- 33,3% (n=5) gostaria de receber formação sobre “técnicas de mobilização, posicionamento e transferências”;
- 26,7% (n=4) gostaria de receber formação sobre “prevenção de lesões musculoesqueléticas”;
- 26,7% (n=4) gostaria de receber formação sobre “primeiros socorros”;
- 26,7% (n=4) gostaria de receber formação sobre “resolução de problemas/conflitos”.

### 3.2.2. A priorização de necessidades

Identificadas as necessidades de saúde dos cuidadores, foi necessário priorizá-las, para perceber quais os problemas a resolver em primeiro lugar. Pela familiaridade com o método e por permitir reduzir alguma da subjetividade do processo, optou-se por aplicar o método de priorização de Hanlon adaptado à dimensão da amostra (o esquema do processo de priorização encontra-se em anexo - Anexo IV). Este método baseia-se em quatro critérios: amplitude ou magnitude do problema, gravidade do problema, eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema, e exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1992).

O exercício de priorização das necessidades foi efetuado pela estudante, em conjunto com os orientadores do estágio, tendo resultado na seguinte ordem de prioridades (segundo “focos”):

1. Sono e repouso (25,2 pontos)

2. Dor (24 pontos)
3. Lesões musculoesqueléticas (17,1 pontos)
4. Adesão a rastreios (12 pontos)
5. Perceção sobre estado de saúde (nove pontos)
6. Uso de tabaco (8,4 pontos)
7. Necessidades formativas (zero pontos)

### 3.2.3. A fixação de objetivos

Após a identificação das necessidades e do estabelecimento de prioridades, tornou-se necessário definir os objetivos que permitiriam a resolução (ou atenuação) do problema, de modo a obter ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). A fixação dos objetivos é uma fase particularmente importante do processo de planeamento em saúde, visto que é a partir dos objetivos que se selecionam as estratégias adequadas de intervenção e é através deles que se permite avaliar o sucesso do projeto de intervenção. Estes devem ser claros, específicos e viáveis/atingíveis (Tavares, 1992).

Assim, definiu-se como objetivo geral do projeto de intervenção melhorar a autoperceção dos cuidadores formais sobre os seus comportamentos de saúde. Fixaram-se como objetivos específicos do projeto de intervenção:

- Aumentar de 33,3% (n=5) para 46,6% (n=7) a proporção de cuidadores formais que refere dormir, pelo menos, sete horas por dia;
- Aumentar de 33,3% (n=5) para 46,6% (n=7) a proporção de cuidadores formais que refere dormir sem dificuldades;
- Diminuir de 25% (n=3) para 16,6% (n=2) a proporção de cuidadores formais que sente dor, pelo menos, quatro vezes por semana;
- Diminuir de 75% (n=9) para 66,7% (n=8) a proporção de cuidadores formais que sente dores de intensidade moderada a forte;

- Diminuir de 100% (n=12) para 91,6% (n=11) a proporção de cuidadores formais que refere que a dor interfere com o seu trabalho diário;
- Diminuir de 86,7% (n=13) para 80% (n=12) a proporção de cuidadores formais que refere realizar movimentos repetitivos no trabalho;
- Diminuir de 86,7% (n=13) para 80% (n=12) a proporção de cuidadores formais que refere realizar esforço físico no trabalho;
- Diminuir de 80% (n=12) para 73,3% (n=11) a proporção de cuidadores formais que refere adotar posturas desadequadas.

#### 3.2.4. A seleção de estratégias

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a seleção de estratégias é uma etapa primordial do planeamento de um projeto, permitindo criar a abordagem mais adequada para a minimização dos problemas identificados. Segundo os mesmos autores, a estratégia em saúde é vista como um conjunto de técnicas, organizadas com o propósito de atingir um ou mais objetivos, e, dessa forma, minimizar um ou mais problemas de saúde.

Para atingir os objetivos acima definidos, foi selecionada a educação para a saúde (EpS) como estratégia de promoção da saúde.

A EpS é descrita pela OMS como uma “combinação de experiências de aprendizagem” que permitem “aumentar o conhecimento, influenciar a motivação e melhorar a literacia em saúde” (OMS, 2021, p. 18). Além da divulgação de informação, as ações de EpS promovem a motivação dos participantes, valorizando as suas habilidades e incentivando a sua confiança na capacidade de mudar (autoeficácia), sem esquecer os fatores externos e internos que influenciam as decisões em saúde (OMS, 2012).

Para o planeamento de atividades de EpS, o Minnesota Department of Health (2019) recomenda a utilização do modelo ASSURE criado por Bastable em 2017:

- Analisar a população alvo;
- (*State*) Estabelecer os objetivos;
- Selecionar os métodos e materiais de aprendizagem;

- Utilizar os materiais/implementar os métodos;
- Requerer a participação/interação da população alvo;
- (*Evaluate*) Avaliar o plano de sessão e rever/corrigir conforme necessário.

Como é uma estratégia focada na prevenção, a EpS permite reduzir os custos financeiros associados aos tratamentos médicos. Este benefício abrange não só a população alvo da intervenção, mas as suas famílias, as entidades patronais, as seguradoras de saúde, os serviços de saúde e, ultimamente, o Estado (OMS, 2012).

A escolha desta estratégia é corroborada por estudos como o de Ong e colaboradores (2023), que refere que programas de promoção do sono baseados em sessões de EpS sobre higiene do sono são geralmente pouco dispendiosos e facilmente implementados, tendo como principais benefícios o aumento da consciencialização sobre a importância do sono e a melhor perceção sobre os próprios padrões de sono. Também o estudo de Tadros et al. relata a educação sobre a higiene de sono e estratégias promotoras de relaxamento como um dos pilares da terapia cognitiva comportamental para o tratamento da insónia (2023). Outros estudos relatam também programas de educação sobre o sono como intervenção no local de trabalho para promover um sono saudável (Albakri et al., 2021; Redeker et al., 2019; Robbins et al., 2019).

A EpS também tem sido apontada como elemento importante na abordagem à dor crónica, em particular, a lombalgia, chegando a fazer parte das recomendações da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) nas *fact sheets* do *2021 Global year about back pain*. Várias revisões sistemáticas têm demonstrado os benefícios desta estratégia na abordagem à dor, como maior envolvimento no tratamento, maior capacidade de autogestão e maior literacia em saúde (Branco, 2022). Um estudo de Traegers et al. (2015) concluiu que a EpS tem um efeito tranquilizador nos indivíduos com dor crónica, podendo-se manter até um ano, além de reduzir a frequência de consultas motivadas pela dor. Também a investigação de Steffens et al. (2016) verificou que associar atividade física e EpS contribuía para a redução do risco de lombalgia.

No entanto, a EpS enquanto estratégia nem sempre é muito eficiente. As principais barreiras reportadas são a perceção de falta de tempo ou apoio, compromissos de trabalho ou familiares, baixa motivação para a mudança, conteúdo pouco interessante, método/estratégia de apresentação desadequada ou falta de feedback (Ong et al., 2023).

Ao longo dos anos têm sido identificados alguns componentes dos programas e projetos de EpS que preveem o seu sucesso, como a participação dos membros da comunidade no seu desenvolvimento, uma correta avaliação das necessidades e dos recursos, e a capacidade de promover mudanças comportamentais em saúde a longo prazo (OMS, 2012). Segundo os mesmos autores, “o maior aliado da EpS é a população que serve” (p. 47), sendo a consciencialização sobre os problemas de saúde e sobre como estes podem ser influenciados pelos comportamentos

de saúde o ponto fulcral da EpS. A participação da comunidade tem um papel central nesta estratégia, sendo que Green e Kreuter (como citado em OMS, 2012) referem que a característica definidora da EpS é precisamente a participação voluntária da população no sentido de aprender sobre as suas práticas de saúde.

Para a implementação da EpS como estratégia de intervenção, recomenda-se a utilização de diferentes métodos educativos, abordando conhecimentos, capacidades, hábitos e atitudes, e competências socioemocionais (Carvalho & Carvalho, 2006). No entanto, também é verdade que para haver mudança comportamental, para haver mudanças sociopolíticas, para haver mudanças ambientais, é necessário primeiro haver conhecimento. “Para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem”, pois “nada surge do nada, sem informação” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 17).

Os mesmos autores referem que, na EpS podem ser observadas três gerações - sugeridas por Moreno et al. (2000) - às quais é possível associar focos de atenção - sugeridos por Santos (2000). A primeira geração da EpS designa-se “informativa” e está associada ao foco “divulgativo”. Inerente a esta geração está a noção de que os profissionais de saúde transmitem conhecimentos sob a forma de prescrições/recomendações, usando uma metodologia expositiva unidirecional, baseados na premissa de que os estilos de vida pouco saudáveis são exclusivamente resultantes da falta de conhecimento da população. Uma das principais críticas apontadas a esta geração é o partir da ideia errada de que dispor de informação é suficiente para que haja mudança de atitudes e/ou comportamentos (Carvalho & Carvalho, 2006).

Assim, emerge a segunda geração de EpS. Designa-se “centrada no comportamento” e surge associada ao foco “comportamental”. Considera que a informação é meramente um elo no processo de obtenção de comportamentos saudáveis, e que devem ser tidos em conta fatores socioculturais, assim como as motivações e as barreiras à mudança comportamental, pois a saúde é um resultado direto dos comportamentos adotados. Também esta geração é alvo de críticas, uma delas a focalização da intervenção no comportamento, ignorando outras dimensões (como os processos cognitivos e as atitudes). Apesar disso, esta geração tem uma grande aplicabilidade nos serviços de saúde, em particular em problemas de saúde que sofram um grande impacto dos comportamentos adotados (Carvalho & Carvalho, 2006).

A terceira geração, designada “crítica”, corresponde ao foco “integral”. A mais recente das três, esta geração de EpS surgiu numa tentativa de colmatar as críticas às anteriores. Além da mudança comportamental, esta geração propõe mudanças sociopolíticas e ambientais, numa perspectiva preventiva. Visa promover a participação comunitária no processo de aprendizagem, de modo a influenciar não só os comportamentos da população, mas também o ambiente que a rodeia e as próprias instituições. A EpS “crítica” pretende responsabilizar e capacitar os cidadãos no processo de melhoria de saúde, através da compreensão e intervenção nos fatores determinantes da saúde - sejam individuais, ambientais, socioeconómicos ou outros. Apesar

desta geração ser a que mais se adequa ao paradigma atual de saúde, os autores reconhecem que tem maior aplicabilidade no sistema educativo do que nos serviços de saúde, onde a aplicação deste modelo é menos exequível (Carvalho & Carvalho, 2006).

Tendo em conta o marco temporal disponibilizado para a intervenção na população-alvo, optou-se por desenvolver um conjunto de atividades de EpS que se pode situar entre a primeira e a segunda gerações. Estas atividades têm como foco o conhecimento dos cuidadores formais sobre as necessidades de saúde identificadas, mas também abordam crenças e mitos, benefícios associados à adoção de comportamentos, e a influência de fatores externos no comportamento. O projeto desenvolvido terá continuidade através dos enfermeiros da UCC que acompanharam o estágio, pelo que, no futuro, será possível implementar outras estratégias educativas que visem outras dimensões da aprendizagem.

O estudo anteriormente referido de Ong et al. (2023) também relata que os incentivos (sejam financeiros, em género ou sob forma de prémios de jogos) são promotores da mudança comportamental. Assim, planeou-se a realização de um jogo com prémio material relacionado com as temáticas a abordar, como forma de promover a participação dos cuidadores.

### **3.2.5. A elaboração do projeto de intervenção**

O ambiente de trabalho deve ser visto como um espaço de promoção da saúde e prevenção da doença. O sono insuficiente ou não reparador, a presença de dor e a presença de LMERT estão relacionados com níveis de produtividade e satisfação laborais diminuídos, mas também contribuem para a perceção de um pior estado de saúde geral e menor bem-estar, o que implica custos económicos elevados - custos estes imputados aos trabalhadores, às entidades patronais e ao próprio sistema de saúde (Genésio, 2017; Nobre, 2017; Norelho, 2018).

Assim, procurou-se elaborar um projeto que intervisse nestes três focos de atenção, identificados como necessidades de saúde prioritárias. Tendo por base a janela temporal disponibilizada pelas IPSS para a implementação, preconizou-se a realização de seis sessões de EpS. Para tal, foi realizada previamente uma pesquisa bibliográfica sobre programas e projetos de intervenção comunitária sobre estas temáticas em populações semelhantes.

Verifica-se uma escassez de programas de intervenção comunitária sobre o sono, apesar de ser notório um aumento do interesse pelo tema na última década. Alguns autores sugerem que a mudança de hábitos de sono seja mais difícil que a de hábitos alimentares ou de atividade

física. Isto porque estes últimos podem estar associados a outras atividades diárias (p. ex. ver televisão enquanto caminha na passadeira), enquanto a mudança de hábitos de sono implica o dispêndio de tempo apenas para esse propósito. Além disso, é mais difícil obter apoio visto que o sono é uma atividade individual conduzida em espaços privados (Ong et al., 2023).

Além da escassez de programas, os existentes são referentes a populações ou comunidades específicas (crianças e adolescentes, mulheres em menopausa, estudantes universitários, utentes com demência, utentes internados em unidades de cuidados intensivos, trabalhadores por turnos, etc.), pelo que a intervenção e os resultados obtidos podem não ser replicáveis em comunidades de cuidadores formais de centros de dia e SAD. No entanto, é possível verificar alguns estudos de preferências sobre a intervenção no sono, que permitem inferir sobre atividades a implementar ou métodos a utilizar que podem potenciar o sucesso da intervenção, apesar das diferenças de população.

Num desses estudos, publicado em 2023, Tadros e colegas procuraram avaliar as preferências de jovens adultos sobre um programa de intervenção no sono. No seu estudo, descrevem que os jovens têm preferência por sessões presenciais, com duração de aproximadamente uma hora, reforçadas por “lembretes” entre sessões - complementos ao conteúdo do programa - disponibilizados através de meios digitais, como forma de manter o envolvimento e de promover o sentimento de conexão social. Os participantes também relataram que um diário de sono poderia ser útil na avaliação do progresso e que a mudança positiva no seu padrão de sono poderia servir de motivação para se manterem envolvidos no programa (Tadros et al., 2023).

Assim, propôs-se elaborar um projeto de intervenção com sessões semanais presenciais de uma hora e com um contacto não presencial entre sessões, para manter o envolvimento dos cuidadores. Também se propôs disponibilizar um diário de sono aos cuidadores, para facilitar a consciencialização sobre o seu padrão atual de sono.

O sono é uma necessidade fisiológica básica e, ao contrário da crença popular, é um processo ativo e dinâmico (o cérebro não “desliga” durante o sono). Tem um papel relevante na reposição dos níveis de energia, na manutenção das funções cognitivas, em especial a consolidação da memória que ocorre durante o sono, na termorregulação e na regulação do humor. Também auxilia na regulação hormonal (por exemplo, na regulação do apetite) e no funcionamento do sistema imunitário (Lino, 2020; Neves et al., 2023; Silva et al., 2021). Um sono de qualidade é essencial na promoção da saúde física, cognitiva e emocional.

Durante um ciclo de sono, existe variação entre fases de movimento não rápido dos olhos (NREM - *non rapid eye movement*) e uma fase de movimento rápido dos olhos (REM - *rapid eye movement*). O nível de relaxamento muscular, de atividade cerebral, e os processos que ocorrem durante o sono dependem da fase do sono que estiver a ocorrer. Durante uma noite,

é expectável que decorram cinco a seis ciclos de sono, com duração de cerca de uma hora e meia (Santos-Coelho, 2020).

O sono é regulado por dois processos: a homeostase do sono e o ciclo circadiano. A homeostase é um mecanismo que leva a uma maior sonolência à medida que passa mais tempo desde o último ciclo de sono. Este mecanismo regula o processo de adormecer e manter o sono durante as primeiras horas. Já o ciclo circadiano é responsável por sincronizar as funções biológicas com o período diurno/noturno, havendo variância durante as 24 horas. No caso do sono, leva a maior sonolência durante a noite e a maior vigília durante o dia. Este mecanismo permite manter os ciclos de sono durante a noite (Peralta, 2020).

Segundo as recomendações nacionais e internacionais, um adulto saudável deverá dormir entre sete a nove horas por dia, embora possam haver pequenas variações individuais - p. ex., adultos que necessitem de apenas seis horas de sono e adultos que necessitem de onze horas diárias (Peralta, 2020). Um padrão de sono adequado inclui não só a quantidade (sete a nove horas) adequada, mas também a qualidade, sendo a qualidade do sono influenciável pela duração, profundidade e continuidade do mesmo. Um sono de qualidade caracteriza-se por horários regulares, ser contínuo, com acordar espontâneo, ser reparador e pela ausência de sonolência durante o dia (Sociedade Portuguesa de Medicina do Estilo de Vida [SPMEV], 2018).

Um distúrbio de sono pode ser definido como “qualquer interrupção, mensurável ou percecionada, do padrão de sono habitual de um indivíduo, e que interfere com a latência ou com a manutenção do sono” (Philippens et al., 2022, p. 4). Incluem dificuldades a adormecer, despertares frequentes durante a noite, despertar muito cedo, sono não reparador e pouca duração do sono. Estes distúrbios estão associados ao desenvolvimento de doenças mentais, como depressão e ansiedade, e pode potenciar ideação e comportamentos suicidas. Os distúrbios de sono podem ainda diminuir a eficácia de alguns tratamentos, pelo que a sua resolução é uma prioridade (Tadros et al., 2023).

A privação de sono está presente sempre que um indivíduo dorme um número de horas inferior ao necessário para funcionar adequadamente, e é um dos distúrbios de sono mais frequentes. Esta pode ser parcial ou total, aguda ou crónica, e o seu efeito no organismo foi já comparado ao de uma intoxicação alcoólica (Gomes, 2020).

Sabe-se que o sono insuficiente ou de baixa qualidade tem consequências a curto e a longo prazo na saúde e no bem-estar, como maior risco de demência, maior risco de diabetes e hipertensão, alterações imunitárias, aumento do *stress*, irritabilidade exacerbada, ansiedade, depressão, confusão, desconcentração, dificuldades de raciocínio, tremores musculares, cansaço e/ou fadiga, problemas de memória, diminuição da tolerância à dor, aumento de peso, dificuldades na socialização e estabelecimento de relações de pares, absentismo, diminuição da produtividade no trabalho, menor satisfação no trabalho e aumento do risco de acidentes

de viação e de trabalho (Fernandes et al., 2023; Gomes, 2020; Jaffe & Engelke, 2018; Ong et al., 2023; Peralta, 2020; Philippens et al., 2022; Sá & Sampaio, 2022; Silva et al., 2021). Estes riscos aumentam quanto maior a privação de sono (acumulação de horas de sono em falta).

Também tem sido relatada uma associação entre indivíduos com excesso de peso ou obesidade e dificuldades de sono, nomeadamente menor duração, maior latência e maior propensão ao uso de medicamentos para promover o sono. O inverso também se verifica, ou seja, a má qualidade e a curta duração do sono também são descritos como fatores de risco para a obesidade (Fernandes et al., 2023). Vários estudos sugerem que, em consequência da privação do sono, os indivíduos tendem a comer mais e a optar por alimentos mais densos energeticamente, assim como tendem a não praticar atividade física por iniciativa própria (Philippens et al., 2022; Tadros et al., 2023).

Um estudo de Sá & Sampaio (2022) demonstrou ainda que indivíduos com pior qualidade de sono tendem a perceber níveis mais baixos de saúde e bem-estar gerais. Também Tadros et al. (2023) concluíram que os participantes gostariam de obter informação sobre o sono e que a sua consciencialização sobre a importância do sono e as consequências da sua falta seria motivadora para a mudança comportamental.

Desse modo, pretendeu-se que as sessões de EpS abordassem o conceito de sono, uma breve explicação das fases do ciclo de sono, a sua regulação, as funções do sono, o que significa ter um padrão de sono adequado e os seus benefícios, quais os distúrbios de sono mais comuns e os seus sinais, assim como as consequências da privação de sono.

Para evitar ou minimizar distúrbios do padrão de sono, surge o conceito de higiene do sono, que representa um conjunto de hábitos e rotinas que facilitam o início e a manutenção do sono, e mantêm o ritmo circadiano estável. A higiene do sono inclui aspetos como os horários de vigília/sono, a adequação do meio ambiente, o consumo de substâncias estimulantes, os hábitos alimentares, os hábitos de atividade física e as atividades de relaxamento e/ou de gestão do *stress* (Jaffe & Engelke, 2018; Lino, 2020; Philippens et al., 2022; Reis, 2020; Silva et al., 2021).

A recomendação mais frequente é a importância de ter um horário de sono regular, ou seja, acordar e deitar sempre à mesma hora. A regularidade do padrão de sono facilita a sua regulação pela homeostase do sono, evitando a sonolência diurna e promovendo uma maior qualidade de sono. É também relevante estabelecer uma rotina pré-sono relaxante, incorporando a prática de gratidão, de meditação e de yoga, e atividades como tomar um banho de espuma ou beber uma bebida quente (Ong, 2022). Esta rotina facilita a transição da atividade do dia-a-dia para um período de descanso, pelo que deve iniciar-se, idealmente, uma hora antes de deitar (DGS, 2016; Lino, 2020; SPMEV, 2018).

Durante esta última hora antes de deitar é também recomendado diminuir a luminosidade ambiente, optando por luzes de cor amarela/laranja. A luz ambiente é dos estímulos mais

importantes na regulação do sono. A exposição à luz solar durante a manhã e a diminuição da luminosidade à noite - imitando o escurecimento do céu - são medidas facilitadoras do sono, promovendo a sua quantidade e qualidade. Por outro lado, o uso excessivo de dispositivos eletrônicos - emissores de luz azul - pode ter o efeito inverso, atuando como estimulante e “enganando” o organismo a manter o estado de alerta (Reis, 2020; SPMEV, 2018). Isto porque a exposição a luzes intensas ao final do dia promove a liberação de cortisol e inibe a liberação de melatonina, atrasando o início do sono (DGS, 2016; Lino, 2020; Reis, 2020).

O processo de adormecer exige ainda um ambiente adequado, visto que o sono é um estado de inconsciência que pode ser interrompido por estímulos sensoriais (Silva et al., 2021). Assim, os especialistas recomendam, além de diminuir a luminosidade, reduzir o ruído, manter uma temperatura ambiente confortável - entre os 18° C e os 20° C - e garantir que o colchão e as almofadas utilizados sejam confortáveis e adequados à posição durante o sono - devem promover um bom suporte às regiões cervical e lombar (Lino, 2020; SPMEV, 2018).

Existem também recomendações em relação à alimentação, à prática de atividade física e ao consumo de substâncias estimulantes. Relativamente à alimentação, uma alimentação saudável e nutricionalmente equilibrada é facilitadora de um padrão de sono adequado, visto que algumas substâncias - como triptofano, magnésio, cálcio e zinco - promovem a síntese e liberação de serotonina e melatonina - hormonas reguladoras do sono (Lino, 2020). Refeições pesadas ou picantes nas quatro horas que antecedem o sono são prejudiciais à qualidade do sono, assim como a sensação de fome. Nesse sentido, recomenda-se que o jantar seja ingerido, pelo menos, duas horas antes de dormir e fazer uma pequena ceia, se necessário. Também se recomenda evitar a ingestão excessiva de líquidos à noite, visto que leva a despertares noturnos para idas à casa de banho (DGS, 2016; Lino, 2020; SPMEV, 2018).

A prática regular de atividade física é promotora de uma boa qualidade de sono e favorece o adormecimento, visto que implica um maior gasto energético durante o dia. No entanto, a sua prática nas quatro horas que antecede o deitar está desaconselhada, visto ser potencialmente estimulante (DGS, 2016; Lino, 2020; SPMEV, 2018).

A cafeína é a substância psicoativa mais consumida no mundo, sendo o seu consumo reconhecido como um dos principais fatores responsáveis pela má qualidade de sono (Fernandes et al., 2023). Vários estudos têm demonstrado menores eficiência e duração total do sono e maior latência do sono associados ao consumo de cafeína, o que, por sua vez, pode provocar maior sonolência diurna (Fernandes et al., 2023; Sousa et al., 2023). O horário de consumo da cafeína deve ser tido em conta nas recomendações sobre higiene de sono. A cafeína tem uma meia-vida de cerca de quatro a seis horas. Assim, deverá ser recomendada a abstinência de cafeína até seis horas antes da hora de dormir (Fernandes et al., 2023).

Similarmente, o álcool influencia negativamente o sono. Nas primeiras horas, o consumo de bebidas alcoólicas tem efeito depressor, podendo levar a alguma sonolência e facilitar o adormecimento - o que contribui para a noção de que beber álcool ajuda a dormir melhor. No entanto, após a sua metabolização, passa a ter efeito estimulante, pelo que pode conduzir a um sono menos profundo - conducente a menor descanso - e a mais despertadores noturnos - conducente a maior cansaço e irritabilidade no dia seguinte (Thomas, 2022). Por esse motivo, as bebidas alcoólicas, os alimentos açucarados e a nicotina - pelo seu efeito estimulante - devem ser evitados nas quatro a seis horas que antecedem o sono (Lino, 2020; SPMEV, 2018).

Por fim, alguns estudos têm vindo a estudar o sono como atividade social, além de necessidade fisiológica, tendo-se verificado que os indivíduos tendencialmente dormem mais quando sozinhos, mas dormem melhor acompanhados - verifica-se ainda que, habitualmente, preferem dormir acompanhados (Dueren et al., 2022; Philippens et al., 2022). Aliado a este facto, alguns autores sugerem que o toque afetivo promove uma melhor qualidade de sono, pelo provável efeito calmante e relaxante do toque (Dueren et al., 2022). Também a atividade sexual (seja masturbação ou com parceiro) tem sido relatada como sendo promotora da qualidade do sono e diminuindo a latência do sono (Dueren et al., 2022).

Com base no descrito, procurou-se abordar o conceito de higiene de sono e as suas diferentes dimensões - meio ambiente, horários de sono, alimentação e atividade física, consumo de substâncias estimulantes, atividade sexual e atividades relaxantes - de modo a promover a reflexão dos cuidadores sobre os seus hábitos diários que influenciam o seu padrão de sono e sobre como esses hábitos podem ser melhorados. Planeou-se ainda a prática de algumas atividades promotoras de relaxamento com os cuidadores.

A dor é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 2020). É uma vivência subjetiva e multidimensional (engloba componentes sensoriais e emocionais), existindo mesmo quando não se identifica a causa. Habitualmente, é caracterizada pelo relato de sofrimento, pela expressão facial (fácies de dor), por alterações do tônus muscular e por comportamentos de autoproteção. A sensação dolorosa, se não controlada, pode levar a consequências na funcionalidade dos indivíduos, como falta de atenção, alteração da perceção de tempo, isolamento social, distração, inquietação, perda de apetite, dificuldades de raciocínio e perda de qualidade de vida (DGS, 2017; OE, 2008).

Vários fatores podem influenciar a expressão individual da dor, o limiar da dor - estímulo de menor intensidade necessário para perceção de dor - e a tolerância à dor - estímulo de maior intensidade que o indivíduo é capaz de tolerar. Estes fatores podem ser fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais. A expressão da dor pode ainda variar na mesma pessoa, de acordo com o contexto e das condições em que é sentida (OE, 2008). A

identificação destes fatores pode contribuir para a autopercepção dos cuidadores sobre situações de maior vulnerabilidade à dor.

Também a classificação da dor é relevante para identificar os possíveis fatores de alívio e de agravamento e para adequar as estratégias de alívio. Esta classificação pode ser feita de acordo com a origem, as manifestações, a duração, a intensidade e a frequência, entre outros fatores relacionados. Quando da reunião com as IPSS para apresentação das necessidades identificadas e para discussão do plano de intervenção, os cuidadores formais foram questionados sobre as características das dores reportadas, concluindo-se que eram, na maioria dos casos, de origem musculoesquelética e não provocadas por patologias de base.

A dor musculoesquelética caracteriza-se por uma sensação de dor com origem nos músculos, articulações ósseas ou dentes. Geralmente, manifesta-se como profunda, maciça e surda, e pode agravar com o movimento da região afetada (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2019), sendo a forma mais comum entre cuidadores formais a lombalgia. Numa *fact sheet* acerca da educação sobre dorsalgia, a IASP reforça que a educação tem um papel relevante no empoderamento dos indivíduos para a autogestão da sua dor (2021). Para que um indivíduo seja capaz de controlar a sua dor, recomenda-se que aprenda acerca da dor, e que aprenda e treine a utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas em complementaridade (OE, 2008).

As estratégias não farmacológicas podem ser de vários tipos: cognitivo-comportamentais, físicas e de suporte emocional. As terapias cognitivo-comportamentais, a prática de *mindfulness*, o treino de técnicas de *coping* e a prática de técnicas de meditação têm crescido em popularidade nas *guidelines* de intervenção na lombalgia e são uma das estratégias de tratamento mais custo-efetivas disponíveis (Branco, 2022). Nas estratégias físicas incluem-se a massagem, o exercício, a termoterapia (aplicação de calor ou de frio) e a estimulação elétrica transcutânea - maioritariamente, estas estratégias promovem o alívio da dor através de três mecanismos: o relaxamento muscular, a interferência com “entrada” de impulsos dolorosos, e a promoção da libertação de substâncias analgésicas no organismo (Cantista, 2022). As medidas de suporte emocional incluem o toque terapêutico (que tem como alvo a componente emocional da dor) e a promoção do conforto (minimizando a influência de fatores de agravamento na dor).

Com base no acima descrito, planeou-se abordar com os cuidadores o conceito de dor e os seus mecanismos fisiológicos, o impacto da dor na vida diária, possíveis fatores de alívio e de agravamento, assim como as principais estratégias não farmacológicas de alívio da dor (incluindo alguns exemplos práticos).

Designa-se por LMERT qualquer doença inflamatória e/ou degenerativa do sistema locomotor que resulte ou seja agravada por fatores de risco profissionais - incluem inflamações nos

tendões ou similares, lesões compressivas de nervos periféricos, osteoartrose e mialgias (Moura et al., 2019; Sousa, 2019; Vaz et al., 2021). Na prestação de cuidados de saúde ao domicílio, a região anatómica mais frequentemente afetada é a região lombar (Castelôa et al., 2019; Moura et al., 2019; Sousa, 2019). Estas lesões podem-se manifestar por dor, desconforto, edema, diminuição da força muscular, aumento do tónus muscular, fadiga localizada e redução da mobilidade articular. Os sintomas instalam-se gradualmente e, tendencialmente, agravam-se no final do dia ou do turno de trabalho, por vezes, com alívio durante as pausas ou com descanso (Moura et al., 2019; Vaz et al., 2021).

Existe algum consenso em como as LMERT são uma consequência de um desequilíbrio na relação entre as exigências físicas do trabalho e a capacidade de adaptação da região afetada, ou seja, resultam do efeito cumulativo do descanso insuficiente após esforço físico (Castelôa et al., 2019; Sousa, 2019).

Estas lesões desenvolvem-se ao longo do tempo, como resultado da combinação de vários fatores de risco, pelo que, para as prevenir, é essencial saber identificar e minimizar estes fatores (Moura et al., 2019). Frequentemente, na literatura, os fatores de risco para LMERT são reduzidos aos fatores físicos - repetibilidade de movimentos, sobrecarga física e adoção de posturas desajustadas (Soares, 2017). No entanto, há vários outros fatores que podem concorrer para um maior risco de desenvolver uma LMERT, podendo estes serem agregados em fatores físicos, fatores organizacionais/psicossociais e fatores individuais.

Os fatores físicos encontram-se diretamente relacionados com as tarefas executadas durante a atividade profissional. Incluem a aplicação de força excessiva, a repetibilidade de movimentos, as posturas e/ou posições extremas e a exposição a elementos ambientais (variações bruscas de temperatura, riscos mecânicos, exposição a radiação, exposição a substâncias tóxicas, etc.). Em particular, nos cuidados ao domicílio, a exposição a elementos mecânicos - chão escorregadio, presença de desníveis, espaços apertados, mobiliário desadequado, camas muito baixas - podem promover choques ou a adoção de posturas extremas (Castelôa et al., 2019; Cruz et al., 2019; Sousa, 2019; Vaz et al., 2021).

Também alguns fatores individuais podem concorrer para uma maior probabilidade de desenvolver LMERT, como idade mais avançada (diminuição da força máxima e alterações da mobilidade articular), medidas antropométricas afastadas dos valores médios (postos de trabalho com dimensões desajustadas), antecedentes pessoais de saúde (doenças crónicas ou historial de lesões), assim como os estilos de vida e as atividades exercidas além do local de trabalho (Castelôa et al., 2019; Cruz et al., 2019; Moura et al., 2019; Sousa, 2019).

Os organizacionais referem-se às condições do local de trabalho, às tarefas desempenhadas (complexidade, monotonia, exigências cognitivas), aos estilos de liderança, à cultura organizacional da empresa, às relações interpessoais no trabalho (trabalho em equipa, apoio

dos superiores), à remuneração, à motivação, aos horários de trabalho (ritmo de trabalho, pausas, horários por turno), à satisfação laboral, entre outros que, quando percebidos como desfavoráveis, contribuem para o aumento do risco de lesão (Castelôa et al., 2019; Cruz et al., 2019; Sousa, 2019; Vaz et al., 2021).

A ergonomia é a ciência multidisciplinar que estuda o trabalho humano, tendo como foco as relações entre os componentes do sistema laboral, no centro do qual se encontra o trabalhador (Brigas, 2015; Cruz et al., 2019; Soares, 2017). A aplicação da ergonomia no local de trabalho procura fornecer o máximo de conforto, segurança e eficiência às condições de trabalho. Para tal, analisa um conjunto de parâmetros - condições físicas do trabalho, conteúdo das tarefas desempenhadas, ritmos de trabalho, divisão de tarefas, relações de poder e relações interpessoais - e de que forma cada um destes interfere na motivação e na satisfação dos trabalhadores (Brigas, 2015; Cruz et al., 2019; Associação Internacional de Ergonomia [IEA], 2017; Soares, 2017).

Vários estudos têm demonstrado melhorias na incidência de LMERT e na diminuição dos riscos existentes nos locais de trabalho pela adoção de práticas ergonómicas (Cruz et al., 2019). Esta é uma medida custo-efetiva de prevenir LMERT, englobando a disposição do local de trabalho, a utilização de equipamentos, a otimização das tarefas, a gestão do trabalho e fatores organizacionais (Moura et al., 2019).

Em relação à disposição do local de trabalho, recomenda-se garantir as dimensões mínimas para a adequada movimentação do trabalhador e organizar os materiais eficientemente - de modo a minimizar o seu transporte e manter dentro de alcance fácil os materiais mais frequentemente utilizados. É igualmente importante manter uma boa iluminação, visto que a fraca iluminação leva a uma menor perceção visual, obrigando à adoção de posturas inadequadas (Brigas, 2015; IEA, 2017).

Sempre que esteja disponível e em boas condições, deve ser utilizado equipamento auxiliar para levantamento e transporte de cargas pesadas. Também devem ser estabelecidos procedimentos seguros para a transferência de pessoas, mantendo as articulações em posição neutra e os membros próximos ao corpo, e evitando a flexão da coluna vertebral. Recomenda-se ainda promover a rotação de tarefas, alternando entre períodos de maior e menor esforço muscular, e fazer intervalos/pausas frequentes (Brigas, 2015; IEA, 2017).

Relativamente a fatores organizacionais, releva-se a importância de capacitar os trabalhadores no âmbito da ergonomia, de organizar reuniões entre chefias e trabalhadores (promovendo diálogo e cooperação), de organizar eventos sociais recreacionais (promovendo relações interpessoais) e de promover medidas de alívio do *stress* no trabalho - através de atividades de relaxamento, meditação ou ginástica, por exemplo (Brigas, 2015; IEA, 2017).

A ginástica laboral refere-se a um conjunto de exercícios físicos específicos, de curta duração e realizados no próprio local de trabalho. Estes programas procuram compensar os efeitos negativos do trabalho, melhorar ou manter os índices de capacidade física, manter a amplitude articular, relaxar e aliviar a dor - tornando o ambiente laboral mais seguro e mais produtivo (Ferreira, 2011; Martinez, 2021).

Os programas de ginástica podem ser implementados antes do início do turno (ginástica de aquecimento ou preparatória), durante o turno (ginástica compensatória ou de pausa) ou no final do turno de trabalho (ginástica de relaxamento). Dependendo do momento em que é realizada e das tarefas planeadas para esse dia, pode incluir exercícios de coordenação, de equilíbrio, de flexibilidade, de mobilidade articular, assim como exercícios respiratórios, alongamentos, automassagem e meditação (Ferreira, 2011; Martinez, 2021).

Esta intervenção já demonstrou reduzir mais a incidência de LMERT do que o tratamento médico (Ferreira, 2011). Além de ajudar minimizar o risco de LMERT, a ginástica laboral promove: motivação, produtividade, qualidade de vida, relações interpessoais e diminuição do absentismo (Diniz et al., 2018; Moura et al., 2019).

Assim, pretendeu-se abordar com os cuidadores o conceito de LMERT e os seus principais fatores de risco, o conceito de ergonomia e medidas ergonómicas - relacionadas com o local de trabalho, com os equipamentos, com as tarefas, com a gestão do trabalho e organizacionais - de prevenção de LMERT. Também se planeou abordar o conceito e os benefícios de programas de ginástica laboral, incluindo o treino prático de um programa de ginástica laboral compensatória.

### **3.2.5.1. O planeamento de recursos necessários**

Segundo Tavares (1992), o planeamento é uma técnica que permite distribuir recursos escassos de modo racional. Isto torna-se particularmente relevante na área da saúde, em que são necessários cada vez mais recursos para satisfazer as necessidades populacionais, dificultando a ação dos profissionais de saúde que não dispõem desses recursos.

Por esse motivo, este projeto foi desenvolvido utilizando os menores recursos materiais e financeiros possíveis, investindo em recursos digitais. Foi prevista a necessidade de, pelo menos, um computador com ligação a rede de *internet*, material para projeção de imagem, coluna de som e uma *pendrive* USB. Não se previu a utilização de impressora ou de papel para

impressão, tendo sido usados meios digitais para a recolha de dados e para a partilha de conteúdos educativos. Todo este material encontrava-se já disponível, pelo que não foi necessário adquirir material novo.

Durante o decorrer do primeiro módulo de estágio, não foram necessários quaisquer recursos (humanos, materiais, financeiros) além dos inerentes ao normal funcionamento da USP e da UCC em que decorreu. Para uma das sessões de EpS, foi prevista a aquisição de dois *kits* compostos por tampões para ouvidos e máscara para dormir, a serem utilizados como prémio de um jogo. Estes materiais foram adquiridos pela estudante, tendo um custo inferior a cinco euros. Não foram previstos custos financeiros acrescidos pela implementação deste projeto, além dos decorrentes do normal funcionamento das unidades e das instituições.

#### **3.2.5.2. A preparação da avaliação do projeto**

Foram estabelecidos indicadores de processo, que permitem avaliar o desempenho das estratégias, e indicadores de resultado, avaliando o atingimento dos objetivos propostos com a implementação do projeto. Assim, pretendeu-se perceber se houve melhoria no conhecimento sobre comportamentos de saúde e na auto percepção sobre o estado de saúde dos cuidadores formais, tal como foi objetivado.

Apesar do projeto de intervenção privilegiar a aquisição de conhecimentos sobre as temáticas, considerou-se que decorrerá tempo suficiente desde o início da intervenção até ao momento de avaliação para que a comunidade de cuidadores formais possa implementar algumas mudanças comportamentais. Por esse motivo, definiram-se os seguintes indicadores de resultado:

- Taxa de cuidadores formais com quantidade adequada de sono =  $(\text{número de cuidadores formais que dorme, pelo menos, sete horas por dia} / \text{número total de cuidadores formais}) \times 100$ ;
- Taxa de cuidadores formais com qualidade adequada de sono =  $(\text{número de cuidadores formais que refere dormir sem dificuldades} / \text{número total de cuidadores formais}) \times 100$ ;

- Taxa de cuidadores formais com elevada frequência de dores = (número de cuidadores formais que refere sentir dores, pelo menos, quatro vezes por semana / número total de cuidadores formais que refere sentir dores) x 100;
- Taxa de cuidadores formais com elevada intensidade de dores = (número de cuidadores formais que refere sentir dores de intensidade moderada a forte / número total de cuidadores formais que refere sentir dores) x 100;
- Taxa de cuidadores formais com interferência das dores no trabalho diário = (número de cuidadores formais que refere que a dor interfere no seu trabalho diário / número total de cuidadores formais que refere sentir dores) x 100;
- Taxa de cuidadores formais com risco de lesão musculoesquelética por movimentos repetitivos = (número de cuidadores formais que refere realizar movimentos repetitivos no trabalho / número total de cuidadores formais) x 100;
- Taxa de cuidadores formais com risco de lesão musculoesquelética por esforços físicos = (número de cuidadores formais que refere realizar esforços físicos no trabalho / número total de cuidadores formais) x 100;
- Taxa de cuidadores formais com risco de lesão musculoesquelética por posturas desadequadas = (número de cuidadores formais que refere adotar posturas desadequadas no trabalho / número total de cuidadores formais) x 100.

Estes indicadores serão avaliados pela aplicação do questionário final (via *online*) seis meses após o final da intervenção. Este questionário foi elaborado com as mesmas questões do questionário inicial, embora circunscrito às secções sobre as temáticas que foram alvo de intervenção no projeto. À semelhança do questionário inicial, será de autopreenchimento, anónimo e confidencial, com recurso à plataforma Microsoft Forms.

Definiram-se também indicadores de processo, a serem avaliados através de questionário *online* no final de cada sessão:

- Taxa de execução das sessões de EpS =(número de sessões de EpS realizadas / número de sessões de EpS planeadas) x100;
- Taxa de adesão às sessões de EpS =(número de cuidadores formais presentes nas sessões de EpS / número total de cuidadores formais) x100;
- Taxa de satisfação com as sessões de EpS =(número de cuidadores formais satisfeitos com as sessões de EpS / número de cuidadores formais presentes nas sessões de EpS) x100.

A taxa de satisfação compreendeu a avaliação de um conjunto de parâmetros, nomeadamente:

- Considera que os conteúdos da sessão foram interessantes?
- Considera que os conteúdos da sessão foram úteis?
- Considera que a sessão realizada foi dinâmica?
- Considera que a linguagem utilizada foi adequada?
- Considera que os métodos e as técnicas usadas foram adequados aos conteúdos?

A taxa de adesão e a taxa de satisfação foram avaliadas individualmente para cada sessão de EpS e também na globalidade das sessões. Pretendeu-se atingir uma taxa de execução de 100% e taxas de adesão e de satisfação de 80%.

O questionário de avaliação de cada sessão também compreendeu uma secção de 10 questões com múltiplas opções de resposta para avaliação de conhecimentos, conforme os objetivos de cada sessão. Não foi avaliado o nível de conhecimento na Sessão 6, excecionalmente, visto que os conteúdos da sessão foram práticos. Pretendeu-se que, para cada sessão e no conjunto das sessões, os cuidadores formais demonstrassem um nível de conhecimento superior a 80%.

### **3.2.6. A preparação da execução do projeto de intervenção**

A preparação da execução é a etapa do planeamento em saúde com “mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.115). Nesta etapa, especificam-se as atividades a desenvolver, em função dos objetivos estabelecidos.

Para a implementação deste projeto de intervenção, foram planeadas seis sessões de EpS sobre as temáticas sono e repouso, dor, e lesões musculoesqueléticas. Atendendo às disponibilidades das IPSS, previu-se a implementação entre novembro e dezembro de 2023, sendo realizada uma sessão por semana (a mesma sessão nas duas IPSS na mesma semana), sempre no mesmo dia e no mesmo horário (no Anexo V, encontra-se o calendário de execução do projeto).

As sessões foram implementadas pela sua ordem de priorização. Para cada sessão, foi elaborado um plano de sessão (Anexos VI a XI), onde se descrevem o horário e o local, os objetivos, os conteúdos a abordar, os métodos/técnicas a utilizar e os recursos necessários. Pela sobreposição entre fatores influenciadores e estratégias não farmacológicas (p. ex. de promoção do sono e alívio da dor), alguns conteúdos foram abordados em várias sessões.

Após cada sessão, foram enviados por *email*, através das IPSS, documentos de apoio (p. ex. um diário de sono no final da primeira sessão) e ficheiros multimédia educativos sobre as temáticas, como forma de consolidar os conteúdos abordados e de promover o envolvimento dos cuidadores e a motivação para a mudança de comportamento.

### 3.2.7. A avaliação do projeto de intervenção

A avaliação é a última etapa de planeamento em saúde, que permite compreender o nível de eficácia do projeto desenhado, e se as estratégias selecionadas se encontravam ajustadas aos objetivos definidos. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a avaliação de um projeto implica a comparação com um estado prévio e tem como finalidade a correção e melhoria da intervenção.

À data deste relatório, ainda não tinha sido aplicado o questionário de avaliação final (planeado para seis meses após o final da intervenção), pelo que ainda não é possível avaliar os indicadores de resultado propostos nem os objetivos específicos fixados. Esta avaliação será realizada pelos enfermeiros da UCC, que irão dar continuidade ao trabalho desenvolvido em estágio.

De seguida, apresentam-se os resultados da avaliação dos indicadores de processo. Como referido anteriormente, as sessões de EpS foram avaliadas individualmente, com exceção das Sessões 5 e 6 (visto a Sessão 6 ser a continuação prática dos conteúdos teóricos abordados na Sessão 5), em que a taxa de satisfação e o nível de conhecimento foram avaliados em conjunto.

O indicador “taxa de execução das sessões de EpS” foi cumprido, tendo sido realizadas as seis sessões de EpS que estavam planeadas, correspondendo a uma taxa de 100%.

Quanto ao indicador “taxa de adesão às sessões de EpS” (Tabela 1), verifica-se que foi cumprido na maioria das sessões (quatro em seis) e na globalidade do projeto, fixando-se nos 80,2%.

Tabela 1 - Avaliação da taxa de adesão às sessões de EpS

TAXA DE ADEÇÃO ÀS SESSÕES DE EpS												
(número de cuidadores formais presentes nas sessões de EpS / número total de cuidadores formais)												
	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4		Sessão 5		Sessão 6	
pontuação por sessão	81,0%	17/21	85,7%	18/21	76,2%	16/21	81,0%	17/21	76,2%	16/21	81,0%	17/21
pontuação média das 6 sessões	80,2%											

Também o indicador “taxa de satisfação com as sessões de EpS” foi cumprido (Tabela 2), em cada sessão individual e na globalidade do projeto, correspondendo a uma taxa de 100%.

Tabela 2 - Avaliação da taxa de satisfação com as sessões de EpS

TAXA DE SATISFAÇÃO COM AS SESSÕES DE EpS												
(número de cuidadores formais satisfeitos com as sessões de EpS / número de cuidadores formais presentes nas sessões de EpS)												
	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4		Sessão 5		Sessão 6	
conteúdos interessantes	100%	17/17	100%	18/18	100%	16/16	100%	17/17	100%	16/16	100%	17/17
conteúdos úteis	100%	17/17	100%	18/18	100%	16/16	100%	17/17	100%	16/16	100%	17/17
sessão dinâmica	100%	17/17	100%	18/18	100%	16/16	100%	17/17	100%	16/16	100%	17/17
linguagem adequada	100%	17/17	100%	18/18	100%	16/16	100%	17/17	100%	16/16	100%	17/17
métodos/técnicas adequadas	100%	17/17	100%	18/18	100%	16/16	100%	17/17	100%	16/16	100%	17/17
pontuação média por sessão	100%		100%		100%		100%		100%		100%	
pontuação média das 6 sessões	100%											

Conforme referido anteriormente, foi também avaliado o nível de conhecimento dos cuidadores formais após as sessões, segundo os objetivos de cada sessão. Pretendia-se obter um nível de conhecimento superior a 80%, tendo-se atingido um nível médio de 90,4%, pelo que se cumpriu o objetivo. Na Tabela 3, pode-se verificar o nível de conhecimento demonstrado para cada pergunta, por cada sessão e na globalidade do projeto.

Tabela 3 - Avaliação do nível de conhecimento demonstrado após as sessões de EpS

NÍVEL DE CONHECIMENTO DEMONSTRADO APÓS AS SESSÕES DE EpS										
(número de respostas certas / número total de respostas)										
	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4		Sessão 5	
pergunta 1	88,2%	15/17	100%	18/18	87,5%	14/16	88,2%	15/17	87,5%	14/16
pergunta 2	64,7%	11/17	72,2%	13/18	56,3%	9/16	100%	17/17	93,8%	15/16
pergunta 3	94,1%	16/17	83,3%	15/18	100%	16/16	100%	17/17	93,8%	15/16
pergunta 4	100%	17/17	88,9%	16/18	93,8%	15/16	76,5%	13/17	100%	16/16
pergunta 5	100%	17/17	61,1%	11/18	100%	16/16	100%	17/17	93,8%	15/16
pergunta 6	88,2%	15/17	100%	18/18	100%	16/16	94,1%	16/17	100%	16/16
pergunta 7	88,2%	15/17	77,8%	14/18	93,8%	15/16	100%	17/17	93,8%	15/16
pergunta 8	88,2%	15/17	88,9%	16/18	100%	16/16	82,4%	14/17	100%	16/16
pergunta 9	76,5%	13/17	83,3%	15/18	87,5%	14/16	94,1%	16/17	87,5%	14/16
pergunta 10	94,1%	16/17	88,9%	16/18	100%	16/16	94,1%	16/17	93,8%	15/16
pontuação média por sessão	88,2%		84,4%		91,9%		92,9%		94,4%	
pontuação média das 5 sessões	90,4%									

Verificou-se que os cuidadores formais apresentaram maior dificuldade em responder corretamente a algumas perguntas (em que o nível de conhecimento demonstrado foi inferior a 80%), o que pode indicar uma necessidade de reformular as questões ou de reforçar estes conteúdos futuramente. Na Tabelas 4, descrevem-se as questões em que não se atingiu o nível de conhecimento pretendido.

Tabela 4 - Perguntas com nível de conhecimento demonstrado inferior a 80%

PERGUNTAS COM NÍVEL DE CONHECIMENTO DEMONSTRADO INFERIOR A 80%					
Sessão 1					
Pergunta	Opções de resposta				
2. Durante o sono:	a) ocorrem várias fases, ao longo de 2 a 3 ciclos, de duração de cerca de 1h30;	b) há um aumento da temperatura corporal, da pressão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória;	c) se houver um despertar a meio de uma fase de sono profundo, pode haver sensação de sono não reparador;	d) todas as respostas estão corretas;	e) nenhuma resposta está correta.
9. São consequências cognitivas da privação de sono:	a) problemas de memória;	b) diminuição da prevalência de demência;	c) menor confusão;	d) melhoria do raciocínio lógico;	e) todas as respostas estão corretas.
Sessão 2					
Pergunta	Opções de resposta				
2. É recomendado ir para a cama:	a) apenas quando sentimos sono;	b) com roupa que apenas vestimos para dormir;	c) e voltar a levantar se não adormecermos ao fim de 20 minutos;	d) todas as respostas estão corretas;	e) nenhuma resposta está correta.
5. Relativamente à temperatura:	a) durante o inverno, é mais difícil adormecer do que durante o verão;	b) a temperatura ideal para promover o sono é entre 25°C e 30°C;	c) uma temperatura ambiente superior à temperatura corporal favorece o sono;	d) todas as respostas estão corretas;	e) nenhuma resposta está correta.
7. A luz azul:	a) é emitida pelo sol;	b) é emitida pelos ecrãs de dispositivos eletrónicos;	c) é um importante meio de regular o ciclo circadiano do sono;	d) promove o estado de alerta e equilibra o humor;	e) todas as respostas estão corretas.
Sessão 3					
Pergunta	Opções de resposta				
2. Os frutos secos, as sementes, as carnes brancas, os laticínios e a aveia são exemplos de alimentos ricos em:	a) triptofano;	b) serotonina;	c) adrenalina;	d) todas as respostas estão corretas;	e) nenhuma resposta está correta.
Sessão 4					
Pergunta	Opções de resposta				
4. A dor musculoesquelética:	a) tem origem nos músculos, tendões, ossos, articulações ou dentes;	b) habitualmente, é profunda e surda (em "moedeira");	c) habitualmente, agrava com o movimento;	d) todas as respostas estão corretas;	e) nenhuma resposta está correta.

## 4. CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO PARA A PRÁTICA

Neste capítulo, procedeu-se à análise dos contributos para a prática do desenvolvimento deste projeto e do estágio, assim como à reflexão crítica sobre o que poderia ser melhorado.

O trabalho desenvolvido durante o estágio mostrou-se bastante proveitoso para o desenvolvimento das competências a que a estudante se propôs, assim como para o desenvolvimento das competências específicas do EEECS e das competências comuns do enfermeiro especialista. Em particular, a utilização da metodologia de planeamento em saúde - fulcral no exercício profissional do EEECS - e a aplicação de todas as suas etapas de forma estruturada permitiu consolidar o processo de conceção de cuidados a grupos e comunidades.

A metodologia de planeamento em saúde, além de ser uma competência específica em si, também auxiliou à aquisição de outras competências, nomeadamente:

- A fase inicial do planeamento em saúde - o diagnóstico de situação - permitiu adquirir a competência “Estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma população, com base na metodologia de planeamento em saúde”;
- A elaboração e aplicação de um instrumento de colheita de dados e análise dos mesmos (permitindo caracterizar o perfil epidemiológico da população-alvo) contribuiu para desenvolver a competência “Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”;
- A pesquisa bibliográfica decorrente da elaboração do instrumento de colheita de dados e da elaboração do projeto foi essencial para a consolidação da competência “Basear a prática clínica especializada em evidência científica”;
- A elaboração, implementação e avaliação do projeto de intervenção auxiliou ao desenvolvimento da competência “Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário”;
- A implementação do projeto permitiu obter alguns ganhos em saúde na população-alvo, o que assistiu na “consecução dos objetivos do plano nacional de saúde”;
- A implementação do projeto de intervenção, liderada pela estudante, contribuiu para consolidar as competências “Contribuir para o processo de capacitação de grupos e

comunidades” e “Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto”.

Visto que este trabalho será continuado pelos enfermeiros da UCC em que o estágio decorreu (abrangendo outras comunidades), também se desenvolveu a competência “Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”.

A realização do estágio em diferentes contextos (USP e UCC) permitiu conhecer a realidade do exercício profissional dos EEECS: as vigilâncias que realizam, os projetos que implementam e os programas que coordenam. Foi possível à estudante participar em atividades relacionadas com outros programas e projetos de âmbito comunitário já implementados nestas unidades funcionais - por exemplo, a realização de sessões de EpS junto de uma comunidade de idosos utentes de centros de dia, e a elaboração de um questionário de avaliação de necessidades de saúde de uma comunidade de jovens estudantes inscritos num curso de ensino profissional.

Este facto facilitou a aquisição e consolidação de competências como a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e a cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Também a análise e reflexão sobre os contributos, as dificuldades e as oportunidades de melhoria auxiliaram a estudante a desenvolver a sua capacidade de pensamento crítico, o seu autoconhecimento e a sua assertividade.

Após o término do estágio (já com algum distanciamento dos contextos clínicos e com foco na elaboração do relatório), foi possível identificar, através de um processo crítico-reflexivo, algumas fragilidades e refletir sobre elas, numa perspetiva de aprendizagem contínua. De seguida, apresentam-se sugestões de melhoria.

A principal melhoria seria a reformulação do questionário de avaliação inicial, de modo a fornecer dados mais precisos e relevantes para o que se pretendia avaliar. Em concreto, teria sido pertinente identificar, relativamente a alguns focos de atenção, dados relacionados com as crenças e os significados atribuídos, no sentido de perceber o que estaria a impedir a adesão a estes comportamentos. Também teria sido pertinente colher dados mais específicos sobre alguns focos de atenção, que permitissem melhor adequar a intervenção - por exemplo, relativamente ao foco “dor”, especificar a origem da dor e se estava associada a patologias prévias ou não.

Em particular, relativamente ao foco “necessidades formativas”, releva-se que, apesar de estes cuidadores formais serem funcionalmente dependentes do enfermeiro (que delega tarefas a estes cuidadores), não são funcionalmente dependentes da equipa de enfermagem da UCC. Existindo enfermeiro colaborador nas IPSS, caberá a este profissional a formação destes cuidadores sobre áreas/temas relevantes para a sua prática profissional, como previsto no parecer do Conselho Jurisdicional da OE (2009). Por esse motivo, considerou-se que intervir nesta necessidade não seria exequível, aquando do exercício de priorização. No entanto,

antecipando este facto, coloca-se em questão a pertinência da avaliação do parâmetro “gostaria de receber formação sobre”.

Também se considera que teria sido relevante, com uma janela temporal mais alargada, optar por uma geração mais participativa de EpS (geração “crítica”) na implementação do projeto, capacitando os cuidadores formais para a intervenção nos fatores que influenciam a sua saúde.

Foram ainda identificadas algumas dificuldades durante o desenvolvimento deste trabalho, nomeadamente:

- A pouca experiência da estudante na aplicação da metodologia de planeamento em saúde (o primeiro contacto com a metodologia foi no decorrer do curso de mestrado);
- A dificuldade da estudante em conciliar horários de estágio, horários de trabalho e obrigações pessoais e familiares;
- A falta de bibliografia que ajudasse a sustentar as escolhas da estudante durante a elaboração do projeto (inexistência de bibliografia referente à implementação de programas comunitários de intervenção no sono em populações semelhantes à população-alvo, por exemplo);
- A dificuldade em conceber cuidados para o cliente grupo/comunidade, até pelo pouco desenvolvimento desta tipologia de cliente nas ontologias de enfermagem;
- A limitação temporal para a implementação do projeto elaborado.

No entanto, considera-se que a experiência de aprendizagem foi enriquecedora e permitiu à estudante desenvolver as competências necessárias ao exercício profissional enquanto EEECS.

## CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio descreveu e analisou as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo do curso de mestrado em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, concretamente, ao longo das unidades curriculares estágio de natureza profissional com relatório - módulos I e II. Estas atividades permitiram o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do EEECS.

Antes de decorrer o módulo I do estágio, as equipas de enfermagem da USP e da UCC tinham identificado uma necessidade de intervir junto de cuidadores formais de centros de dia e de SAD. Segundo as responsáveis das IPSS, estes vinham a relatar níveis de saúde baixos e algum descuido com o seu estado de saúde. Neste sentido, foi escolhida como problemática central as necessidades de saúde de cuidadores formais de centros de dia e de SAD.

Os centros de dia e SAD permitem a prestação de cuidados a idosos e pessoas com dependência sem que estes abandonem a sua habitação, as suas relações familiares e de amizade, e os seus hábitos de vida diária. Os cuidadores formais assumem um papel fulcral na resposta às necessidades de idosos e pessoas com dependência. A prestação de cuidados tem impacto físico e emocional na sua saúde, sendo dois dos fatores mais impactantes o stress laboral e a prevalência de LMERT.

Este projeto visou uma comunidade de cuidadores formais a exercer funções em centros de dia e SAD, e foi elaborado segundo as etapas da metodologia de planeamento em saúde. O diagnóstico de situação foi realizado entre fevereiro e junho de 2023, tendo sido criado e aplicado um instrumento de colheita de dados que permitiu avaliar as reais necessidades de saúde de cuidadores formais de centros de dia e SAD - contemplando a perceção sobre o estado de saúde, a vigilância em saúde, a qualidade de vida no trabalho e a formação profissional contínua.

Após a análise dos dados colhidos, foram identificadas essas necessidades de saúde e, posteriormente, foram priorizadas com recurso ao método de priorização de Hanlon. A aplicação deste método resultou na ordem de prioridades: sono e repouso, dor e lesões musculoesqueléticas. De seguida, fixaram-se objetivos gerais e específicos para o projeto.

Para a implementação do projeto, optou-se pela EpS como estratégia de promoção da saúde. Esta estratégia teve maior foco na dimensão do conhecimento, embora a estudante reconheça

que teria sido benéfico utilizar uma abordagem que englobasse outras dimensões da aprendizagem. Foi elaborado um projeto de intervenção englobando seis sessões intercaladas com “lembretes”, onde se procurou responder às necessidades identificadas. Para preparar a implementação do projeto, foram criados planos de sessão e um calendário de execução.

Entre novembro e dezembro de 2023, decorreu a implementação, tendo sido executadas as seis sessões de EpS planeadas. No final de cada sessão, foi também enviada documentação de apoio e sugestões de vídeos educativos complementares aos conteúdos abordados, o que contribuiu para a criação de uma relação terapêutica e para o envolvimento da comunidade no projeto. Por fim, avaliou-se o projeto, através dos indicadores de processo. Não foram avaliados os indicadores de resultado, visto que à data do relatório ainda não tinha sido aplicado o questionário de avaliação final (planeado para seis meses após o final da intervenção).

Relativamente aos indicadores de processo estabelecidos, todos foram cumpridos. Também se verificou que os cuidadores formais demonstraram um nível de conhecimento sobre as temáticas abordadas adequado e facilitador da mudança comportamental.

Após o término do estágio, foi possível refletir criticamente sobre o trabalho desenvolvido, tendo sido identificadas algumas dificuldades, assim como oportunidades de melhoria.

As experiências vividas no estágio e a elaboração deste relatório foram muito enriquecedoras e permitiram dar resposta aos objetivos de aprendizagem definidos para os dois módulos do estágio de natureza profissional. As competências adquiridas (comuns aos enfermeiros especialistas e específicas do EEECS) contribuíram para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional da estudante, e serão de grande utilidade no seu exercício profissional enquanto EEECS a exercer funções numa UCC.

É expectável que se mantenham as tendências de envelhecimento populacional e de alargamento da oferta de centros de dia e SAD. Isto implica também um aumento do número de cuidadores formais, que são determinantes no apoio à população idosa. A dificuldade em encontrar exemplos de programas de âmbito comunitário que visem as necessidades destes cuidadores revela que esta temática não é valorizada pelos profissionais de saúde ou, então, que os profissionais não reconhecem a necessidade de documentar e divulgar estes programas.

Conclui-se a necessidade de valorizar o impacto do exercício profissional na saúde destes cuidadores, investir na sua capacitação e divulgar os ganhos em saúde obtidos. Estando o EEECS apto na vigilância epidemiológica e na capacitação de comunidades, tem aqui um papel fundamental no que respeita à promoção da saúde dos cuidadores formais, aproveitando a sua posição como elemento de proximidade das comunidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. (2023a). *Guia orientador da UC: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://moodle.esenf.pt/2223/mod/resource/view.php?id=3168>
- Abreu, M. (2023b). *Guia orientador da UC: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://moodle.esenf.pt/2324/mod/resource/view.php?id=1576>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2019). *Work-related MSDs: Prevalence, costs, and demographics in the EU*. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. doi:10.2802/66947
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2023). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental. (2023). *Unidades de saúde*. <https://acesportoocidental.org/pt/unidades-de-saude>
- Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2021). *Back pain education*. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/back-pain-education/>
- Branco, M. (2022). Abordagem terapêutica de base psicológica na lombalgia: Perspetiva clínica. In F. Antunes, *Tópicos em destaque na dor: Lombalgia - Tratamento não invasivo* (pp. 34-44). Permanyer Portugal.
- Brigas, P. (2015). *Pós-graduação em segurança, higiene e saúde no trabalho - Unidade curricular 5: Ergonomia do trabalho*. Universidade Aberta.
- Cantista, P. (2022). Terapia física na lombalgia. In F. Antunes, *Tópicos em destaque na dor: Lombalgia - Tratamento não invasivo* (pp. 14-25). Permanyer Portugal.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência. ISBN 978-972-8930-22-6
- Castelôa, L., Luís, S., Romeiro, T. & Oliveira, I. (2019). Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: Revisão integrativa. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 2 (1), 63-74. doi:10.37914/riis.v2i1.48
- Cruz, L., Costa, J., Silva, P., Bezerra, R., Carvalho, M., Gomes, J., Silva, P. & Silva, S. (2019). A importância da ergonomia para os profissionais de enfermagem. *Brazilian Journal of Health Review*, 2 (5), 4257-4270. DOI:10.34119/bjhrv2n5-030

- Dias, C. (2016). *Diagnóstico de necessidades de formação dos recursos humanos do Centro de Dia da Boa-fé*. [Trabalho de projeto] Universidade de Évora: Escola de Ciências Sociais. <http://hdl.handle.net/10174/18424>
- Diniz, M., Melo, B., Neri, K., Casemiro, F., Figueiredo, L., Gaioli, C. & Gratão, A. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (11), 3789-3798. doi:10.1590/1413-812320182311.16932016
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Dia mundial do sono 2016*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/03/18/dia-mundial-do-sono-2016/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Direção-Geral da Saúde. [https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/i024433.pdf](https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2021-2030 - Saúde sustentável: De tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the portuguese version of the professional quality of life scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 4 (35), 529-542. doi:10.14417/ap.1260
- Dueren, A., Perach, R., Banissy, J., Bowling, N., Gregory, Al. & Banissy, M. (2022). Associations between tactile intimacy and sleep quality in healthy adults: A systematic review. *Journal of Sleep Research*, 31 (e13504), 1-13. doi:10.1111/jsr.13504
- Ernstzen, D., Stander, J. & Nkhata, L. (2021). *Back pain education: Fact sheets - 2021 about back pain*. Associação Internacional para o Estudo da Dor. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/back-pain-education/>
- Fernandes, R., Pereira, A. & Fernandes, A. (2023). Consumo de cafeína, índice de massa corporal e qualidade de sono. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5 (2). doi:10.51126/revsalus.v5i2.490
- Ferreira, A. (2011). *Prevalência de sintomas de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho: Contributos para a intervenção centrada no trabalhador*. [Dissertação de mestrado] Universidade de Évora & Instituto Politécnico de Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10174/14126>
- Figueiredo, H. (2021). *Cuidadores formais em tempo de pandemia COVID-19: Do fundamento à ação do enfermeiro*. [Relatório de estágio] Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/6891>
- Fonseca, A. (2021). *Ageing in place - Envelhecimento em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian & Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Educação e Psicologia. ISBN 978-989-8380-36-4
- Genésio, J. (2017). *Avaliação da perceção do stress em cuidadores formais: Um programa de intervenção*. [Trabalho de projeto] Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/10198/14686>
- Gomes, A. (2020). O que é a privação crónica do sono?. In Associação Portuguesa do Sono, *Bons sonhos: 11 artigos para dormir melhor* (30-34). <https://www.philips.pt/c-e/hs/bons-sonhos.html#!>

- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Cerca de 35% da população com limitação na realização de atividades, o valor mais elevado desde 2016. *Rendimento e Condições de Vida - 2021*. Instituto Nacional de Estatística.  
[https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=548313550&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=548313550&att_display=n&att_download=y)
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. International Council of Nurses.  
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Ergonomics Association. (2017). *Ergonomic checkpoints in health care work*.  
[http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS\\_120133/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_120133/lang--en/index.htm)
- Jaffe, S. & Engelke, Z. (2018). Patient education: Teaching adult patients good sleep hygiene (sleep habits) techniques. *CINAHL Nursing Guide*.
- Lino, A. (2020). Como posso dormir. In Associação Portuguesa do Sono, *Bons sonhos: 11 artigos para dormir melhor* (24-26). <https://www.philips.pt/c-e/hs/bons-sonhos.html#!>
- Martinez, V. (2021). A importância da ginástica laboral. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 19 (4), 523-528. doi:10.47626/1679-4435-2021-666
- Martins, S. (2016). *Burnout e sobrecarga em cuidadores formais de idosos: Complementaridade das abordagens quantitativa e qualitativa*. [Dissertação de mestrado] Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.  
<http://hdl.handle.net/10451/29463>
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1ª série, (38), 1182-1189. Governo de Portugal.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Minnesota Department of Health. (2019). *Public health interventions: Applications for public health nursing practice* (2ª ed.). Minnesota Department of Health.  
<https://www.health.state.mn.us/communities/practice/research/phncouncil/docs/PHInterventions.pdf>
- Monteiro, I. (2022). *ECF\_i (questionário de avaliação da experiência de prestação de cuidados formais a idosos): Desenvolvimento da versão preliminar*. [Dissertação de mestrado] Universidade Católica Portuguesa: Faculdade de Educação e Psicologia.  
<http://hdl.handle.net/10400.14/38401>
- Moreira, M., Almeida, S. & Machado, A. (2022). *Diagnóstico de saúde do Porto Ocidental 2022*. Porto: Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental.  
[https://acesportoocidental.org/public/files/usp\\_diag\\_saude\\_porto\\_ocid\\_2022.pdf](https://acesportoocidental.org/public/files/usp_diag_saude_porto_ocid_2022.pdf)
- Moreira, M., Machado, R., Machado, F. & Almeida, S. (2016). *Plano local de saúde do ACES Porto Ocidental*. Porto: Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental.  
[https://acesportoocidental.org/public/files/plano\\_local\\_saude.pdf](https://acesportoocidental.org/public/files/plano_local_saude.pdf)

- Moura, M.; Martins, M. & Ribeiro, O. (2019). Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: Contributo do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (23), 121-130. doi:10.12707/RIV19035
- Neves, T., Lira, C., Gonzaga, S., Souza, J. & Fonseca, M. (2023). Privação do sono e indicadores antropométricos de universitários. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 17 (108), 347-356.  
<https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2248>
- Nobre, A. (2017). *A reabilitação das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em saúde*. [Dissertação de mestrado] Instituto Politécnico de Viana do Castelo.  
<http://hdl.handle.net/20.500.11960/1924>
- Norelho, O. (2018). *Satisfação no trabalho, presentismo e absentismo dos trabalhadores de uma instituição particular de solidariedade social (IPSS)*. [Dissertação de mestrado] Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/25782>
- Ong, J. (2022). Mindfulness can improve your sleep, but not how you think it will. *Healthier Sleep Magazine*, (2), 8-9.  
[https://issuu.com/worldsleepsociety/docs/2022\\_hsm\\_special\\_issue\\_web](https://issuu.com/worldsleepsociety/docs/2022_hsm_special_issue_web)
- Ong, J., Massar, S., Lau, T., Ng, B., Chan, L., Koek, D., Cheong, K. & Chee, M. (2023). A randomized-controlled trial of a digital, small incentive-based intervention for working adults with short sleep. *Sleep*, 46 (5), 1-10. doi:10.1093/sleep/zsac315
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Parecer CJ 160/2009 - Participação de enfermeiros em processos de formação de profissionais não enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8032/parecer-cj-160-2009-ensino-outros-t%C3%A9cnicos-por-enfermeiros\\_mb.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8032/parecer-cj-160-2009-ensino-outros-t%C3%A9cnicos-por-enfermeiros_mb.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental. ISBN 978-92-9021-829-6
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *UN decade of healthy ageing: Plan of action 2021-2030*. Organização Mundial da Saúde. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_28&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true)
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. Publicações OCDE. doi:10.1787/ae3016b9-en

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico & União Europeia. (2020). *Health at a glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle*. Paris: Publicações OCDE. doi:10.1787/82129230-en
- Peralta, R. (2020). Dormir muito ou dormir bem?. In Associação Portuguesa do Sono, *Bons sonhos: 11 artigos para dormir melhor* (9-11). <https://www.philips.pt/c-e/hs/bons-sonhos.html#!>
- Philippens, N., Janssen, E., Kremers, S. & Crutzen, R. (2022). Determinants of natural adult sleep: An umbrella review. *PLoS ONE*, 17 (11), 1-30. doi:10.1371/journal.pone.0277323
- Reis, C. (2020). Como a luz influencia o sono. In Associação Portuguesa do Sono, *Bons sonhos: 11 artigos para dormir melhor* (12-14). <https://www.philips.pt/c-e/hs/bons-sonhos.html#!>
- Rocha, M. (2018). *Envelhecer ativamente em centro de dia*. [Relatório de estágio] Instituto Superior de Serviço Social do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/26005>
- Sá, L. & Sampaio, L. (2022). Qualidade do sono, estresse e qualidade de vida em motoristas profissionais. *Psicologia: Ciência e profissão*, 42 (e236404), 1-16. doi:10.1590/1982-3703003236404
- Santos-Coelho, F. (2020). Impacto da privação de sono sobre cérebro, comportamento e emoções. *Medicina Interna - de México*, 36 (Supl. 1), 17-19. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims201f.pdf>
- Silva, V., Freitas, R. & Rodrigues, E. (2021). Qualidade do sono em pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 11 (36), 575-585. doi:10.24276/rrecien2021.11.36.575-585
- Soares, P. (2017). *Riscos ergonómicos e adoecimento no trabalho de enfermagem em foco: Hospital de clínicas/UFU-MG*. [Dissertação de mestrado] Universidade Federal de Uberlândia. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/18661>
- Sociedade Portuguesa de Medicina do Estilo de Vida. (2018). *Saúde do sono*. [https://spmev.org.pt/saude\\_sono.php](https://spmev.org.pt/saude_sono.php)
- Sousa, S. (2019). *Avaliação e modelação do risco de lesões músculo-esqueléticas no planeamento de cuidados continuados ao domicílio*. [Dissertação de mestrado] Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia. <http://hdl.handle.net/10362/90750>
- Sousa, E.; Freires, L.; Loureto, G. & Costa, J. (2023). Qualidade de sono e sonolência diurna em estudantes universitários: Testando um modelo explicativo. *Ciências Psicológicas*, 17 (2), 1-16. doi:10.22235/cp.v17i2.2630
- Stamm, B. (2009). *Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL)*. <https://proqol.org/proqol-measure>
- Steffens, D., Maher, C., Pereira, L., Stevens, M. Oliveira, V., Chapple, M., Teixeira-Salmela, L. & Hancock, M. (2016). Prevention of low back pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176 (2), 199-208. doi:10.1001/jamainternmed.2015.743

- Tadros, M., Li, S., Upton, E., Newby, J. & Werner-Seidler, A. (2023). Preferences of university students for a psychological intervention designed to improve sleep: Focus group study. *JMIR Human Factors*, 10 (e44145), 1-12. doi:10.2196/44145
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Cadernos de Formação 2. Ministério da Saúde.
- Teixeira, M. (2016). *Centro de dia - Cuidar de idosos em período diurno: Perfil e satisfação dos utilizadores*. [Tese de doutoramento] Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências Médicas. <http://hdl.handle.net/10773/16584>
- Thomas, J. (2022). Alcohol and sleep. *Healthier Sleep Magazine*, (2), 6-7. [https://issuu.com/worldsleepsociety/docs/2022\\_hsm\\_special\\_issue\\_web](https://issuu.com/worldsleepsociety/docs/2022_hsm_special_issue_web)
- Traeger, A., Hubscher, M., Henschke, N., Moseley, G., Lee, H. & McAuley, J. (2015). Effects of primary care based education on reassurance in patients with acute low back pain - Systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175 (5), 733-743. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0217
- Vaz, I. (2020). *A literacia em saúde dos cuidadores formais e informais*. [Dissertação de mestrado] Instituto Politécnico do Porto: Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.22/17502>
- Vaz, I.; Freita, M. & Neto, H. (2021). LMERT, fadiga e stresse laboral em assistentes operacionais de um serviço de internamento hospitalar. *Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 1 (4), 122-145. <https://cesqua.org/index.php/cesqua/article/view/68/47>

## ANEXOS

## ANEXO I - Cronograma das atividades desenvolvidas no módulo I de estágio

19/6 a 25/6											
12/6 a 18/6											
5/6 a 11/6											
29/5 a 4/6											
22/5 a 28/5											
15/5 a 21/5											
8/5 a 14/5											
1/5 a 7/5											
24/4 a 30/4											
17/4 a 23/4											
10/4 a 16/4											
3/4 a 9/4											
27/3 a 2/4											
20/3 a 26/3											
13/3 a 19/3											
6/3 a 12/3											
27/2 a 5/3											
20/2 a 26/2											
13/2 a 19/2											
9/2 a 12/2											
	Definição de objetivos/ competências a desenvolver	Caracterização dos serviços que acolheram o estágio	Definição da(s) temática(s)	Pesquisa de evidência sobre a(s) temática(s)	Definição e caracterização da população-alvo	Criação do instrumento de colheita de dados	Aplicação do instrumento de colheita de dados	Análise de dados e identificação de necessidades em saúde	Priorização de necessidades	Fixação de objetivos	Construção do relatório de estágio

## ANEXO II - Cronograma das atividades desenvolvidas no módulo II de estágio

11/3 a 15/3								
4/3 a 10/3								
26/2 a 3/3								
19/2 a 25/2								
12/2 a 18/2								
5/2 a 11/2								
29/1 a 4/2								
22/1 a 28/1								
15/1 a 21/1								
8/1 a 14/1								
1/1 a 7/1								
11/12 a 17/12								
4/12 a 10/12								
27/11 a 3/12								
20/11 a 26/11								
13/11 a 19/11								
6/11 a 12/11								
30/10 a 5/11								
23/10 a 29/10								
16/10 a 22/10								
9/10 a 15/10								
2/10 a 8/10								
25/9 a 1/10								
18/9 a 24/9								
	Definição de objetivos/ competências a desenvolver	Fixação de objetivos	Seleção de estratégias	Elaboração do projeto de intervenção	Preparação da execução do projeto de intervenção	Implementação do projeto de intervenção	Avaliação do projeto de intervenção	Construção do relatório de estágio

## **ANEXO III - Instrumento de colheita de dados**

Caro(a) colaborador(a),

Chamo-me Sílvia, sou enfermeira e estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Pública e de Saúde Comunitária. Encontro-me a estagiar no ACES xxxxx xxxxxxxxx, onde pretendo desenvolver um projeto de intervenção adequado às suas necessidades.

O presente questionário servirá para identificar essas necessidades. Pretende obter a sua opinião sobre a sua saúde, de que forma a sua saúde afeta a sua vida diária e de que forma o seu trabalho afeta a sua saúde.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, escolha a opção mais próxima. O questionário é anónimo e confidencial, e a sua participação é fundamental.

Agradeço desde já a sua colaboração.

### **Dados Sociodemográficos**

1. Qual o seu sexo?
  - a. Feminino
  - b. Masculino
2. Qual a sua idade (em anos completos)? \_\_\_\_\_
3. Quais as funções que desempenha na instituição?
  - a. Prestação de cuidados aos utentes
  - b. Lavandaria
  - c. Cozinha
  - d. Limpeza
  - e. Outra
4. Se outra função, qual? \_\_\_\_\_

5. Há quantos anos (completos) desempenha as suas funções? \_\_\_\_\_
6. Trabalha por turnos (manhã/tarde)?
- a. Sim
  - b. Não
7. Qual o seu nível de escolaridade?
- a. Não sabe ler nem escrever
  - b. Sabe ler e escrever mas não frequentou a escola
  - c. 1º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe)
  - d. 2º ciclo do ensino básico (antigo ciclo preparatório)
  - e. 3º ciclo do ensino básico (antigo liceu)
  - f. Ensino secundário (10º, 11º e 12º anos)
  - g. Curso técnico-profissional ou equivalente
  - h. Ensino superior
8. Qual o seu estado civil?
- a. Solteiro(a)
  - b. Casado(a) ou união de facto
  - c. Divorciado(a) ou separado(a)
  - d. Viúvo(a)
9. Tem filhos?
- a. Sim
  - b. Não
10. Se sim, quantos filhos tem? \_\_\_\_\_
11. Tem outros dependentes a seu cargo?
- a. Sim
  - b. Não
12. Se sim, quantos dependentes tem a seu cargo? \_\_\_\_\_

13. Se sim, em que contexto(s) tem dependentes a cargo?
- a. Familiar (cuida de um membro da família)
  - b. Laboral (cuida de outra pessoa e recebe remuneração)

### Perceção sobre Estado de Saúde

1. Em geral, como classifica o seu estado de saúde?
- a. Excelente
  - b. Muito boa
  - c. Boa
  - d. Razoável
  - e. Fraca
2. Comparando com o seu estado de saúde há um ano atrás, como classifica o seu estado de saúde atual?
- a. Muito melhor
  - b. Ligeiramente melhor
  - c. Aproximadamente igual
  - d. Ligeiramente pior
  - e. Muito pior
3. Se pior, o que considera que piorou na sua saúde no último ano? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Se melhor, o que considera que melhorou na sua saúde no último ano? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Sente que o seu estado de saúde (física e emocional) limita a realização das suas atividades diárias?
- a. Sim, limita muito
  - b. Sim, mas limita pouco
  - c. Não me limita

6. Tem alguma doença/problema de saúde?
- a. Sim
  - b. Não
7. Se sim, qual ou quais?
- a. Diabetes mellitus
  - b. Hipertensão arterial
  - c. Colesterol elevado
  - d. Doença respiratória
  - e. Doença musculoesquelética
  - f. Outra
8. Se outra, qual? \_\_\_\_\_
9. Quantos medicamentos diferentes toma diariamente (de forma regular/medicação crónica)? \_\_\_\_\_
10. É fumador(a)?
- a. Sim
  - b. Não
11. Já foi fumador(a)?
- a. Sim
  - b. Não
12. Se já foi fumador(a), há quanto tempo deixou de fumar?
- a. Há menos de 3 meses
  - b. Entre 3 e 6 meses
  - c. Entre 6 meses e 1 ano
  - d. Entre 1 e 5 anos
  - e. Há mais de 5 anos
13. Se é fumador(a), há quantos anos (completos) fuma? \_\_\_\_\_
14. Se é fumador(a), quantos cigarros fuma, em média, por dia? \_\_\_\_\_

15. Em média, quantas horas dorme por dia? \_\_\_\_\_
16. Habitualmente, sente alguma dificuldade em dormir?
- a. Não, durmo bem
  - b. Sim, tenho pesadelos
  - c. Sim, tenho dificuldade em adormecer
  - d. Sim, acordo muitas vezes durante a noite
  - e. Sim, não durmo horas suficientes
17. Habitualmente, utiliza medicação para o(a) ajudar a adormecer?
- a. Sim
  - b. Não
18. Nos últimos 3 meses, sentiu dores (de cabeça, musculares, das articulações, etc.)?
- a. Sim
  - b. Não
19. Se sim, com que frequência sentiu dores?
- a. 6 a 7 vezes por semana
  - b. 4 a 5 vezes por semana
  - c. 2 a 3 vezes por semana
  - d. 2 a 3 vezes por mês
  - e. Ocasionalmente
20. Se sim, como classifica a intensidade das suas dores?
- a. Fraca
  - b. Ligeira
  - c. Moderada
  - d. Forte
  - e. Muito forte
21. Se sim, de que forma as dores sentidas interferem com o seu trabalho diário (no emprego e em casa)?

- a. Pouco
- b. Moderadamente
- c. Bastante
- d. Imenso

22. Qual considera o hábito ou mudança de comportamento que, se adotado, teria maior impacto positivo na sua saúde, neste momento?

- a. Alimentação
- b. Atividade física
- c. Sono e repouso
- d. Cessaçãotabágica
- e. Meditação ou relaxamento
- f. Outro

23. Se outro, qual? \_\_\_\_\_

### **Vigilância em Saúde**

1. Tem o seu esquema vacinal em dia?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não sabe

2. Se não, por que motivo não tem o esquema vacinal em dia?

- a. Não sabe para que servem as vacinas
- b. Pensa que não há benefício em ser vacinado(a)
- c. Pensa que as vacinas lhe podem fazer mal
- d. Não quer ficar doente depois de ser vacinado
- e. Outro motivo

3. Se outro motivo, qual? \_\_\_\_\_

4. Quantas consultas de vigilância (sem ser por motivo doença) realizou no último ano?

- a. Nenhuma
  - b. 1 a 2
  - c. 3 a 4
  - d. Mais de 4
5. Já realizou, alguma vez, o rastreio do cancro do cólo do útero (teste de Papanicolau)?  
Se não aplicável, responda “não”.
- a. Sim, nos últimos 5 anos
  - b. Sim, há mais de 5 anos
  - c. Não
6. Já realizou, alguma vez, o rastreio do cancro da mama (mamografia)? Se não aplicável,  
responda “não”.
- a. Sim, nos últimos 2 anos
  - b. Sim, há mais de 2 anos
  - c. Não
7. Já realizou, alguma vez, o rastreio do cancro colorretal (pesquisa de sangue oculto nas  
fezes)? Se não aplicável, responda não.
- a. Sim, nos últimos 2 anos
  - b. Sim, há mais de 2 anos
  - c. Não
8. No seu local de trabalho, as funções que desempenha obrigam à realização de  
movimentos repetitivos?
- a. Sim
  - b. Não
9. No seu local de trabalho, as funções que desempenha obrigam à realização de esforço  
físico intenso?
- a. Sim
  - b. Não

10. No seu local de trabalho, as funções que desempenha levam-no(a) a adotar posturas corporais desconfortáveis e/ou desadequadas?
- a. Sim
  - b. Não
11. No último ano, quantas vezes teve necessidade de se ausentar do trabalho por motivos de doença? \_\_\_\_\_
12. Nos últimos 3 anos, sofreu algum acidente de trabalho?
- a. Sim
  - b. Não
13. Se sim, de que tipo?
- a. Queda
  - b. Queimadura
  - c. Dermatite de contacto (com químicos, p. ex)
  - d. Picada ou corte
  - e. Outro
14. Se outro, qual? \_\_\_\_\_
15. No último ano, recorreu alguma vez ao serviço de urgência?
- a. Sim
  - b. Não
16. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_
17. Se sim, por que motivo recorreu ao serviço de urgência?
- a. Agravamento de doença crónica
  - b. Doença aguda
  - c. Acidente e/ou traumatismo
  - d. Queda
  - e. Manutenção de tratamento em fim-de-semana ou feriado
  - f. Outro motivo

18. Se outro motivo, qual? \_\_\_\_\_

## Qualidade de Vida no Trabalho

Stamm, B. (2009). *Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5*.  
www.proqol.org

1. Escolha a opção que melhor reflete a frequência com que foi confrontado(a), nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Eu sou feliz.					
Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa a quem presto cuidados.					
Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros.					
Eu sinto-me ligado(a) aos outros.					
Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.					
Eu sinto-me revigorado depois de trabalhar.					
Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador(a).					
Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa a quem presto cuidados.					
Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo <i>stress</i> traumático daqueles a quem presto cuidados.					
Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).					

Devido ao meu trabalho, eu tenho-me sentido “nervoso(a)” por variadas coisas.					
Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).					
Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas a quem presto cuidados.					
Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém a quem presto cuidados.					
Eu tenho crenças que me sustentam.					
Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados.					
Eu sou a pessoa que sempre quis ser.					
O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).					
Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).					
Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles a quem presto cuidados e como posso vir a ajudá-los.					
Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador(a).					
Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.					
Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas a quem presto cuidados.					

Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.					
Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.					
Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.					
Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador(a).					
Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho.					

## Formação Profissional

1. Realizou alguma formação profissional na área da gerontologia/geriatria/cuidados a dependentes?
  - a. Sim
  - b. Não
2. Há quanto tempo realizou a última formação?
  - a. Menos de 1 ano
  - b. 1 a 2 anos
  - c. 3 a 5 anos
  - d. Mais de 5 anos
3. Em que área(s) realizou formação?
  - a. Gerontologia
  - b. Higiene, saúde e segurança no trabalho
  - c. Primeiros socorros
  - d. Suporte básico de vida
  - e. Prestação de cuidados de higiene
  - f. Prevenção de feridas
  - g. Nutrição e hidratação

- h. Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência
  - i. Prevenção de quedas
  - j. Animação e lazer
  - k. Outra
4. Se outra, qual? \_\_\_\_\_
5. Considera que a formação que tem é suficiente e adequada para realizar as suas funções?
- a. Sim
  - b. Não
6. Sobre que tema(s) gostaria de receber formação?
- a. Higiene, saúde e segurança no trabalho
  - b. Primeiros socorros
  - c. Suporte básico de vida
  - d. Prestação de cuidados de higiene
  - e. Prevenção de feridas
  - f. Nutrição e hidratação
  - g. Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência
  - h. Prevenção de quedas
  - i. Animação e lazer
  - j. Técnicas de comunicação
  - k. Limpeza e higienização de espaços
  - l. Resolução de problemas/conflitos
  - m. Gestão de *stress*
  - n. Prevenção de lesões musculoesqueléticas
  - o. Outro

Se outro, qual? \_\_\_\_\_

## ANEXO IV - Priorização de necessidades pelo método de Hanlon

Necessidades formativas	Uso de tabaco	Perceção sobre o estado de saúde	Adesão a rastreios	Lesões musculoesqueléticas	Dor	Sono e repouso	Necessidade identificada
8	8	8	8	10	10	10	Amplitude (a) 0 a 10
3	6	7	7	9	10	8	Gravidade (b) 0 a 10
1,3	0,6	0,6	0,8	0,9	1,2	1,4	Eficácia (c) 0,5 a 1,5
0	1	1	1	1	1	1	Exequibilidade (d) 1 ou 0 (s/n)
0	8,4	9	12	17,1	24	25,2	Fórmula (a+b)c*d



## **ANEXO VI - Plano da Sessão #1**

**Tema:** Sono e Repouso

**Local:** sala multiusos da IPSS; auditório da IPSS

**Data:** 7 e 8 de novembro

**Hora:** 14:00 horas

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda e tutora

**População alvo:** Cuidadores formais de centro de dia e serviço de apoio domiciliário das IPSS

**Número de participantes:** 21 participantes

### **Objetivo geral:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre hábitos de sono.

### **Objetivos específicos:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre a fisiologia do sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre a importância do sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre o padrão recomendado do sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre os mecanismos de regulação do padrão de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre distúrbios do padrão de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre as consequências da privação de sono.

**Recursos:** Sala multiusos da IPSS/auditório da IPSS, cadeiras dispostas em semicírculo, computador, pen USB, projetor de imagem, coluna de som, apresentação audiovisual (Canva) sobre temática, cartões com consequências da privação de sono, prémio a atribuir ao vencedor do jogo (máscara de dormir e tampões de ouvidos).

Conteúdos	Método/Técnica pedagógica	Duração (min)
Apresentação dos formadores e dos objetivos.	Expositiva.	3
Definição de sono; Fisiologia do sono; Regulação do sono; Importância de um sono suficiente e reparador.	Expositiva.	15
Recomendações sobre padrão de sono adequado.	Expositiva.	5
Definição de distúrbio de sono; Tipos de distúrbios de sono; Doenças associadas ao sono.	Expositiva.	5
Consequências físicas, cognitivas e psicossociais da privação de sono.	Expositiva.	25
Esclarecimento de dúvidas.	Ativa.	5
Conclusão da sessão.	Expositiva.	2

## **ANEXO VII - Plano da Sessão #2**

**Tema:** Sono e Repouso

**Local:** sala multiusos da IPSS; auditório da IPSS

**Data:** 14 e 15 de novembro

**Hora:** 14:00 horas

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda e tutora

**População alvo:** Cuidadores formais de centro de dia e serviço de apoio domiciliário das IPSS

**Número de participantes:** 21 participantes

### **Objetivo geral:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre hábitos de sono.

### **Objetivos específicos:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre a higiene de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre os horários de vigília/sono e a sua influência no padrão de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre a adequação do meio ambiente e a sua influência no padrão de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre o consumo de substâncias psicostimulantes e a sua influência no padrão de sono.

**Recursos:** Sala multiusos da IPSS/auditório da IPSS, cadeiras dispostas em semicírculo, computador, pen USB, projetor de imagem, coluna de som, apresentação audiovisual (Canva) sobre temática, vídeo educativo sobre temática.

Conteúdos	Método/Técnica pedagógica	Duração (min)
Apresentação dos formadores e dos objetivos.	Expositiva.	3
Resumo dos conteúdos abordados na sessão anterior.	Vídeo educativo sobre a temática.	5
Conceito de higiene do sono.	Expositiva.	5
Horários de vigília/sono e a sua influência no padrão de sono.	Expositiva.	10
Adequação do meio ambiente e a sua influência no padrão de sono, nomeadamente: luminosidade, ruído, temperatura, qualidade do ar e conforto.	Expositiva.	20
Consumo de substâncias psicostimulantes e a sua influência no padrão de sono, nomeadamente: tabaco, álcool e cafeína.	Expositiva.	10
Esclarecimento de dúvidas.	Ativa.	5
Conclusão da sessão.	Expositiva.	2

## **ANEXO VIII - Plano da Sessão #3**

**Tema:** Sono e Repouso

**Local:** sala multiusos da IPSS; auditório da IPSS

**Data:** 21 e 22 de novembro

**Hora:** 14:00 horas

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda e tutora

**População alvo:** Cuidadores formais de centro de dia e serviço de apoio domiciliário das IPSS

**Número de participantes:** 21 participantes

### **Objetivo geral:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre hábitos de sono.

### **Objetivos específicos:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre os hábitos alimentares e a sua influência no padrão de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre os hábitos de atividade física e a sua influência no padrão de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre atividades de relaxamento e a sua influência no padrão de sono;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre outros fatores influenciadores do padrão de sono.

**Recursos:** Sala multiusos da IPSS/auditório da IPSS, cadeiras dispostas em semicírculo, computador, pen USB, projetor de imagem, coluna de som, apresentação audiovisual (Canva) sobre temática, vídeo educativo sobre temática, excertos musicais.

Conteúdos	Método/Técnica pedagógica	Duração (min)
Apresentação dos formadores e dos objetivos.	Expositiva.	3
Resumo dos conteúdos abordados na sessão anterior.	Vídeo educativo sobre a temática.	5
Hábitos alimentares e a sua influência no padrão de sono.	Expositiva.	15
Hábitos de atividade física e a sua influência no padrão de sono.	Expositiva.	5
Atividades de relaxamento e a sua influência no padrão de sono.	Expositiva.	20
Outros fatores influenciadores do padrão de sono.	Expositiva.	5
Esclarecimento de dúvidas.	Ativa.	5
Conclusão da sessão.	Expositiva.	2

## **ANEXO IX - Plano da Sessão #4**

**Tema:** Dor e LMERT

**Local:** sala multiusos da IPSS; auditório da IPSS

**Data:** 28 e 29 de novembro

**Hora:** 14:00 horas

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda e tutora

**População alvo:** Cuidadores formais de centro de dia e serviço de apoio domiciliário das IPSS

**Número de participantes:** 21 participantes

### **Objetivo geral:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre dor;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre LMERT.

### **Objetivos específicos:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre a fisiologia da dor;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre a classificação da dor;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre o impacto da dor na vida diária;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre os fatores de agravamento e os fatores de alívio da dor;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre o conceito de LMERT;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre a fisiologia das LMERT;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre os fatores de risco para LMERT.

**Recursos:** Sala multiusos da IPSS/auditório da IPSS, cadeiras dispostas em semicírculo, computador, *pen* USB, projetor de imagem, coluna de som, apresentação audiovisual (Canva) sobre temática.

Conteúdos	Método/Técnica pedagógica	Duração (min)
Apresentação dos formadores e dos objetivos.	Expositiva.	3
Conceito de dor. Características da dor. Fisiologia da dor.	Expositiva.	5
Classificação da dor segundo diferentes parâmetros. Conceito de dor musculoesquelética.	Expositiva.	5
Impacto da dor na vida diária.	Expositiva.	2
Fatores de agravamento da dor. Fatores de alívio da dor.	Expositiva.	5
Estratégias não farmacológicas de alívio da dor.	Expositiva.	10
Conceito de LMERT. Características/sintomas de LMERT. Fisiologia das LMERT.	Expositiva.	5
Fatores de risco físicos para LMERT.	Expositiva.	8
Fatores de risco organizacionais/psicossociais para LMERT.	Expositiva.	5
Fatores de risco individuais para LMERT.	Expositiva.	5
Esclarecimento de dúvidas.	Ativa.	5
Conclusão da sessão.	Expositiva.	2

## **ANEXO X - Plano da Sessão #5**

**Tema:** Prevenção de LMERT

**Local:** sala multiusos da IPSS; auditório da IPSS

**Data:** 5 e 6 de dezembro

**Hora:** 14:00 horas

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda e tutora

**População alvo:** Cuidadores formais de centro de dia e serviço de apoio domiciliário das IPSS

**Número de participantes:** 21 participantes

### **Objetivo geral:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre medidas preventivas de LMERT.

### **Objetivos específicos:**

- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre o conceito de ergonomia;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre medidas ergonómicas de prevenção de LMERT;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre o conceito de ginástica laboral;
- Melhorar o conhecimento dos cuidadores formais sobre os benefícios de um programa de ginástica laboral.

**Recursos:** Sala multiusos da IPSS/auditório da IPSS, cadeiras dispostas em semicírculo, computador, *pen* USB, projetor de imagem, coluna de som, apresentação audiovisual (Canva) sobre temática.

Conteúdos	Método/Técnica pedagógica	Duração (min)
Apresentação dos formadores e dos objetivos.	Expositiva.	3
Introdução a medidas preventivas de LMERT. Conceito de ergonomia. Objetivos da ergonomia.	Expositiva.	5
Medidas ergonómicas de prevenção de LMERT relacionadas com a disposição do local de trabalho e com os equipamentos existentes.	Expositiva.	15
Medidas ergonómicas de prevenção de LMERT relacionadas com as tarefas desempenhadas e com a gestão do trabalho.	Expositiva.	10
Medidas ergonómicas de prevenção de LMERT relacionadas com fatores organizacionais.	Expositiva.	5
Conceito de ginástica laboral. Objetivos de um programa de ginástica laboral.	Expositiva.	5
Tipos de programas de ginástica laboral. Benefícios de um programa de ginástica laboral.	Expositiva.	10
Esclarecimento de dúvidas.	Ativa.	5
Conclusão da sessão.	Expositiva.	2

## ANEXO XI - Plano da Sessão #6

**Tema:** Prevenção de LMERT

**Local:** sala multiusos da IPSS; auditório da IPSS

**Data:** 12 e 13 de dezembro

**Hora:** 14:00 horas

**Duração:** 30 minutos

**Formadores:** Mestranda e tutora

**População alvo:** Cuidadores formais de centro de dia e serviço de apoio domiciliário das IPSS

**Número de participantes:** 21 participantes

### Objetivo:

- Treinar a capacidade dos cuidadores formais para realizar um programa de ginástica laboral.

**Recursos:** Sala multiusos da IPSS/auditório da IPSS, cadeiras dispostas em semicírculo, computador, *pen* USB, projetor de imagem, apresentação audiovisual (Canva) sobre temática.

Conteúdos	Método/Técnica pedagógica	Duração (min)
Apresentação dos formadores e dos objetivos.	Expositiva.	3
Treino prático de programa de ginástica laboral compensatória.	Expositiva. Ativa.	20
Esclarecimento de dúvidas.	Ativa.	5
Conclusão da sessão.	Expositiva.	2