

Capacitar para Bem Comunicar

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na
área de Enfermagem de Saúde Comunitária**

**Bruno Alexandre
Rodrigues Vicente**

Capacitar para Bem Comunicar

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na
área de Enfermagem de Saúde Comunitária**

**Bruno Alexandre
Rodrigues Vicente**

**Orientador(es)
Doutora Irene Santos
Mestre Conceição Santiago**

"Acho que os sentimentos se perdem nas palavras
Todos deveriam ser transformados em ações
Em ações que tragam resultados"

Florence Nightingale

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as pessoas

Que me ajudaram neste percurso

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que participaram neste projeto.

Às orientadoras, Professora Irene Santos e Professora Conceição Santiago, pelo estímulo, incentivo constante, respeito e amizade no decorrer de todo este processo.

Um especial agradecimento à Enfermeira Cooperante pelo exemplo de Excelência como pessoa e como enfermeira.

Aos elementos da USP Zé Povinho, aos 3 Diretores Técnicos e às Ajudantes de Ação Direta das 3 Instituições selecionadas por permitirem e ajudarem na concretização deste objetivo.

Às minhas amigas Daniela, Susana e Liliana pelo companheirismo.

À minha família, Pai, Mãe e a melhor Irmã do mundo....

E em especial à minha esposa!

A todos os que me ajudaram diretamente ou indiretamente neste percurso o meu sincero Obrigado!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAD- Ajudante de Ação Direta
ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
CHO- Centro Hospitalar do Oeste
Dec. Lei- (Decreto-Lei)
DGS- Direção Geral da Saúde
DNO- Doença de Notificação Obrigatória
IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional
INE- Instituto Nacional de Estatística
IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social
OE- Ordem dos Enfermeiros
PBE- Prática Baseada na Evidência
UC- Unidade Curricular
UCC- Unidade de Cuidados à Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF- Unidade de Saúde Familiar
USP - Unidade de Saúde Pública
RSL- Revisão Sistemática de Literatura
SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

RESUMO

Capacitar Para Bem Comunicar

Este relatório tem como objetivo dar visibilidade às intervenções de enfermagem comunitária desenvolvidas no estágio na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho.

Ao longo do estágio utilizou-se a metodologia do planeamento em saúde.

Inicialmente efetuaram-se entrevistas aos informantes chave procedendo-se à análise de conteúdo das mesmas. Desta análise emergiu o diagnóstico de enfermagem com base no modelo de Betty Neuman: “Ameaça à linha de defesa das Ajudantes de Ação Direta relacionada com stressores intrapessoais: obstáculos à comunicação com o idoso/família”.

No sentido de enquadrar a prática clínica de enfermagem baseada na evidência recorreu-se à metodologia científica da Revisão Sistemática de Literatura, de forma a capacitar as AAD no processo de comunicação com o idoso em contexto domiciliário.

Foi com base nesta evidência que se desenvolveram as intervenções de enfermagem às AAD sendo que a avaliação demonstrou um aumento de conhecimentos destas no processo de comunicação ao idoso.

Palavras-chave: Enfermeiro, Formação, Ajudantes de Ação Direta e Comunicação

ABSTRACT

Capacitate to Well Communicate

This report aims to give visibility to community nursing interventions developed in stage in John Doe public health unit.

Along the stage we used the methodology of planning in health.

Initially the Office key informant interviews and the analysis of content of the same. This analysis emerged the nursing diagnosis based on the Betty Neuman: "Threat to the defense of direct action helpers related to stressores people: barriers to communication with the elderly/family".

In order to manage the clinical practice of evidence-based nursing appealed to the scientific methodology of systematic review of the Literature, in order to enable the AAD in the process of communication with the elderly in home care context.

It was on the basis of this evidence that developed nursing interventions to the AAD and the assessment showed an increase of knowledge of those in the process of communication to the elderly.

Keywords: Nurse, training, direct action assistants and communication.

INDICE

INTRODUÇÃO	13
1- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO	16
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1- SER ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA	20
2.2 - ENVELHECIMENTO.....	21
2.3- A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO COM O IDOSO.....	22
2.4- A FORMAÇÃO DOS CUIDADORES DE ACÇÃO DIRETA NO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	23
2.5- MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	26
3- PLANEAMENTO EM SAÚDE	29
3.1- ELABORAÇÃO DO PLANO.....	29
3.1.1- Caraterização do Grupo Populacional face ao Modelo de Betty Neuman	32
3.2- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	41
3.2.1- Revisão Sistemática da Literatura	41
3.3- EXECUÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DAS SESSÕES	44
3.3.1- Sessões Formativas	45
3.4- AVALIAÇÃO	46
4 - OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	52
5 - ANÁLISE CRÍTICA	54
6 – CONCLUSÃO	60
7 - BIBLIOGRAFIA	62

ANEXOS

ANEXO I – PROGRAMAS DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	68
ANEXO II – PROJETO CAPACITAR PARA BEM COMUNICAR.....	76
ANEXO III – FICHAS DE INSCRIÇÃO APRESENTADAS ÀS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA.....	100
ANEXO IV – GUIÃO DE ENTREVISTAS AOS INFORMANTES-CHAVE.....	103
ANEXO V- CARTAS EXPLICATIVAS E CONSENTIMENTOS INFORMADOS	108
ANEXO VI - ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS INFORMANTES CHAVES.....	111
ANEXO VII - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS RESULTADOS DA FICHA DE INSCRIÇÃO.....	118
ANEXO VIII - PROTOCOLO DESENVOLVIDO PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	159
ANEXO IX – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO	161
ANEXO X – REGISTO DE ASSIDUIDADE.....	172
ANEXO XI – CERTIFICADO DE PRESENÇA ENTREGUE ÀS AAD.....	174
ANEXO XII – MANUAL DE APOIO ENTREGUE NAS IPSS.....	176
ANEXO XIII – PLANOS DE SESSÃO DAS FORMAÇÕES REALIZADAS.....	178
ANEXO XIV – POWER POINT DA 1ª SESSÃO RELATIVA À SESSÃO DO ENVELHECIMENTO.....	182
ANEXO XV – POWER POINT DA 2ª SESSÃO RELATIVA À SESSÃO DA COMUNICAÇÃO E GESTÃO DE CONFLITO.....	196
ANEXO XVI - FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO PREENCHIDA PELAS FORMANDAS..	220
ANEXO XVII - FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO PREENCHIDA PELO FORMADOR....	223
ANEXO XVIII – FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS APLICADO ÀS FORMANDAS	225
ANEXO XIX – NOTÍCIA PUBLICADA NO JORNAL DAS CALDAS.....	227
ANEXO XX- PÓSTER ENTREGUE NAS IPSS.....	229
ANEXO XXI – POWER POINT DO SEMINÁRIO FINAL.....	231

ÍNDICE DE FIGURAS

f.

Figura 1– Freguesias do Concelho de Caldas da Rainha	17
Figura 2- Adaptação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman	27

INDICE DE QUADROS

Quadro 1- Apreciação das Entrevistas segundo o Modelo de Betty Neuman.....	31
Quadro 2- Análise do contexto extrasistémico e intersistémico do grupo populacional das AAD	34
Quadro 3-Análise do contexto intrasistémico do grupo populacional das AAD.....	36
Quadro 4-Análise do 1º artigo	41
Quadro 5-Análise do 2º artigo	42
Quadro 6- Indicadores de avaliação	46
Quadro 7- Classificações das fichas de avaliação de conhecimentos	47
Quadro 8- Avaliação Global da 1ª sessão e 2ª sessão.....	48
Quadro 9- Relação entre as Intervenções e atividades desenvolvidas com as competências adquiridas	54

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Aumento dos conhecimentos na 1ª sessão	49
Gráfico 2-Aumento dos conhecimentos na 2ª sessão	49

INTRODUÇÃO

Na atualidade colocam-se novos desafios e novas exigências aos sistemas de saúde das sociedades modernas devido ao envelhecimento progressivo da sua população. Esta tendência verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, confirmando um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2014). Hoje em dia perante uma sociedade que apresenta uma população cada vez mais envelhecida, é indispensável a mobilização de todos os intervenientes, bem como dos meios que existem ao seu dispor, para encontrar soluções no sentido de se dar as respostas específicas às necessidades da população em causa.

O avanço tecnológico e científico permite que cada vez mais pessoas sobrevivam a situações de saúde complexas e vivam em situação de dependência por longos períodos de tempo. Enquanto enfermeiros na comunidade torna-se fundamental a aquisição de competências que permitam participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas do indivíduo, família, grupo e comunidade, assim como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à sua capacitação e na consecução de projetos de saúde individual e familiar (Martins, 2011).

A intervenção desenvolvida partiu de uma análise do Perfil de Saúde e do Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte correspondente ao triénio 2014-2016 e que revelou um aumento do índice de envelhecimento da população desta região. A estrutura etária da população da Região Oeste Norte modificou-se consideravelmente nos últimos 50 anos. O número de nascimentos decresceu para quase metade, a população envelheceu consideravelmente e os grupos etários com maior representação passaram dos com menos de 20 anos para entre os 30 e os 50 anos. Com estas alterações existe agora um número notavelmente maior de habitantes com mais de 70 anos (Perfil de Saúde da Região Oeste Norte, 2013). Perante a análise destes dados e após discussão com a enfermeira orientadora foi possível constatar-se a inexistência de um projeto na Unidade na área de formação para os cuidadores formais a idosos em contexto domiciliário. Tendo em conta a minha atividade profissional no contexto de Cuidados de Saúde Primários e a prestação de cuidados em contexto domiciliário a idosos dependentes verifiquei algumas situações de carência de formação por parte dos cuidadores, surgindo então uma área com necessidade de uma intervenção comunitária.

Sendo a premissa central deste estágio a intervenção na comunidade foi desenvolvido um projeto que apresentou como população alvo as Ajudantes de Ação Direta (AAD) e que teve como intuito melhorar os conhecimentos destas profissionais no processo de comunicação com os idosos

em contexto domiciliário. Esta intervenção teve por base as entrevistas formuladas às diretoras técnicas e a uma AAD de cada Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), recorrendo-se à análise de conteúdo destas de modo a formular o diagnóstico de enfermagem com base no modelo teórico de Betty Neuman: “Ameaça à linha de defesa das AAD relacionada com stressores intrapessoais: obstáculos na comunicação com o idoso/família”. Estes obstáculos consistiam nas dificuldades a nível comunicacional que as AAD por vezes sentem para com a família e com o idoso. Através desta análise foi possível identificar as necessidades de formação das AAD e posteriormente através da ficha de inscrição foi possível recolher informação para a caracterização deste grupo populacional, tendo como referencial teórico o modelo de Betty Neuman. A utilização deste referencial prende-se com o facto de se tratar de um modelo dinâmico, flexível e global, que garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Freese em Tomey Alligood, 2004).

Com o diagnóstico elaborado, a primeira etapa do Planeamento em Saúde, efetuou-se uma revisão sistemática da literatura (RSL) tendo por base uma pergunta em formato PICO: “Como promover a capacitação das ajudantes de ação direta na melhoria do processo de comunicação com a pessoa idosa em contexto domiciliário?” Através desta RSL foi possível compreender que as AAD desempenham um papel fundamental nos cuidados aos idosos e que necessitam de formação em várias áreas, nomeadamente no que concerne à comunicação, indo deste modo ao encontro do diagnóstico elaborado. Desta necessidade emerge, então, a importância do enfermeiro da comunidade desempenhar um papel de formador e de capacitador destes cuidadores formais. Desenvolver programas de formação bem como promover reuniões em grupo são uma estratégia para capacitar estes profissionais.

Com base nestes achados avançou-se para uma prática baseada na evidência tendo sido elaboradas e implementadas sessões de formação planeadas de acordo com as necessidades, no sentido de aumentar os conhecimentos do grupo na área da comunicação, que constituiu o tema global. Abordou-se ainda a área do Envelhecimento e da Gestão de Conflitos porque importava que as AAD compreendessem o processo de Envelhecimento e as alterações que estão subjacentes ao mesmo. Em relação à gestão de conflitos é de salientar que as AAD trabalham em equipa e da análise das entrevistas aos informantes-chave foi possível identificar que por vezes existem situações de conflito entre a equipa, bem como com os familiares dos idosos.

Este relatório teve como objetivos académicos: analisar situações de saúde/doença na comunidade; desenvolver estratégias de intervenção baseadas na melhor evidência com recurso à metodologia científica, através da revisão sistemática de literatura; fundamentar as competências específicas em enfermagem comunitária desenvolvidas; avaliar e criticar os resultados das intervenções de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Relativamente ao meu objetivo pessoal, foi pensar e refletir de uma forma analítica sobre todo o percurso e toda a intervenção realizada dando visibilidade às competências adquiridas e aos ganhos em saúde no âmbito da enfermagem comunitária.

A elaboração deste documento pretende descrever e analisar reflexivamente as atividades desenvolvidas atendendo à evidência científica e aos ganhos em saúde resultantes da intervenção delineada. Por forma a estruturar a reflexão e operacionalização da intervenção este documento foi estruturado em 5 partes distintas: a primeira parte, a introdução do trabalho, a segunda parte dedicada ao enquadramento teórico, seguindo-se o capítulo relativo ao planeamento da saúde, onde se descreve a intervenção e no qual se inicia a operacionalização do projeto e a sua avaliação, Neste ponto procede-se à apreciação da comunidade com base no Modelo de Betty Neuman e apresenta-se ainda os resultados da revisão sistemática da literatura. O quarto ponto remete para uma análise crítica às competências desenvolvidas e, por fim, termina-se com a conclusão.

1- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO

Em 2008 foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e um nível com várias unidades intermédias incluindo as USP.

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008).

Cada USP tem como missão primordial proteger e elevar o estado de saúde de toda a população residente na área geográfica do ACES em que se insere. Esta Unidade deve elaborar um plano de ação contendo a missão, valores e visão, a estrutura orgânica e o funcionamento, o modelo de gestão do sistema de informação, áreas de atuação e níveis de responsabilização dos diferentes grupos de profissionais que integram a equipa, carta de qualidade e regras gerais para a formação contínua dos profissionais, submetendo-o à aprovação do diretor executivo (Dec. Lei nº 81/2009 de 2 de abril de 2009).

A USP tem como responsabilidade:

- Identificar necessidades de saúde da população residente na área geográfica do ACES a que pertence;
- Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- Promover a investigação e a vigilância epidemiológica;
- Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;
- Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- Participar na execução das atividades dos programas descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente;
- Promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram.

A equipa de profissionais da USP é constituída por médicos de saúde pública (1 por cada 25000 habitantes), enfermeiros especialistas na área de enfermagem comunitária (1 por cada 30000

habitantes) e técnicos de saúde ambiental (1 por 15000 habitantes), integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública (Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008; Dec. Lei nº 81/2009 de 2 de abril de 2009).

A sede da USP Zé Povinho localiza-se em Caldas da Rainha e dispõe de equipas operativas denominadas Unidades Locais de Saúde Pública, sediadas nos Centros de Saúde dos seis concelhos que integram o ACeS Oeste Norte e constituem a porta de entrada dos cidadãos para assuntos no domínio da Saúde Pública.

O Concelho das Caldas da Rainha pertence ao distrito de Leiria. Dista aproximadamente 50 km de Leiria e 80 km de Lisboa e dada a sua centralidade e desenvolvimento na Região Oeste, constitui um grande pólo de comércio, serviços, cultura e desenvolvimento turístico.

Atualmente o Concelho das Caldas da Rainha integra-se no agrupamento dos municípios do Oeste, tem uma população de 51.645 (dados de 2011) e uma área de 25 916 hectares, sendo constituído por 13 freguesias: A-dos-Francos, Alvorninha, Carvalho Benfeito, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, União de Freguesias Nossa Senhora do Pópulo do Coto e São Gregório, Salir de Matos, União de Freguesias de Salir do Porto e Tornada, Santa Catarina, União de Freguesias de Serra do Bouro e Santo Onofre e Vidais. Tem fronteira com os Concelhos de Alcobaça, a norte, Rio Maior a leste e Bombarral, Cadaval e Óbidos a sul. Apresenta assim, um valioso e heterogéneo património histórico-cultural e variadas potencialidades turísticas (http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/page/portal/PORTAL_MCR acedido em 28/09/2016).



Figura 1- Freguesias do Concelho de Caldas da Rainha

A missão da USP Zé Povinho passa por contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e

concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte. A área abrangida por esta Unidade é definida pelos concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche.

A USP é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por: seis médicos de saúde pública (a tempo inteiro); um médico de medicina geral e familiar (a tempo inteiro); uma médica de medicina geral e familiar (5 horas semanais); seis técnicos de saúde ambiental (a tempo inteiro); cinco enfermeiras especialistas (três enfermeiras a 4 horas, e duas enfermeiras a tempo inteiro); quatro higienistas orais (a 35 horas/semanais/cada), pertencentes ao quadro da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); seis assistentes técnicas (a tempo inteiro); uma assistente operacional, com funções administrativas.

Cabe à USP a Gestão e Participação na Execução de Programas e Projetos de Proteção e Promoção da Saúde que contribuem para o processo de capacitação da população abrangida, com grande hipótese de terem impacto positivo na saúde dessa população

As competências essenciais da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho são as seguintes:

- Elaborar informação e planos no âmbito de Saúde Pública;
- Proceder à vigilância epidemiológica;
- Gerir e executar programas no âmbito da promoção e proteção da saúde;
- Exercer o poder de Autoridade de Saúde;
- Assegurar a cooperação e articulação interinstitucional em programas de Saúde Pública;
- Assegurar a funcionalidade do sistema e circuitos de informação em saúde.

A USP Zé Povinho pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, sendo uma de diversas Unidades.

Atualmente a USP desenvolve os seguintes programas/projetos (ANEXO I):

- Movimento Escola/Cidade dos Afetos;
- Consulta de Cessação Tabágica;
- Programa de Alcoologia;
- Consulta do Viajante;
- Vacinação internacional;
- Familiarmente;
- Saúde Escolar;
- Projeto Pão.Come (Regulamento Interno USP Zé Povinho, 2016).

Estes programas inscrevem-se no quadro dos planos nacionais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde escolar e saúde oral, áreas em que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública têm a responsabilidade de desenvolver as competências adquiridas. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011: 1128) “os enfermeiros de saúde pública fazem uma diferença significativa ao melhorarem a saúde de uma comunidade, através da monitorização e

apreciação de indicadores críticos de saúde, tais como taxas de vacinação, de mortalidade infantil e de doenças transmissíveis”.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1- SER ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Na área da Saúde Comunitária as intervenções de enfermagem visam, sobretudo, prevenir e combater situações de risco desenvolvendo-se atividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2011).

A Enfermagem Comunitária tendo por base um percurso de especialização, define como competências o desenvolvimento de projetos de intervenção com vista à capacitação das comunidades.

Para Stanhope e Lancaster (2011) os diagnósticos de enfermagem comunitária clarificam quem é o cliente dos cuidados e identificam problemas enfrentados pelos clientes identificando fatores que contribuem para o problema.

À luz do modelo conceptual de Betty Neuman é possível a realização de diagnósticos em que a Enfermagem planeia intervenções através de níveis de prevenção primária, secundária ou terciária, para o fortalecimento de linhas de resistência e das linhas de defesa (Freese em Tomey Alligood, 2004).

O Enfermeiro na comunidade tem um papel a desenvolver no âmbito da implementação de projetos que possam melhorar a qualidade de saúde dos idosos, já que são uma população cada vez mais frágil e cada vez mais dependente. De acordo com o Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros, nomeadamente alínea c) os enfermeiros devem “colaborar com outros profissionais em programas que correspondam às necessidades da comunidade (OE, 2015). Na comunidade os cuidadores formais têm um papel fundamental na ajuda aos idosos, sendo que o Enfermeiro deve ser um educador e um capacitador na melhoria dos cuidados realizados por estes, ajudando desta forma à permanência do idoso no seu lar.

2.2 - ENVELHECIMENTO

Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar e refletem, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humana e por outro lado a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl e Fonseca, 2005).

A esperança de vida aumentou nos últimos anos e as alterações demográficas ocorridas em Portugal e na Europa, refletem-se a curto e médio prazo numa população com uma estrutura cada vez mais idosa, a idade média da população total tende a aumentar em todos os países sem exceção. Atendendo às projeções do Eurostat para os 27 Estados-Membros da União Europeia, para o período 2011-2060, a população com 65 anos ou mais passa de 17% em 2010, para 30 % em 2060. A população com 80 anos ou mais passa de 5% para 12% no mesmo período (DGS, 2014).

O envelhecimento populacional revela-se pelas alterações etárias da população na base e no topo da pirâmide demográfica, ou seja, traduz-se pela diminuição da taxa de natalidade (estreitamento da base piramidal) e pelo aumento da longevidade humana (alargamento do topo da pirâmide). Em 2013 a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos de idade) aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2014).

Importa então refletir sobre o conceito de envelhecimento que, apesar de estatisticamente ser facilmente identificável, transporta uma dimensão sociocultural que determina o desenvolvimento de todo o processo de senescência (Pais, 2014). A senescência é a fase de envelhecimento mais acelerado que se observa geralmente após os sessenta e cinco anos, salvaguardando sempre que este marco cronológico difere de indivíduo para indivíduo. O sinal mais evidente de senescência é um processo natural e não é sinónimo de senilidade, termo que designa uma degenerescência patológica, muitas vezes associada ao envelhecimento, mas que se traduz na generalidade por disfunções orgânicas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Segundo Lima (2006) o envelhecimento é visto como um fenómeno biológico que está associado às causas do envelhecimento celular (morte de neurónios; aparecimento de placas senis; redução do peso e volume do cérebro; diminuição da neuroplasticidade), ao aparecimento de perturbações de saúde e à diminuição da capacidade funcional. Este processo é vivido de uma forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo. Por outro lado, Costa (2002) sublinha o facto de que embora o envelhecimento individual seja um fenómeno normal, urge fazer a combinação Envelhecimento-Saúde, conscientes de que o indivíduo é demasiado complexo para ser reduzido a um quadro de indicadores de saúde.

Nos países desenvolvidos, a separação entre a idade adulta e a pessoa idosa é feita aos sessenta e cinco anos, enquanto nos países em vias de desenvolvimento a passagem para a senescência tem como marco os sessenta anos. Este critério cronológico é adotado pela maioria das instituições que prestam serviços às pessoas idosas. Em trabalhos de investigação científica este critério é muitas vezes fruto das perspetivas divergentes sobre o início do processo de envelhecimento (Pais, 2014).

De acordo com vários autores, nomeadamente de Constança Paúl e António Fonseca (2005), o processo de envelhecimento é complexo, sendo um processo temporal, cuja base genética e ambiental potencia, positiva ou negativamente, a forma como cada um envelhece. No entanto, “um aspeto relevante é a questão da dependência que pode afetar os idosos, nomeadamente a nível psicológico, social e de capacidade de decisão e de controlo da sua vida” (Carneiro, 2012).

De acordo com Andrade (2009) a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

Para Figueiredo (2007) os idosos com dependência grave são aqueles que necessitam permanentemente de ajuda para desempenharem atividades elementares e normalmente são pessoas que se encontram sem mobilidade ou que têm graves restrições da mesma, estando ainda associadas outras incapacidades.

A dependência é definida de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, como:

[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

Tem-se assistido a um discurso, que é comum nos diferentes países europeus, que se centra na manutenção do idoso no domicílio, tendo em vista a preservação da sua autonomia e dignidade. Desta forma, a família surge como solução e o cuidado fica socialmente dividido entre o Estado e a família (Lage, 2005).

Quando a rede de apoio familiar é pouco eficaz numa assistência contínua à pessoa dependente, o apoio dos cuidadores formais é essencial para evitar a institucionalização e a hospitalização (Ávila, 2009).

Torna-se então imperioso para a qualidade da intervenção gerontológica, que os ajudantes de ação direta possuam conhecimentos e comportamentos sobre o envelhecimento, passando a visualizar o idoso como um todo, numa perspetiva mais humanizada, tendo para isso que saber utilizar uma comunicação eficaz e assertiva (Almeida, 2014).

2.3- A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO COM O IDOSO

A comunicação é um processo interpessoal complexo que permite trocas verbais e não-verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos. A impossibilidade de não comunicar faz com que todas as situações entre duas ou mais pessoas sejam comunicativas e interpessoais (Alves, 2003).

A comunicação é, portanto, um processo que vai permitir às pessoas enviar e receber mensagens e ocorre num nível social em que os participantes estão comprometidos no contacto com eles e com os outros. É um processo interativo, com o significado das mensagens negociado entre os participantes.

Podemos comunicar de forma verbal e não-verbal. A primeira envolve a palavra falada e escrita e a segunda recorre à utilização de gestos. Para que a comunicação verbal seja eficiente tem que ser clara e concisa, isto é, usar frases simples, curtas e concretas, falar lentamente e pronunciar claramente as palavras. O recetor deve perceber as ideias de quem comunica, este deve expressar apenas uma ideia e utilizar o vocabulário, o ritmo e o significado adequado a cada recetor (Alves, 2003).

Para Alves (2003) a comunicação utilizada durante o cuidar estabelece-se entre o idoso e o cuidador, devendo este último ter habilidade para prestar atenção, demonstrando uma atitude de compreensão e ajuda para a satisfação das necessidades do idoso.

As palavras que se utilizam têm grande poder, já que tanto podem ser benéficas como perniciosas caso não seja devidamente entendido o seu significado. Devem ser adequadas ao nível cultural do idoso e sempre que possível utilizar a linguagem verbal e não-verbal para fortalecer a mensagem.

De modo a que a comunicação seja eficaz é necessário saber ouvir, isto é, estar atento enquanto o idoso fala, mostrar disposição em partilhar a conversa. Por vezes o silêncio é necessário, pois transmite uma vontade de ouvir, uma aceitação sem transmitir dúvidas ou discordâncias, mas permanecendo atento às expressões faciais (Alves, 2003).

Segundo Ferreira (2012) citando investigações levadas a cabo por Barbosa et al (2011), as principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais são: a interação com o utente e a interação com a família dos utentes. Durante os cuidados, quem cuida deve tornar a sua mensagem clara e concisa. A clarificação é a capacidade de manter uma comunicação concreta e eficaz, de modo a ajudar o cliente a formular e delimitar os seus problemas (Berger, 1995 citado por Alves, 2003).

Dar formação às AAD nos aspetos mais básicos relativos ao processo de envelhecimento, formas de comunicar com os idosos, cuidados de higiene e aspetos de trabalho em equipa é fundamental para a capacitação destes profissionais (Ferreira, 2012).

Para Potter e Perry (2003) uma comunicação eficaz com o idoso deve seguir algumas premissas: Profissionalismo; Cortesia; Confidencialidade; Confiança; Disponibilidade; Empatia; Solidariedade; Escuta; Certificar-se de que a informação foi corretamente recebida e interpretada; Evitar dar opiniões pessoais; Evitar Bisbilhotar; Evitar Infantilizar; Aceitar e Respeitar o silêncio em determinadas ocasiões.

2.4- A FORMAÇÃO DOS CUIDADORES DE ACÇÃO DIRETA NO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Quando se fala de idosos, os serviços de apoio existentes são os centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e lares, sendo os hospitais e outros serviços de saúde também vistos como recurso comunitário para esta faixa etária da população (Carvalho, 2012).

Em Portugal o “Lar de Idosos” é a resposta com maior incidência para os idosos de dependentes ou grandes dependentes (cerca de 50%), seguindo-se o Serviço de Apoio Domiciliário

(MTSS, 2009 citado por Carvalho 2012). Em relação às taxas de utilização, verifica-se igualmente um aumento no território nacional, nas valências do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (25,33%) e na de Lar de Idosos (24,48%) (Ferreira, 2014).

Segundo as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos e serviços nas diferentes valências, SAD o é definido como

resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária (Despacho Normativo nº 62/99).

A produção científica do cuidado e dos cuidadores tem sido uma das áreas mais importantes da investigação em gerontologia, facto que se explica pelo aumento crescente do número de pessoas idosas e cada vez mais dependentes, portadoras de doenças crónico-degenerativas e demências. Este aumento da população idosa dependente corresponde a uma elevada escassez de cuidadores de ação direta (Militar, 2012).

Os cuidadores podem designar-se por formais e informais. Os formais são profissionais contratados com carácter remuneratório para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, estando integrados numa atividade profissional, que incluem atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias (Sousa, 2011).

Para Figueiredo (2012) o cuidador informal, que também pode ser designado de prestador familiar ou cuidador familiar, é a pessoa que assume o acompanhamento do processo de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados e não tem remuneração pela prestação dos mesmos. O cuidado informal pode ser assumido por amigos, vizinhos ou outros, mas normalmente é a família que assume a responsabilidade da organização ou assistência e prestação de cuidados.

De acordo com Dec. Lei nº 414/99 de 15 de outubro, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social definiu a atividade profissional das AAD e, segundo esta legislação, o conteúdo funcional desta atividade profissional pressupõe: a limpeza e arrumação das instalações, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, o transporte de alimentos, o serviço de refeição em refeitório, o transporte de cadáveres, o tratamento de roupas, a condução de veículos da instituição, o fornecimento da medicação previamente prescrita, acompanhamento de idosos em deslocações e outras tarefas não especificadas. Determina, ainda, a idade mínima de 18 anos e a escolaridade mínima obrigatória para o ingresso no mercado de trabalho. A progressão na carreira prevê a frequência, com aproveitamento, de um mínimo de 700 horas de formação profissional específica. A formação das AAD é ministrada em Escolas Profissionais, IPSS, Empresas de Formação Profissional e outras entidades particulares e no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) (Jacob, 2003). Verifica-se que muitas vezes as instituições não fornecem condições para que o cuidador formal frequente essa formação, de modo a que possa progredir na carreira dessa forma. O legislador prevendo essa situação, considera que no caso de não ser possível às instituições procederem à formação referida, os trabalhadores passem à categoria de principal, independentemente do número de horas efetivas de formação específica.

A formação contínua e o reconhecimento desta atividade profissional encontra-se ainda condicionada por fatores como a carência ou ausência de oferta formativa direcionada, escassez ou inexistência de quadros técnicos nas instituições que deem respostas formativas, número reduzido de funcionários para o volume de trabalho, pouca motivação dos funcionários para formação pós-laboral, órgãos de gestão com pouca sensibilidade para a importância da formação e falta de formadores com preparação técnico-pedagógica na área. Para Jacob (2003) o pessoal não técnico inicia na maioria das vezes a sua atividade profissional sem que antes tenha frequentado qualquer formação específica que o habilite a cuidar de idosos.

Hoje em dia as instituições são confrontadas com novas situações e exigências, sendo imprescindível a aposta nas qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação contínua deveria ser uma prioridade, contudo muitas vezes existe alguma relutância das AAD para a formação devido à instabilidade laboral, às saídas frequentes das instituições, à ausência de motivação e à insatisfação no trabalho (Militar 2012).

A formação deve ser orientada em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, sendo importante ressaltar que a formação não é estanque, carecendo de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos, se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição, 2012).

A formação profissional contínua é um fator necessário no desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo, tal como das organizações. Este desenvolvimento ajuda-os a adequarem-se às inovações, derivadas de um mundo em constante mudança, possibilitando uma melhoria no seu desempenho, traduzindo-se na melhoria da qualidade de cuidados prestados (Sousa, 2003). Esta atualização ao longo da vida tem como efeito a capacitação do indivíduo para o bom desempenho da prática.

Para Canário (1999:43) “no campo da formação profissional contínua, a tradicional dicotomia entre o lugar de «aprender» e o lugar de «fazer», característico da «forma escolar», tende a ser contrariada por uma forte finalização das situações formativas, em relação às situações de trabalho”. Os profissionais em contexto de trabalho formam-se a partir das interações entre si, das situações apresentadas e da reflexão individual e conjunta.

É de salientar ainda que os profissionais devem estar conscientes das suas competências para a realização das suas atividades profissionais e da relação estabelecida com a aprendizagem, já que a atividade de trabalho representa sempre uma oportunidade, embora a sua riqueza dependa do conteúdo desse trabalho. A experiência em contexto de trabalho é hoje muito valorizada, sendo-lhe atribuído elevado potencial na área da formação. As AAD não possuem uma formação teórica/prática de base específica, tendo deste modo as aprendizagens em contexto de trabalho uma maior importância.

As capacidades de aquisição de conhecimentos dependem de cada um e o sentido dado à experiência só pode ser avaliado pelo próprio. Esta aprendizagem só é possível se passar pela reflexão. A este respeito Canário (1999:111) refere que:

A ideia que hoje tende a ser prevalecente, no campo das teorias da formação, nomeadamente da formação de adultos, conferindo uma importância decisiva aos saberes adquiridos por via experiencial, e ao

seu papel «âncora» na produção de novos saberes, procura articular uma lógica de continuidade (sem a referência à experiência anterior não há aprendizagem), com uma lógica de rutura (a experiência só é formadora se passar pelo crivo da reflexão crítica).

Para Conceição (2012) embora a formação experiencial seja um bom condutor para a obtenção de competências não será suficiente, só por si, sem existir por base uma reflexão teórica; esta dualidade funcionará como um fio condutor para a prestação de um serviço de qualidade. Neste sentido, a existência de formação contínua, nomeadamente quanto às características dos idosos e o ao seu processo de envelhecimento, poderá auxiliar os contactos entre os dois intervenientes, favorecendo um melhor entendimento e uma melhor relação (Almeida, 2008).

Num estudo de Coffey (2004) citado por Carvalho (2012), a introdução de formação foi positivamente percecionada por uma amostra de cuidadores formais, tendo sido considerada uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora da melhoria de cuidados prestados a idosos. Para Ferreira (2012) os programas de formação para cuidadores que reúnem a aquisição de competências e conhecimentos são uma mais-valia para a qualidade do cuidado ao idoso.

Para ir ao encontro desta melhoria implementou-se um plano de formação de modo a aumentar os conhecimentos das AAD no processo de Comunicação ao idoso dependente, sendo que avalei os conhecimentos já existentes adquiridos na experiência prática das mesmas. Este interesse deveu-se ao facto de ser um profissional de saúde que ao prestar cuidados em contexto domiciliário aos idosos dependentes detetei algumas necessidades por parte destes cuidadores.

Para nortear todo o projeto recorreu-se ao modelo teórico de Betty Neuman pois conduziu à colheita de dados, ao estabelecimento do diagnóstico de enfermagem e à interpretação dos resultados de forma sustentada.

2.5- MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

O Modelo de Enfermagem de Neuman (1995) assenta na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, em constante interação com stressores ambientais (Freese em Tomey Alligood, 2004).

Para Neuman a enfermagem é uma “profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress” (Neuman, 1982 citado por Freese em Tomey Alligood, 2004: 340).

De acordo com a abordagem sistémica, é o contexto intrasistémico que define o grupo populacional ao nível fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento. Estas cinco variáveis interagem com o contexto intersistémico e extrasistémico do grupo populacional e são apreciados de acordo com oito subsistemas que se inter-relacionam: a saúde e segurança, o educacional, o sócio cultural, o de recreação, o de comunicação e transportes, o económico, a legislação, a política e religião.

Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Neste projeto de intervenção o sistema cliente, ou seja, o grupo populacional foram as AAD das 3 instituições selecionadas. O sistema das AAD é visto como um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Freese em Tomey Alligood, 2004).

Em relação ao conceito de saúde, esta é vista como um contínuo do bem-estar ao mal-estar, de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. “O bem-estar (...) indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas” (Neuman, 1995, citado por Freese em Tomey Alligood, 2004: 340).

O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com o sistema das AAD. “Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (Freese em Tomey Alligood, 2004: 340). O ideal é a aquisição de uma excelente estabilidade no sistema. O sistema AAD, como sistema aberto, é propenso a encontrar ou manter, o equilíbrio, ou seja, manter-se em estado normal de bem-estar ou estado estável – Linha Normal de Defesa. No entanto, como o sistema é dinâmico, o modelo apresentado por Neuman possui uma Linha de Defesa Flexível, que é entendida como um *para-choques* protetor para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar, representado pela linha flexível de defesa. A relação das variáveis pode afetar o nível até ao qual as AAD são capazes de usar a sua linha flexível de defesa contra uma possível agressão de um stressor. Este modelo apresenta, também as Linhas de Resistência, que representam os fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor negativo (George, 2000; Freese em Tomey Alligood, 2004).

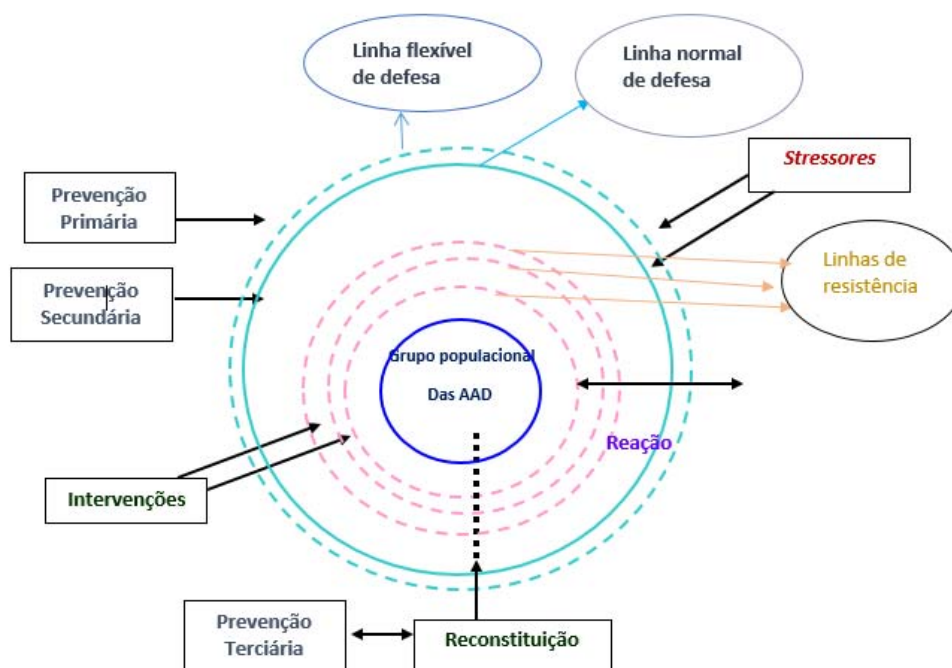


Figura 2- Adaptação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman

Para Neuman os stressores são capazes de efeitos positivos ou negativos. O stress e a reação ao stress são componentes básicos do sistema aberto. As forças stressoras são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema das AAD. Já as reações e os resultados podem ser positivos ou negativos, em que o grau de reação é a quantidade de energia necessária para que este grupo se ajuste aos stressores (Freese em Tomey Alligood, 2004).

De acordo com esta teórica, as intervenções de enfermagem são para ajudar a reter, atingir ou manter a estabilidade do sistema, podendo ocorrer antes, ou depois das linhas protetoras de defesa e de resistência serem penetradas nas fases de reação. Neuman identifica três níveis de intervenção: prevenção primária, secundária e terciária, contudo defende a intervenção inicial quando se suspeita ou se identifica um stressor – prevenção primária (Neuman, 1995). A prevenção primária ocorre antes do sistema reagir a um stressor, (ainda não ocorreu nenhuma reação), mas o grau de risco é conhecido, e inclui a promoção da saúde. Deste modo, neste projeto de intervenção as intervenções de enfermagem centram-se em ajudar o sistema AAD a atingir ou manter a estabilidade, ajudando-o a fazer os ajustes necessários para a prestação de melhores cuidados no âmbito da comunicação com o idoso.

3- PLANEAMENTO EM SAÚDE

No exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária impõem-se desafios e exigências, sobretudo no que diz respeito à otimização das suas competências e em particular no âmbito do planeamento em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades.

Imperatori e Giraldes (1993) definem planeamento em saúde como a racionalização da utilização de recursos escassos com vista a atingir alvos delineados, tendo como objetivo a redução de problemas de saúde considerados prioritários e que implicam a coordenação de esforços provenientes de vários setores socioeconómicos. Este planeamento deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composto pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação.

De acordo com Tavares (1990) o planeamento em saúde pode classificar-se em diferentes tipologias. Atendendo ao nível, o autor classifica-o de Normativo, Estratégico, Tático e Operacional. O projeto de intervenção comunitária que foi desenvolvido neste Estágio designado por “Capacitar para bem Comunicar” situa-se no nível operacional. O autor refere ainda que o planeamento operacional determina objetivos operacionais ou metas, com definição detalhada de tarefas, visando a otimização e maximização de resultados num período de curto prazo e está voltado para a eficiência na gestão de recursos.

3.1- ELABORAÇÃO DO PLANO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). É nesta fase inicial que se identificam os problemas de uma população e é o “ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori e Giraldes, 1993: 44)

A área para o desenvolvimento da intervenção de enfermagem no estágio decorreu da reunião inicial com a Enfermeira cooperante e com duas colegas de estágio e surgiu de uma inquietação sentida por mim enquanto profissional de saúde a trabalhar em Cuidados de Saúde Primários e a prestar cuidados em contexto domiciliário aos idosos dependentes, onde detetei algumas necessidades de formação por parte das AAD. Uma vez que não existia um diagnóstico definido era necessário realizá-lo de modo a identificar as necessidades dos cuidadores formais que prestam serviço no SAD.

Tendo em conta que não seria possível colmatar todas as necessidades detetadas tornou-se fundamental a definição de prioridades. A definição, escolha ou seleção de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento da saúde e é condicionada pela etapa anterior – diagnóstico de situação. Na definição das prioridades dever-se-á ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação (Imperatori e Giraldes, 1993). Neste sentido definiu-se o horizonte temporal e área de programação como é referido no projeto “Capacitar para bem comunicar” (ANEXO II).

A definição de população é muito variável e alguns autores classificam-na por tipologias, Stanhope e Lancaster (2011) referem que as categorias ou tipos de comunidade incluem comunidades definidas pelos seus limites geopolíticos, as suas interações (tais como entre escolas, serviços sociais e serviços governamentais) e as suas dimensões na resolução de problemas

Como critérios de inclusão para a participação no Projeto foram ser AAD e trabalhar nas IPSS selecionadas. Como critérios de exclusão, a não-aceitação em participar na intervenção ou a impossibilidade de deslocação para sessões de formação em grupo a realizar na Biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha.

Imperatori e Giraldes (1993) definem objetivo como um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema. O Projeto teve como população alvo as AAD das instituições do Chão da Parada, Salir do Porto e Carvalho Benfeito e como grupo alvo 24 AAD inscritas. O objetivo geral do projeto foi capacitar as AAD na melhoria do processo de comunicação com o idoso em contexto domiciliário.

Como objetivos específicos definiram-se:

- Sensibilizar os responsáveis das IPSS e das AAD para a necessidade de formação;
- Aumentar os conhecimentos das AAD na área da comunicação com o idoso.

Relativamente à seleção de estratégias, Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que esta fase diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde.

No âmbito do projeto foram estabelecidas relações de parceria com a USP Zé-povinho, ACES Oeste Norte e as 3 IPSS que participaram no projeto. Segundo Stanhope (1999), parceiro ou relação de parceria é uma relação entre indivíduos, grupos ou organizações em que as partes trabalham em conjunto para atingir uma meta comum. É também visto como sinónimo de aliança, em que as partes estão focadas, em conjunto, e envolvidas em todas as fases do processo, como a implementação de um programa específico. As parcerias geralmente envolvem partilha de poder. Como parceiros deste projeto salienta-se as 3 IPSS (Salir o Porto, Chão da Parada e Carvalho Benfeito), as suas respetivas Diretoras técnicas, a USP Zé-povinho, o Centro de Saúde (CS) das Caldas da Rainha e a Enfª Cooperante.

Tendo em conta a necessidade de se realizar o Diagnóstico de Situação para conhecer as características do grupo alvo e também para a necessidade de fazer a análise sistémica do grupo populacional com base no modelo teórico de Betty Neuman, utilizou-se uma ficha de inscrição para a colheita de dados (Anexo III) e um guião de entrevista aos informantes-chave (Anexo IV).

A entrevista a informantes chave é um dos quatro métodos de colheita direta de dados (Stanhope e Lancaster, 2011). Realizou-se então uma entrevista semiestruturada, que segundo Quivy e Campenhoudt (2005) não é inteiramente aberta nem orientada por um grande número de perguntas precisas. O entrevistador vai conduzindo a entrevista para os objetivos previamente delineados. A entrevista foi concretizada com linguagem simples para que fosse facilmente entendida pelos informantes-chaves. A carta explicativa do projeto com o consentimento informado estão presentes no (Anexo V).

As questões abertas segundo Fortin (2009) têm a vantagem de estimular o pensamento livre do participante. Os informantes-chave selecionados foram as três diretoras técnicas das 3 IPSS bem como 1 AAD de cada uma destas instituições. Com estas entrevistas obteve-se um conhecimento mais profundo da realidade deste grupo populacional bem como das suas necessidades. Recorreu-se à análise de conteúdo destas entrevistas (Anexo VI). Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens; é um tratamento de informação contida nas mensagens.

A codificação passou pela identificação das categorias em cada questão, facilitando deste modo a análise do conteúdo dos discursos.

A caracterização do grupo alvo foi realizada através de uma ficha de inscrição preenchida pelas AAD inscritas. De uma forma sucinta, as principais conclusões da análise desta foram: 96 % das AAD são do sexo feminino, 79% têm idade compreendida entre os 40 a 59 anos, 71% é casada e 96% têm nacionalidade Portuguesa. Cerca de 29% possui o Ensino Secundário, 21% têm o 1º Ciclo Ensino Básico, 25% o 2º Ciclo Ensino Básico e 75% trabalha 30 a 39 horas por semana, sendo que 100% deste horário é no regime Fixo e 46% tem um contrato de trabalho efetivo

Relativamente à Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente 63% possui Cursos de Apoio à família e comunidade e Cursos de Geriatria. Em relação à pergunta há quanto tempo realizou a última formação: Menos de 1 ano (37%); 1 a 2 anos (17%); Mais de 2 anos (25%). Salienta-se que a esta pergunta 21% não respondeu.

Em relação há quanto tempo exerce a atividade profissional de cuidador/a as respostas foram: menos de 1 ano (33%); 1 a 5 anos (17%); 6 a 10 anos (33%) e mais de 10 anos (17%).

Relativamente ao tempo de experiência enquanto cuidador na instituição 29% exerce há menos de 1 ano, 24% exerce há cerca de 1 a 5 anos, 33% exerce entre os 6 a 10 anos, sendo que as restantes (13%) já estão há mais de 10 anos na Instituição. É possível analisar estes dados de forma mais exaustiva no (Anexo VII).

As questões éticas foram salvaguardadas através dos consentimentos já referidos, pelo anonimato das participantes, confidencialidade e segurança dos dados.

De modo a estruturar a intervenção comunitária recorreu-se à caracterização do grupo populacional mobilizando o Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman (1995), especificada no ponto seguinte.

3.1.1- Caracterização do Grupo Populacional face ao Modelo de Betty Neuman

Como já foi descrito, Neuman faz referência a parâmetros de apreciação da comunidade como cliente, o núcleo da comunidade, os seus subsistemas, as linhas de defesa, linhas de resistência, os stressores e o grau de reação.

Estes parâmetros funcionaram então como referencial para a caracterização deste grupo populacional. A análise da informação retirada das entrevistas aos informantes-chave, bem como as questões das fichas de inscrição aplicados às AAD deram um contributo muito importante para a apreciação da Comunidade. A entrevista a informantes chave consiste num diálogo direto com membros selecionados da comunidade, relativamente a outros membros, ou acontecimentos da comunidade, sendo essencial para a efetiva produção de dados (Parker, Barry e KING, 2000 citado por Stanhope e Lancaster, 2011).

A apreciação da comunidade segundo o Modelo de Betty Neuman será apresentado nos quadros seguintes.

Quadro 1- Apreciação das Entrevistas segundo o Modelo de Betty Neuman

Caraterização segundo o Modelo de Betty Neuman	Achados das entrevistas
Linha de defesa - Nível de saúde do grupo populacional:	
✓ Estabilidade profissional	46% das AAD possuem um tipo de contrato efetivo 100% das AAD realizam um horário de trabalho fixo
✓ Experiência Profissional	67% das AAD exercem a atividade profissional há mais de 1 ano 71% das AAD são cuidadoras há mais de 1 ano na instituição a que pertencem E 6- "...é também uma equipa experiente."
✓ Responsabilidade Profissional	E 5- "Elas tentam prestar os cuidados da melhor forma para não errarem com o utente..." E 1- "As AAD têm uma função muito exigente e de grande responsabilidade, têm de ter um

	<p>controle emocional muito grande, têm de ter uma preparação muito grande.”</p> <p>E 1- “... são um elemento crucial a nível de intervenção social.”</p> <p>E 5- “Elas detetam novas situações e reportam sempre à enfermagem...têm sempre essa consciência de pedir ajuda e esclarecer dúvidas.”</p>
<p>Linha de resistência - Mecanismos internos que agem em defesa dos stressores – Forças da comunidade:</p> <p>✓ Formação na área dos cuidados ao idoso</p> <p>Trabalho em Equipa</p>	<p>63% das AAD possuem formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente.</p> <p>75% das AAD consideram que deve ser realizada formação de forma anual na instituição.</p> <p>E 2- “... algumas de nós têm feito algumas formações, sobre avaliação de glicémias, cuidados de higiene, em primeiros socorros...”</p> <p>E 3- “Algumas fizeram formação no âmbito da ética profissional, gestão de conflitos e alimentação.”</p> <p>E 5- “Há pouco tempo, em parceria com outra IPSS, 4 funcionárias fizeram formação na área de Geriatria...”</p> <p>E 1- “É uma boa equipa, com muita sensibilidade; equipa unida.”</p> <p>E 1- “São para muitos utentes como família...”</p> <p>E 2- “Há uma boa comunicação na equipa, resolvemos bem os problemas entre nós e comunicamos à chefe alguns assuntos mais difíceis a resolver.”</p> <p>E 6- “Toda a equipa se relaciona bem...”</p>
<p>Stressores - Produtores de tensão com potencial de causar desequilíbrios no sistema:</p> <p>✓ Défice de formação</p>	<p>37% das AAD não possuem formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente.</p>

<p>✓ Exigência dos utentes/família à resposta do serviço das AAD</p>	<p>E 1- “Gostavam de ter conhecimentos sobre o ciclo de vida, o processo de envelhecimento...”</p> <p>E 5- “A algumas funcionárias falta um pouco de ‘saber comunicar’ e de saber manter o sigilo profissional com os utentes, um pouco de ética profissional (...) muitas vezes não sabem usar a comunicação.”</p> <p>E 1- “Os conhecimentos não são suficientes, precisam de mais formação...”</p> <p>E 2- “... não fazemos reciclagem da formação que recebemos na fase inicial.”</p> <p>E 4- “Não tenho formação na área, só experiência profissional e a nível pessoal.</p> <p>E 5- “Damos apoio a 39 utentes em SAD, muitos com grande dependência.”</p> <p>E 1- “Há uma grande exigência por parte dos utentes e grande diversidade de culturas, crenças em cada utente.”</p> <p>E 3- “... a exigência dos utentes e familiares vem trazer muitos constrangimentos, essencialmente às AAD”</p>
<p>Grau de reação - Desequilíbrio que resulta do impacto dos stressores nas linhas de defesa na comunidade:</p> <p>✓ Dificuldades sentidas no contexto de cuidados</p>	<p>E 1- “referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família.”</p> <p>E 2- “É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes.”</p>

O contexto intersistémico dos grupos populacionais engloba o sistema de prestação imediata de cuidados de saúde, por exemplo, organizações de voluntários, hospitais ou serviços de saúde. A apreciação do contexto intersistémico dos grupos populacionais deve incluir dados relevantes dos subsistemas de prestação imediata de cuidados de saúde.

Os contextos intersistémico e extrasistémico dos grupos populacionais como cliente são apreciados de acordo com oito subsistemas: Saúde e Segurança, Sócio Cultural, Educacional, Comunicação e Transportes, Recreação, Económica, Legislação e Política e Religião.

Quadro 2- Análise do contexto extrasistémico e intersistémico do grupo populacional das AAD

SUBSISTEMAS	CONTEXTO EXTRASISTÉMICO	CONTEXTO INTERSISTÉMICO
EDUCATIVO	Programa Qualifica Direção Geral do Ensino Superior- Maiores de 23	Cencal Gabinete Universidade Sénior Rainha D ^a Leonor Formação interna nas IPSS Escola Técnica Empresarial do Oeste Biblioteca Municipal das Caldas da Rainha
RECREATIVO E DE LAZER	_____	Centro Social Paroquial N ^a Sr ^a das Mercês Centro Recreativo e Cultural de Salir do Porto Museu José Malhoa; Museu da Cerâmica e Museu do Hospital Banda Comercio e indústria Orquestra Ligeira monte Olivetti Caldas Futebol clube
SAÚDE e SEGURANÇA	Direção Geral de Saúde Plano Nacional de Saúde 2012- 2016-Extensão 2016-2020 Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2006 (PNSPI)	PSP Caldas da Rainha GNR Caldas da Rainha Bombeiros Voluntários Caldas da Rainha e de São Martinho do Porto CHO-Caldas Laboratórios de Análises UCC Caldas da Rainha (ECCI) USF Tornada; USF Rainha D ^a Leonor; USF Bordalo Pinheiro UCSP Caldas da Rainha USP Caldas da Rainha Farmácias do Concelho de Caldas

		<p>Recolha e Tratamento de resíduos</p> <p>Caldas da Rainha</p> <p>Saneamento Básico</p> <p>Cantina Social Caldas da Rainha</p> <p>Banco Local de Voluntariado</p> <p>Banco Alimentar do Oeste</p> <p>Clinicas e Hospitais não pertencentes à rede do SNS</p>
POLÍTICO E SEGURANÇA	<p>Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social</p> <p>Ministério da Saúde</p> <p>Ministério da Administração Interna</p> <p>ARSLVT(Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo)</p>	<p>Câmara Municipal de Caldas da Rainha</p> <p>Junta de Freguesia de Caldas da Rainha;</p> <p>Junta da União de Freguesias Tornada e Salir do Porto;</p> <p>Junta de Freguesia Carvalhal Benfeito</p>
SÓCIO CULTURAL	<p>Ministério da Cultura</p>	<p>Associação Social e Cultural Paradense</p> <p>Associação Desportiva e Recreativa de Carvalhal Benfeito</p> <p>Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto</p> <p>Centro Cultural e de Congressos de Caldas</p> <p>Página da Câmara Municipal de Caldas da Rainha -na rede Web</p> <p>Revista Municipal da Câmara de Caldas da Rainha</p> <p>Jornal das Caldas e a Gazeta das Caldas; Jornal Digital Oeste Global</p> <p>IPSS</p> <p>Lares de Idosos</p>
RELIGIOSO	_____	<p>Templos Católicos, Evangélicos, Batistas e Testemunhas de Jeová</p>
COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE	<p>Rede Nacional de Expressos</p> <p>Comboios de Portugal</p> <p>A8;A1; N8</p> <p>Rede de Estradas Nacionais</p>	<p>Transportes Urbanos (Toma)</p> <p>Rodoviária do Oeste (Carreiras normais, Rede de Expressos)</p> <p>Comboio</p> <p>Táxis</p>

		Ligação à A8; N8 Rede de Estradas municipais
ECONÓMICO	Entidades bancárias, Comércio Nacional, Indústria Nacional	Parque Industrial de Caldas da Rainha; Entidades bancárias, Serviços de comércio, Hipermercados, Indústria diversa Feiras diárias, semanais, mensais e sazonais

- **CONTEXTO INTRASISTÉMICO**

A apreciação deste grupo populacional no contexto intrasistémico refletiu as características fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, características do Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman. Estas cinco variáveis interagem com o contexto intersistémico e extrasistémico.

Quadro 3-Análise do contexto intrasistémico do grupo populacional das AAD

CONTEXTO INTRASISTÉMICO	
Variáveis	Sistema Cliente
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas osteoarticulares ✓ Comportamentos de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Adoção de más posturas corporais na execução dos posicionamentos e transferências com idoso (verbalizado pelas AAD na sessão de formação “Posicionamentos e transferências”)
Variáveis	Sistema Cliente

<p>Psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Foi uma escolha pessoal: <ul style="list-style-type: none"> • Sim: 83% • Não: 17% ✓ Caraterização do nível de formação pelas AAD: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente: 12% • Suficiente: 25% • Bom: 58% • Muito Bom: 4% • Excelente: 0% ✓ Caraterização do nível de cuidados prestados pelas AAD: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente: 0% • Suficiente: 17% • Bom: 71% • Muito Bom: 12% • Excelente: 0%
<p>Variáveis</p>	<p>Sistema Cliente</p>
<p>Sociocultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexo: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino: 4% • Feminino: 96 % ✓ Idade <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 20 anos: 0% • 20 a 39 anos: 13% • 40 a 59 anos: 79% • 60 ou mais anos: 8% ✓ Estado civil <ul style="list-style-type: none"> • Solteiro/a: 17% • Casado/a: 71% • Divorciado/a: 12% • Viúvo/a: 0% ✓ Nacionalidade: <ul style="list-style-type: none"> • Portuguesa: 96% • Outra: 4% ✓ Habilitações Literárias: <ul style="list-style-type: none"> • 1º Ciclo Ensino Básico: 21% • 2º Ciclo Ensino Básico: 25%

	<ul style="list-style-type: none"> • 3º Ciclo Ensino Básico: 17% • Ensino Secundário: 29% • Ensino Superior: 8% • Ensino Profissional: 0% <p>✓ Nº horas trabalho semanal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 20 horas: 4% • 20 a 29 horas: 0% • 30 a 39 horas: 75% • 40 ou mais horas: 21% <p>✓ Regime de horário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotativo: 0% • Fixo: 100% <p>✓ Tipo de Contrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo Certo: 38% • Efetivo: 46% • Prestação de serviços: 4% • Outro: 12%
Variáveis	Sistema Cliente
Desenvolvimento	<p>✓ Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim: 63% (Cursos de Apoio à família e comunidade e Cursos de Geriatria) • Não: 37% <p>✓ Realização da última formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano: 37% • 1 a 2 anos: 17% • Mais de 2 anos: 25% • Não respondeu: 21% <p>✓ Tempo de exercício da atividade profissional de cuidador/a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano: 33% • 1 a 5 anos: 17% • 6 a 10 anos: 33% • Mais de 10 anos: 17% <p>✓ Tempo de experiência enquanto cuidador na instituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano: 29% • 1 a 5 anos: 24%

	<ul style="list-style-type: none"> • 6 a 10 anos: 33% • Mais de 10 anos: 13%
Variáveis	Sistema Cliente
Espiritual	Não foi avaliado

A análise dos dados sobre os contextos intra, inter, extrasistémico é feita para determinar o impacto dos Stressores sobre o sistema cliente assim como para avaliar a força das Linhas de Resistência para fazer face aos mesmos e à sua capacidade de reconstituição, quando necessária.

De acordo com a teoria dos sistemas um stressor numa parte do sistema tem implicações na instabilidade de todas as outras.

A interpretação e análise da apreciação do sistema cliente permitiu a definição do Diagnóstico de enfermagem que determinou o delineamento da intervenção. Nesta ótica, esta apreciação foi basilar no recorrer das intervenções realizadas ao longo do projeto.

“Os diagnósticos de enfermagem comunitária clarificam quem é o cliente dos cuidados (...), fornecem uma apresentação identificando os problemas enfrentados pelos clientes, e identificam fatores que contribuem para o problema” (Stanhope e Lancaster, 1999:323).

O diagnóstico de enfermagem foi realizado utilizando a terminologia do modelo de Betty Neuman, para os problemas atuais ou potenciais relacionados com os stressores.

SISTEMA CLIENTE – Grupo populacional das AAD das 3 Instituições (Salir do Porto, Chão da Parada e Carvalhal.

- ❖ **Ameaça à linha de defesa das AAD’s relacionada com stressores intrapessoais: obstáculos à comunicação com o idoso/família**

É de salientar que a formulação do diagnóstico de enfermagem comunitário foi feito em conjunto com as restantes colegas de estágio, uma vez que o grupo populacional e o fenómeno de interesse foi o mesmo. Os outros dois diagnósticos foram:

- ❖ **Ameaça à linha de defesa das AAD’s relacionada com stressores intrapessoais: evidenciado por dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto;**
- ❖ **Ameaça à linha de defesa das AAD’s relacionada com stressores intrapessoais: evidenciado por défice de formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e em primeiros socorros**

Atendendo aos problemas que foram levantados, considerei pertinente que a intervenção se centrasse na área da comunicação e no processo de envelhecimento visto ir ao encontro da minha inquietação enquanto profissional.

Com a análise do grupo à luz do Modelo teórico de Betty Neuman e com a identificação do diagnóstico de enfermagem foi possível passar para o próximo passo - a Preparação da Execução outra das fases do Planeamento em Saúde.

3.2- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Para fundamentar as intervenções a realizar no projeto, procedeu-se à procura da melhor evidência científica (prática baseada na evidência) com recurso à Revisão Sistemática da Literatura.

3.2.1- Revisão Sistemática da Literatura

No sentido de orientar e de preparar as formações futuras de forma científica e com a metodologia adequada e eficaz para o projeto de intervenção com as AAD, procurou-se a mais recente evidência científica, para uma Prática de Enfermagem Baseada na Evidência.

O conhecimento não é estanque estando em constante desenvolvimento e este facto implica a possibilidade de encontrarmos, na prática, atitudes desvinculadas dos últimos achados científicos. Nas profissões da área da saúde, o acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisas já é atualmente uma prática impossível quando o profissional não prioriza uma determinada especialidade e, mesmo assim, a tarefa continua a ser difícil, uma vez que deverá planear o seu tempo para periodicamente, proceder à seleção, leitura e análise dos estudos publicados na área de escolha (Dominique e Ide, 2003).

Para Atallah e Castro (1998) a Prática Baseada em Evidências (PBE) consiste no uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão.

A Prática Baseada na evidência sustenta-se num tripé que considera:

- A síntese da melhor evidência externa ou de pesquisa;
- A experiência do profissional;
- Os valores e preferências da pessoa, isto é, centrada na pessoa e na família.

O protocolo desenvolvido para esta RSL encontra-se no Anexo VIII. A concetualização teórica permitiu sustentar e orientar a pesquisa sobre a temática e conduziu à formulação da questão de pesquisa no formato PICO: **“Como promover a capacitação (Intervention) das ajudantes de ação direta (Population) na melhoria do processo de comunicação (Context)” com a pessoa idosa em contexto domiciliário?**

Com base na questão formulada definiram-se as palavras-chave *Enfermeiro, Educação, Cuidadores Formais e Comunicação*. Através da pesquisa na plataforma Mesh Browser identificaram-se os descritores: Nurs, Education, Home Health Aides e Communication.

A partir destes descritores avançou-se para o próximo passo - a seleção de artigos que permitissem compreender como se capacita as AAD na melhoria do processo de comunicação com a pessoa idosa em contexto domiciliário.

Para ir ao encontro deste objetivo procedeu-se à pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL, Medline Complete, Medclatina, Pubmed e Proquest. A pesquisa foi realizada no dia 4 de Julho de 2016, no Distrito de Santarém, pelas 19 horas, na Escola Superior de Saúde de Santarém com a seguinte expressão de pesquisa: " Nurs*"and " Education" and "Home Health Aides" and "Communication".

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes:

- PUBMED: Free full text; 10 years; Humans.

- PROQUEST: Texto completo; Mulheres; Homens; Data publicação (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); Tipo de documento (Artigo e Artigo Principal); Idioma (Espanhol, Inglês, Português); Faixa etária (Adulto 19-44; Meia idade 45-64).

-CINAHL Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Publicação (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); Língua inglesa; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Sexo (tudo); Faixa etária (All Adult); Texto completo em PDF.

- Medline Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); Resumo disponível; Humano; Sexo (tudo); Faixa Etária (All Adult 19 + years);

- Medclatina: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); texto completo em PDF.

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados inicialmente 181 artigos, sendo 5 repetidos. Foram lidos os títulos e resumos de 176 artigos que não se enquadravam no objetivo desta revisão sistemática de literatura. Restaram 5 artigos para elegibilidade, sendo que 3 destes não davam resposta à questão PICO formulada. Deste modo elegeram-se 2 artigos para proceder à avaliação metodológica a partir do instrumento Qari (Anexo VIII-Protocolo de revisão sistemática de Literatura)

Da análise dos 2 artigos foi possível extrair:

Quadro 4-Análise do 1º artigo

Título	Interactions and Relationships in Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care Workers
Autor	Dena Shenk
Publicação	Cult Med Psychiatry- Published online: 27 April 2012
Objetivo	-verificar os pontos de vista, atitudes e traços dos cuidadores de cuidados diretos e compreender ainda a importância das relações e da comunicação no cuidar
Desenho do Estudo Material e métodos	Abordagem Qualitativa Metodologia qualitativa com recurso a análise de narrativas
População Amostra e Participantes/Contexto	Trabalhadores de cuidados diretos em domicílio

	<p>Quinze trabalhadores cuidados diretos na comunidade</p> <p>Comunidade-Charlotte, Carolina do Norte.</p>
Colheita de dados Tratamento e análise	Análise de Conteúdo de Entrevistas e Narrativas
 Conclusões	<p>Com o envelhecimento da população a aposta nos cuidadores formais na comunidade é uma resposta perante o desafio do envelhecimento. Estas cuidadores desenvolvem cuidados à pessoa com dependência, mas valorizar as interações entre cuidador/utente, cuidador/família, cuidador dentro da equipa de trabalho é de extrema importância. Neste ponto deve valorizar-se a comunicação e uma atitude positiva de modo a ter um bom ambiente de trabalho e a prestar cuidados de qualidade elevada. Embora muitas vezes nestes cuidadores se enfoque a importância de não se deixarem envolver emocionalmente, este artigo dá contributos no sentido de se valorizar mais a importância do toque, do sorriso, da parte emocional e comunicacional de modo a tornarem-se bons cuidadores na procura da elevada qualidade de cuidados. É ainda de salientar que a forma como estes cuidadores lidam com os problemas na sua vida pode ter impacto no dia-a-dia do trabalho.</p>

Quadro 5-Análise do 2º artigo

Título	Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker
Autor	Margaret Devlin e Sonja McIlfratrick
Publicação	International Journal of Palliative Nursing 2010, Vol 16, No 4
Objectivo	Conhecer o papel e as experiências dos trabalhadores em cuidados domiciliários paliativos em fim-de-vida. Explorar as perceções dos enfermeiros da comunidade sobre o papel dos cuidadores formais em cuidados paliativos e de fim de vida para identificar o treino, suporte e necessidades de supervisão de trabalhadores de cuidados a domicílio em cuidados paliativos e de fim de vida.
Desenho do Estudo Material e métodos	<p>Abordagem de métodos mistos.</p> <p>Questionário (dados qualitativos e quantitativos) para obter os pontos de vista dos trabalhadores domiciliários;</p>

	Entrevistas aos enfermeiros comunitários
População Amostra e Participantes/Contexto	Trabalhadores de cuidados em domicílio e enfermeiros comunitários. 236 trabalhadores domiciliários e 6 enfermeiros comunitários Cuidados Domiciliários no Reino Unido
Colheita de dados Tratamento e análise	Foram usados os seguintes instrumentos de colheita de dados: Questionário e Entrevistas Foi usado o software IBM SPSS versão 16.
Conclusões	Os cuidadores formais dão um contributo significativo para satisfazer as necessidades holísticas dos utentes que necessitam de cuidados em fim de vida. O papel destes trabalhadores precisa de ser mais clarificado para evitar inconsistências na prática e na criação de expectativas irreais tanto para os próprios como para os utentes e famílias. Além da importância da clarificação do seu papel existem também as necessidades de educação e formação que devem ser realizadas em várias áreas. A importância da comunicação é importante para a gestão de expectativas para o utente em fim de vida. Desta necessidade emerge então a importância do enfermeiro da comunidade, que deve desempenhar um papel de supervisor, de formador e de capacitador destes cuidadores formais. Desenvolver programas de educação e de formação bem como promover reuniões em grupo são uma estratégia para capacitar este grupo.

Após a procura da melhor evidência científica prosseguiu-se para a elaboração das sessões de formação para as AAD com base nos contributos dos artigos e de toda a fundamentação teórica.

3.3- EXECUÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DAS SESSÕES

Procedeu-se à divulgação do projeto nas 3 instituições através de um cartaz (Anexo IX). Recorreu-se a uma ficha de inscrição para a participação das AAD nas sessões. De seguida fizeram-se as diligências necessárias para encontrar um local para a realização da intervenção, sendo o local designado a biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha.

Construiu-se também uma folha de registo de assiduidade (Anexo X), um Certificado de Presença (Anexo XI) para entregar às AAD no fim da intervenção, elaborando-se ainda um manual de apoio para deixar nas IPSS com os conteúdos abordados (Anexo XII) bem como os planos de sessão (Anexo XIII).

Após assegurar todos os processos formais desenvolveram-se as sessões de formação.

3.3.1- Sessões Formativas

A 1ª sessão decorreu na biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha, foi frequentada por 20 AAD e tinha como objetivos: que as formandas compreendessem o processo de Envelhecimento, percebessem o conceito de Envelhecimento e dependência, aprendessem as alterações que o envelhecimento traz à pessoa, percebessem as implicações do processo de envelhecimento nas necessidades humanas básicas e identificassem as respostas sociais à dependência. Recorreu-se ao método expositivo utilizando o Power Point (Anexo XIV). Nesta sessão utilizou-se ainda o método interativo, já que se teve em conta os conhecimentos já adquiridos pela AAD na sua prática. A sessão decorreu da forma planeada, dentro dos tempos previstos, tendo sido transmitidos todos os conteúdos e objetivos propostos.

Na 2ª sessão foi possível contar com 17 AAD sendo a sessão em que se abordou a comunicação interpessoal e os conflitos interpessoais tendo como objetivos que as formandas compreendessem a importância da assertividade na comunicação, percebessem o que se deve ter em conta na comunicação com o idoso e compreendessem algumas estratégias de resolução de conflitos interpessoais. Nesta sessão utilizou-se o método expositivo com o recurso à apresentação por Power Point (Anexo XV). Recorreu-se ainda ao método interativo já que foi possível efetuar uma dinâmica de grupo. Esta dinâmica consistia em pedir às formandas para se levantarem e pegarem na ponta de um novelo de lã, sendo questionado o que poderia dar origem a um conflito. Quando chegou à última formanda foi pedido para enrolarem novamente o novelo mas por cada uma que passasse o novelo tinha que dar soluções para a resolução de conflitos. Esta estratégia demonstrou ser muito bem aceite pelo grupo. A dinâmica do 'novelo de lã foi apresentado por Torrego Seijo (2003) tendo sido idealizada para mediar conflitos em instituições escolares (Silva, Salazar e Poças, 2015).

É ainda de salientar que independentemente do nível de conhecimento do formador e da qualidade da relação, é fundamental uma forte organização dos materiais para que ocorra a aprendizagem (Stanhope, 2011). A sessão decorreu da forma planeada, dentro dos tempos previstos (2horas), tendo sido transmitidos todos os conteúdos e objetivos propostos.

De acordo com Sackett et al (1996) citado por Stanhope (2011), sem a melhor e mais recente evidência científica, a prática corre o risco de rapidamente ficar desatualizada prejudicando o cliente. A realização destas 2 sessões veio ao encontro dos achados que foi possível encontrar na RSL, na medida em que o enfermeiro deve funcionar como um formador e um capacitador deste grupo. Áreas como a comunicação são uma das que se deve apostar em termos de formação.

No final de ambas as sessões, foi solicitado aos formandos o preenchimento de uma ficha de avaliação anónima (Anexo XVI), no sentido de se avaliar a sessão na perspetiva das formandas. Também se elaborou uma ficha de avaliação de modo a avaliar como tinham decorrido ambas as sessões do ponto de vista do formador (Anexo XVII).

Das breves conversas pós formação, os formandos transmitiram que sentiam necessidade de terem mais formação e que estavam a gostar muito de estar ali a aprender, demonstrando disponibilidade para novas iniciativas. Analisando-se esta intervenção de enfermagem, segundo o

modelo sistémico de Betty Neuman, pode-se afirmar que foi uma mais-valia para este grupo, pois foi notória a melhoria dos conhecimentos destas como vai ser possível demonstrar no ponto da avaliação.

Esta resposta dirigida especificamente a cada comunidade/grupo de pessoas, pode ser um caminho passível de se seguir ao encontro da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, pois a OE (2011) no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública refere que perante as novas necessidades em saúde, urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade.

3.4- AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento podendo ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir). Segundo Tavares (1990), a principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.

Na perspectiva de Bittar (2001) indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como uma orientação para monitorizar e avaliar a qualidade de cuidados prestados ao paciente e as atividades dos serviços de suporte.

Em relação aos indicadores, estes são “uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”, e podem ser divididos em dois tipos:

- indicadores de resultado ou de impacto – têm como finalidade “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77);
- indicadores de atividade ou de execução – têm como finalidade “medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado” (Imperatori & Giraldes, 1993: 78).

O conceito de melhoria da qualidade e resultados em enfermagem surge com maior frequência pela necessidade que a profissão tem de demonstrar a sua efetividade. De facto, a transformação dos sistemas de prestação de cuidados de saúde e a emergência de novos modelos de gestão e governação, desafiam as profissões da saúde a demonstrarem e documentarem a qualidade da sua contribuição para a saúde das pessoas (Amaral 2010).

Para este projeto foram delineados indicadores de atividade e de resultado, que se apresenta de seguida.

Quadro 6- Indicadores de avaliação

Indicadores	Meta	Resultado Final
<p>Indicador de Atividade – Adesão à entrevista:</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de entrevistas respondidas(6)}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas sinalizadas para as entrevistas (6)}} \times 100$</p>	100%	100%
<p>Indicador de Atividade – Adesão ao preenchimento do formulário:</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de formulários respondidos pelos colaboradores}}{\text{N}^\circ \text{ total de colaboradores inscritos}} \times 100$</p>	100%	100%
<p>Indicador de Atividade – Participação dos AAD na formação nº1</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD presentes na formação realizada (20)}}{\text{N}^\circ \text{ de total de AAD (24)}} \times 100$</p>	70%%	84%%
<p>Indicador de Atividade – Participação dos AAD na formação nº2</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD presentes na formação realizada (18)}}{\text{N}^\circ \text{ de total de AAD (24)}} \times 100$</p>	70%	79%
<p>Indicador de Atividade- Número de sessões realizadas</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões realizadas (2)}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões programadas (2)}} \times 100$</p>	100%	100%
<p>Indicador de resultado – Percentagem de respostas certas superior a 50% na ficha de avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos AAD aplicada no final da formação nº2</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas certas superior a 50\% (17)}}{\text{N}^\circ \text{ de total de testes realizados (17)}} \times 100$</p>	100%	100%
<p>Indicador de resultado – Percentagem de melhoria na classificação da ficha de avaliação final aplicada no final da formação nº2 em relação à ficha inicial de avaliação</p> <p>Média de resultados da ficha de classificação final - Média de resultados da ficha de classificação inicial</p>	10%	21%

Os resultados da avaliação são sempre o produto do trabalho efetuado e uma mais valia para dar visibilidade ao mesmo.

De seguida apresentam-se no quadro 7 os resultados do teste de avaliação de conhecimentos (Anexo XVIII) apresentada no princípio da primeira sessão e no fim da segunda sessão.

Quadro 7- Classificações das fichas de avaliação de conhecimentos

Código	Teste inicial	Teste final	Melhorou
1	90%	80%	Não
2	70%	100%	Sim
3	50%	100%	Sim
4	70%	Não realizou	Sem avaliação
5	70%	80%	Sim
6	80%	90%	Sim
7	70%	100%	Sim
8	80%	70%	Não
9	70%	Não realizou	Sem avaliação
10	70%	100%	Sim
11	70%	100%	Sim
12	80%	100%	Sim
13	80%	Não realizou	Sem avaliação
14	70%	100%	Sim
15	70%	100%	Sim
16	100%	100%	Manteve
17	70%	100%	Sim
18	60%	100%	Sim
19	60%	100%	Sim
20	80%	80%	Sim
Média Total Final	73%	94%	82%

Da análise deste quadro constatou-se que só foram consideradas as avaliações relativas a 17 participantes na medida em que só nestes casos foi possível ter acesso à 1ª avaliação e depois à avaliação final. Dos resultados verificou-se que existiu uma melhoria da avaliação da ficha inicial de conhecimentos (73%) para a final (94%). Daqui conclui-se que houve um aumento de conhecimentos das AAD relativamente aos temas abordados, principal objetivo do projeto. É ainda de salientar que, das 17 AAD, 2 elementos pioraram na avaliação final e 1 elemento manteve a classificação, 14 elementos melhoraram na classificação final, o que faz com que a intervenção tenha produzido resultados evidentes ao nível do aumento dos conhecimentos das AAD.

De seguida foi também importante traduzir a avaliação que as AAD realizaram de ambas as sessões.

O quadro seguinte traduz os resultados apurados em relação a ambas as sessões:

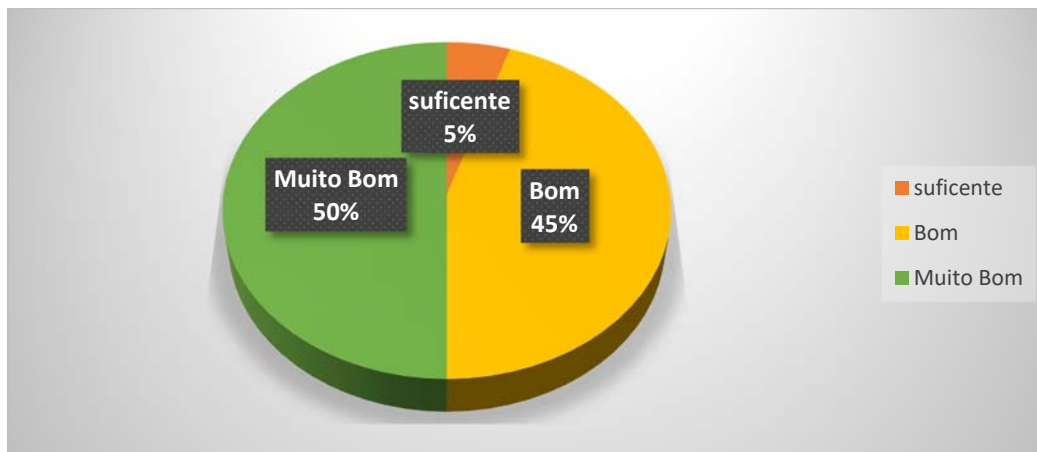
Quadro 8- Avaliação Global da 1ª sessão e 2ª sessão

Pergunta	Classificação da 1ª sessão em %			Total	Classificação da 2ª sessão em %			Total
	Suficiente	Bom	Muito Bom		Suficiente	Bom	Muito Bom	
Divulgação/Informação da sessão	5	45	50	100%	6	11	83	100 %
Grau de cumprimento dos objetivos	5	45	50	100%	6	28	66	100%
Pertinência dos conteúdos elaborados	5	45	50	100%	6	28	66	100%
Adequação dos conteúdos teóricos	10	40	50	100%	0	11	89	100%
Adequação das atividades práticas realizadas	15	40	45	100%	6	16	78	100%
Qualidade dos recursos utilizados nas sessões	0	50	50	100%	6	28	66	100%
Competência/desempenho do formador	0	15	85	100%	0	6	94	100%
Aumentos dos conhecimentos com a sessão	5	45	50	100%	0	25	75	100%
Ambiente relacional entre o formador e os formandos	0	15	85	100%	0	17	85	100%
Grau de Satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão	0	45	55	100%	0	28	72	100%

Para a construção do quadro não se introduziu o item nulo e fraco na classificação por nunca ter sido preenchido na avaliação das sessões por parte das formandas. Salienta-se que, em todos os itens a soma do Bom e do Muito Bom é sempre superior a 85% na 1ª sessão e a 90% na 2ª sessão, o que traduz uma avaliação bastante positiva acerca das temáticas abordadas nas sessões. Na 1ª sessão os itens mais pontuados são o item 7 e 9 que correspondeu à competência/desempenho do formador e ao ambiente relacional entre formador e formandos. Da 2ª sessão verificou-se que os itens mais pontuados são novamente o item 7 da competência e desempenho do formador e o item 4 que difere da 1ª sessão, estando este relacionado com a adequação dos conteúdos teóricos. Concluiu-se desta avaliação que a perceção relativamente a toda intervenção realizada foi muito positiva por parte das formandas.

No gráfico seguinte é possível avaliar o item 8 que corresponde ao aumento dos conhecimentos percecionados pelas formandas:

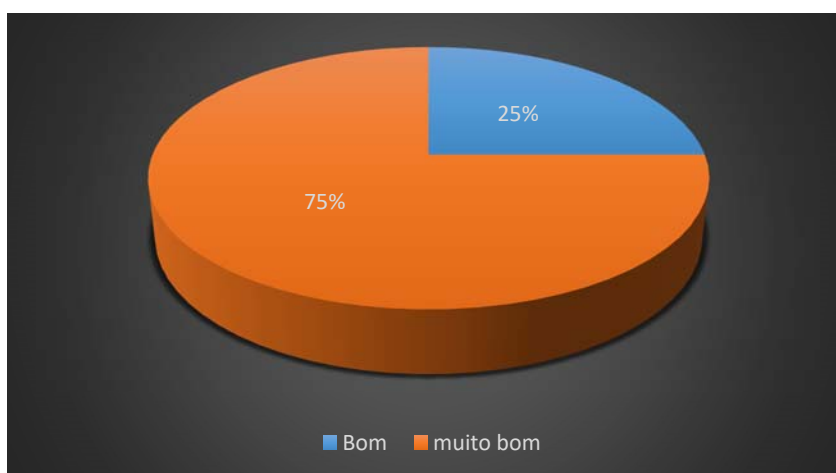
Gráfico 1- Aumento dos conhecimentos na 1ª sessão



Da análise deste gráfico concluiu-se uma perceção muito positiva, por parte das participantes, no aumento dos seus conhecimentos, na medida em que a classificação Muito Bom foi de 50% e do Bom foi de 45%.

No gráfico seguinte é possível avaliar o item 8 que corresponde ao aumento dos conhecimentos percecionados pelas formandas na 2ª sessão:

Gráfico 2- Aumento dos conhecimentos na 2ª sessão



Da análise deste gráfico constatou-se que 75% das formandas referiu que o aumento de conhecimentos foi Muito Bom e 25% Bom, o que reforçou mais uma vez a importância desta intervenção neste grupo populacional.

A **avaliação do projeto** foi **positiva** sendo traduzida pelos indicadores de atividade (nomeadamente o indicador que propunha que as formandas obtivessem mais de 50% no teste de

avaliação de conhecimentos) e de resultado, através da percentagem de melhoria na classificação da ficha de avaliação final aplicada no final da formação nº2 em relação à ficha inicial de avaliação. O aumento dos conhecimentos por parte das formandas traduziu-se pela melhoria da classificação das fichas de avaliação e pela perceção das mesmas aquando da avaliação das sessões de formação. Estas conclusões vão ao encontro de um estudo de Coffey (2004) citado por Carvalho (2012), em que referem que a introdução de formação foi positivamente percecionada por uma amostra de cuidadores formais, tendo sido considerada uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora da melhoria de cuidados prestados a idosos. Após estes factos pode-se afirmar que foi muito gratificante e enriquecedor todo este percurso.

Após a avaliação destes resultados, procedeu-se às diligências no sentido de publicar uma notícia nos jornais da região (Anexo XIX) de modo a dar visibilidade à intervenção e ao papel da Enfermagem Comunitária. De acordo com Ávilla et al (2013) a falta de visibilidade da Enfermagem está relacionada com a trajetória histórica da profissão, a falta de reconhecimento da Enfermagem como profissão que possui saberes científicos, à veiculação errónea da imagem da Enfermagem nos média e à ausência da realização de marketing por parte do enfermeiro. Realizou-se ainda um póster em conjunto com os colegas de estágio de forma resumida com os 3 projetos de intervenção individual para deixar nas 3 IPSS (Anexo XX).

4 - OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

No decorrer do Estágio foram ainda realizadas atividades propostas pela Enf^a Cooperante para a aquisição de outras competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária.

De seguida passa-se a enumerar de uma forma sumária as outras atividades que foram desenvolvidas:

- Realização de Ações de Sensibilização: “Cuidados com o Sol” dirigido a crianças do 1º Ciclo, com idades entre 6 e 12 anos, do Concelho da Nazaré no dia 04 de julho de 2016. Esta ação foi pedida por parte dos projetos “Onda de Oportunidades” à USP com o intuito de alertar e sensibilizar as crianças sobre a temática. Estas sessões, num total de 3, uma no período da manhã, realizou-se no Valado dos Frades e contou com a participação de 40 crianças, e duas no período da tarde realizadas na Biblioteca Municipal da Nazaré, com um total de 100 crianças na 1ª sessão, e 40 na 2ª. A avaliação das sessões foi através da técnica de dramatização interativa.
- Participação nas I Jornadas Pedagógicas do Aces Oeste Norte que decorreram nos dias 11 a 13 de julho de 2016. O tema das jornadas foi “A Saúde Escolar na Promoção do Sucesso Educativo” e foram incluídas no âmbito do Movimento Escola de Afetos em que o Aces Oeste Norte e Aces Arco Ribeirinho são Parceiros. É de realçar a apresentação de workshops e boas práticas em saúde escolar dinamizadas nas escolas destes agrupamentos.
- Construção de uma base de dados em Excel relativa aos internamentos compulsivos da área de influência da USP, de 2010 a 2016. Desta atividade salienta-se a quantidade de casos que continuam a aumentar na área da Saúde Mental. Realça-se que uma das principais conclusões que pude extrair deste trabalho está relacionada com o facto da Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) das Caldas da Rainha possuir uma Enf^a Especialista em Saúde Mental e desde que a mesma acompanha alguns dos casos, o número de internamentos compulsivos ter decrescido drasticamente, constituindo um sinal evidente de quanto a Enfermagem pode fazer diferença na Comunidade.

- Cooperação na elaboração do Manual de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO). Esta atividade permitiu ficar mais desperto para a variedade de doenças para as quais está legislada a notificação obrigatória e a importância do Enfermeiro Especialista na realização de Inquéritos Epidemiológicos e na Educação para a Saúde deles decorrentes.

- Observação da Consulta de Alcoologia, efetuada pela Enf^a Cooperante. O modelo subjacente a estas consultas centrava-se na mudança comportamental dos utentes, Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska e DiClemente, 1992).

5 - ANÁLISE CRÍTICA

O trabalho presente expõe toda a jornada de desenvolvimento de atividades constituindo uma retrospectiva com um caráter reflexivo e crítico, das atividades desenvolvidas neste estágio e o seu contributo na aquisição e desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem.

Atualmente as exigências de rigor quer técnico-científico quer financeiro, exigem uma prática sustentada em critérios rigorosos e evidência científica comprovada. O rigor metodológico e científico fundamenta as intervenções desenvolvidas e contribui para a visibilidade e reconhecimento da enfermagem aos mais diferentes níveis, quer junto dos cidadãos, quer ao nível político e governamental, como uma profissão de excelência e determinante para os ganhos em saúde das pessoas e comunidades.

Ao chegar ao estágio na USP Zé Povinho existia a necessidade de planejar uma intervenção comunitária. Imperatori & Giraldes (1993: 23) definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”. Seguindo estas premissas e em colaboração com a enfermeira orientadora deu-se início ao Projeto Capacitar para Bem Comunicar. Este projeto respondia a uma inquietação minha enquanto profissional a trabalhar nos Cuidados de Saúde Primários pois deparava-me com algumas situações que careciam de aumento de conhecimentos na área da comunicação por parte das AAD nos cuidados aos idosos dependentes em contexto domiciliário. Hoje em dia vivemos num mundo globalizado, em que pessoas e organizações competem e valorizam a prestação de mais e melhores serviços. O SAD trata-se de um serviço valorizado e preferido pela população idosa, já que permite a sua permanência em casa, reconhecendo-se, deste modo, a importância atribuída à sua habitação e à sua comunidade por parte dos idosos (Ferreira, 2014). O sucesso de uma organização depende do desempenho profissional que os seus elementos evidenciem ao serviço da mesma e por sua vez, o desempenho destes relaciona-se com as competências adquiridas e a forma como as transferem e mobilizam para a prática (Freitas, 2016). A aposta na formação dos profissionais de SAD é então uma mais-valia e uma resposta perante o desafio do envelhecimento da população.

Com a implementação do projeto de Intervenção pretendeu a obtenção de ganhos em saúde para o grupo populacional permitindo desta forma a aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2010). No quadro seguinte pretende-se relacionar de forma esquemática, as intervenções e atividades realizadas com as competências e alguns critérios de avaliação definidos.

Quadro 9- Relação entre as Intervenções e atividades desenvolvidas com as competências adquiridas

INTERVENÇÕES/ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS	CRITÉRIOS
-Definição do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária	1 - Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade
-Definição de objetivos -Definição de estratégias -Definição de atividades	1 - Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade 3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	G1.3.1. Define objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos. G3.1.2. Cooperar na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde.
-Execução da intervenção -Sessões de Formação - Parcerias -Entrega de Manual nas Ipss's -Publicação da notícia no jornal das Caldas	G1 - Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade G2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	G1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos. G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções G2.1.3 Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de

		<p>capacitação das comunidades</p> <p>G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.</p> <p>G2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.</p> <p>G2.3.4. Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.</p> <p>G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades.</p> <p>G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação.</p>
<p>Definição e avaliação dos indicadores</p> <p>-Avaliação do Projeto de intervenção</p> <p>-Construção da base de dados dos internamentos compulsivos</p>	<p>G1 - Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade</p> <p>G3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde</p> <p>G4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico</p>	<p>G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde</p> <p>G3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde.</p> <p>G4.1.2. Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica.</p>

Pesquisa bibliográfica -Prática baseada na evidência científica-RSL -Análise reflexiva das intervenções realizadas	G1 - Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade G2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades G4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na conceção do diagnóstico em saúde de uma comunidade G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde. G4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.
--	---	--

O Planeamento em Saúde e a forma como as etapas estão definidas, demonstrou ser um método eficaz na gestão de todo o projeto, de modo a dar resposta ao objetivo proposto. A aplicação das entrevistas aos Informantes-chave (Diretores técnicos e AAD de cada instituição) permitiu conhecer o grupo obtendo deste modo a informação das suas necessidades de formação. O planeamento de projetos eficazes e eficientes deve ser baseado na identificação das necessidades da população. A apreciação das necessidades pode ser conseguida, quer através da apreciação da população, quer da apreciação das necessidades da população (Stanhope e Lancaster, 2011). Os responsáveis das instituições devem estar sensibilizados para a importância da formação, pois dela depende a eficácia dos programas a implementar e a possibilidade de transformar o conhecimento adquirido em práticas mais consistentes e seguras para o bem-estar das pessoas idosas (Freitas, 2016)

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman revelou também ser um modelo de grande utilidade na intervenção Comunitária. A interpretação e análise de toda a apreciação do sistema cliente permitiu a definição do Diagnóstico de enfermagem e deu suporte ao delineamento da intervenção. Este modelo proporciona a “estruturação, organização e orientação para as intervenções de enfermagem” (Neuman, 1982: 11 citado por Beddome, 1995: 567-579). O diagnóstico de enfermagem foi “Ameaça à linha de defesa das AAD relacionada com stressores intrapessoais: obstáculos na comunicação com o idoso/família”. Estes obstáculos caracterizavam-se pelas dificuldades a nível comunicacional que as AAD por vezes têm em lidar com a família e com o idoso.

Para Ferrito (2007) a Enfermagem Baseada na Evidência é um meio de aplicar a melhor investigação clínica publicada, às práticas de enfermagem, facilitando assim a tomada de decisão na prática profissional.

A RSL é um processo de pesquisa com etapas que podem ser reproduzidas e por isso também se reveste de um carácter científico que vem fundamentar a tomada de decisão, apoiada na mais recente evidência científica. Da RSL elaborada emergiram 2 artigos:

O 1º artigo-“ Interactions and Relationships in Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care Workers” teve como principais conclusões que a aposta nos cuidadores formais na comunidade é uma resposta ao progressivo envelhecimento da população. Estas cuidadoras desenvolviam cuidados à pessoa com dependência, sendo as interações entre cuidador/utente, cuidador/família, cuidador dentro da equipa de trabalho, consideradas muito importantes. Deve-se valorizar a comunicação e uma atitude positiva de modo a ter um bom ambiente de trabalho e a prestar cuidados de elevada qualidade. Este artigo deu contributos no sentido de se valorizar mais a importância do toque, do sorriso, da parte emocional e comunicacional de modo a tornarem-se bons cuidadores na procura da qualidade de cuidados. Relativamente ao 2º artigo- “Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker”, as principais conclusões foram: Os cuidadores formais dão um contributo significativo para satisfazer as necessidades holísticas dos utentes que necessitam de cuidados em fim de vida. O papel destes trabalhadores precisa de ser mais clarificado para evitar inconsistências na prática e na criação de expectativas irreais, tanto para os próprios como para os utentes e famílias. Além da importância da clarificação do seu papel existem também as necessidades de formação que devem ser realizadas em várias áreas. A importância da comunicação mostra-se uma área relevante para o utente com dependência. Desta necessidade emerge então a importância do enfermeiro da comunidade, que deve desempenhar um papel de supervisor, de formador e de capacitador destes cuidadores formais. Desenvolver programas de formação bem como promover reuniões em grupo são uma estratégia para capacitar este grupo. Após encontrar a mais recente evidência foi possível passar à realização de duas sessões de formação para as AAD.

Durante as sessões de formação foi sempre dada a oportunidade às AAD interagirem com o formador, de forma a promover um ambiente gerador de aprendizagem e de relações interpessoais saudáveis. Sempre que possível, foram criados momentos para esclarecimento de dúvidas e discussão conducentes à reflexão, articulação e consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, facilitando a sua transferência para o contexto específico de trabalho.

A reflexão da prática deve ser uma constante no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, em proveito do seu desenvolvimento pessoal e profissional. De acordo com Dorigon e Romanowski (2008) a reflexão surge relacionada à forma como se lida com os problemas da prática, à possibilidade da incerteza, estando aberta a novas hipóteses, dando forma a esses problemas e descobrindo novos caminhos, chegando então às soluções. Ainda para os mesmos autores para evitar que a prática se torne isolada, deve-se cultivar atividades que conectem o conhecimento e a reflexão na ação.

Segundo Cruz (2010), o conhecimento na ação é o componente que está diretamente relacionado com o saber-fazer, é espontâneo, implícito e que surge na ação, ou seja, um conhecimento tácito. Desta forma, a reflexão revela-se a partir de situações inesperadas produzidas pela ação e nem sempre o conhecimento na ação é o suficiente. Ainda para o mesmo autor existem três tipos distintos de reflexão: a reflexão sobre a ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. A reflexão sobre a ação compreende em pensarmos retrospectivamente sobre o que fizemos, e o que é que na ação pode ter contribuído para um resultado inesperado. Em relação

à reflexão sobre a ação teve-se o cuidado de fazer sempre após as sessões de formações às AAD. A reflexão na ação consiste em refletirmos no meio da ação, sem interrompê-la, podendo deste modo ter a possibilidade de interferir na situação em desenvolvimento. Durante a realização das mesmas sessões várias vezes se efetuou uma reflexão na ação, na medida em que com as participações das AAD foi necessário fazer-se pequenos ajustes ao que se tinha planeado previamente, indo ao encontro de dúvidas e de inquietações reveladas por estas. Relativamente à reflexão sobre a reflexão-na-ação assenta no ato de pensar sobre a reflexão na ação passada, consolidando a compreensão de determinada situação possibilitando a adoção de uma nova estratégia. Relativamente a este último tipo de reflexão, salienta-se a importância de que quando se reflete sobre o que refletimos em determinado momento é um passo mais além em todo o processo, na medida em que permite a integração entre o fazer e o saber. A elaboração deste documento insere-se também nesta última reflexão na medida em que se reflete à posteriori sobre a reflexão feita na ação.

Ao ter efetuado o diagnóstico da situação, ao ter definido as prioridades, selecionado as melhores estratégias, preparado, executado e avaliado a intervenção permitiu-se afirmar que se capacitou as AAD na melhoria do processo de comunicação ao idoso dependente. A avaliação deste processo realizou-se através das fichas de conhecimento, das próprias sessões e do feedback das formandas. De acordo com Freitas (2016) para se assegurar que os formandos atinjam os objetivos propostos, as ações de formação devem ser avaliadas.

Embora a minha intervenção se tenha destinado a este grupo populacional, o meu interesse primário era a existência de uma melhor relação entre a AAD e o utente que se encontra muitas vezes numa situação de fragilidade devido à sua deterioração física e mental e que ao receber as AAD no seu lar necessita que estas realizem a sua intervenção com profissionalismo. Para Ferreira (2014) aos profissionais envolvidos na prestação de SAD é exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio já que é fundamental que estes respeitem a sua individualidade, o seu direito à privacidade e à propriedade.

É de destacar que este tipo de formações será para continuar, já que é do interesse implementar este tipo de projeto no serviço, sendo que também foi uma das sugestões das AAD que se realize mais formação.

Das limitações e constrangimentos inerentes a projetos de intervenção que se caracterizam por uma participação ativa dos seus intervenientes, o fator tempo foi o mais relevante, pelo que exigiu uma sistematização cuidada de todas as ações e articulação com os diferentes parceiros, não sendo contudo as dificuldades para a consecução dos objetivos definidos relevantes face aos aspetos facilitadores encontrados. Desde logo salienta-se a orientação da Enf^a cooperante que pela experiência profissional e académica, proporcionou momentos de reflexão que foram enriquecedores e motivadores para a realização do estágio. Salienta-se também o empenho pessoal como estudante, que consciente dos conhecimentos e competências a adquirir e da responsabilidade futura, mobilizei todo o esforço e dedicação para atingir os objetivos definidos.

6 – CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho pretendeu-se dar um caráter reflexivo e crítico das atividades desenvolvidas no estágio e o seu contributo na aquisição e desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem Comunitária.

O Estágio inseriu-se na Unidade Curricular Estágio e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária proporcionando a oportunidade de desenvolver competências profissionais e pessoais, que terão oportunidade de serem mobilizadas na vida profissional pela vida fora, tendo este sido o maior contributo de toda esta aprendizagem.

Como é normal foi uma etapa difícil uma vez que, numa fase inicial, houve momentos muito bons e outros de algum desânimo e desalento, dificuldades que surgiram ora por insegurança ora por falta de experiência na área. Para conseguir ultrapassar estas dificuldades tenho de agradecer a colaboração de todos os envolvidos, em especial, à Enf^a cooperante, à professora orientadora bem como aos colegas de estágio que foram sempre um apoio incondicional.

O estágio realizou-se numa USP e permitiu o desenvolvimento das competências como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, sendo que em todo este percurso aliou-se a teoria à prática, pelo que se considera ter alcançado os objetivos propostos.

Utilizou-se a metodologia de planeamento em saúde para dar resposta à primeira competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária que refere que este deve estabelecer com base nesse mesmo planeamento a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, que neste caso era o grupo populacional das AAD. Procedeu-se ao levantamento das necessidades do grupo populacional através de entrevistas aos informantes-chaves, tendo sido posteriormente definido um diagnóstico de enfermagem comunitária: Ameaça à linha de defesa das AAD relacionado com stressores intrapessoais: obstáculos na comunicação com o idoso/família. Estes obstáculos caracterizavam-se pelas dificuldades a nível comunicacional que as AAD por vezes têm em lidar com a família e com o idoso. Após a contextualização da temática, procedeu-se à RSL, com o objetivo de fundamentar os objetivos e as estratégias a utilizar no projeto de intervenção. Desta RSL foram obtidos dois artigos.

Ao ter conseguido uma melhoria nos conhecimentos das AAD na área comunicacional demonstrou-se que foi dada resposta à segunda competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária que é contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Ao ter elaborado todo o projeto, Capacitar para bem comunicar, mobilizam-se também as parcerias na comunidade, outro desígnio fundamental para quem trabalha na e com a comunidade.

A terceira competência refere que o enfermeiro especialista deve integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Ao ter trabalhado com este grupo populacional que intervém diretamente com a

População idosa, e como foi explanado na fundamentação teórica, dar formação às AAD é um desígnio para a melhoria da qualidade de cuidados aos nossos idosos dependentes o que responde a um dos eixos do Plano Nacional de Saúde - Qualidade na Saúde.

A última competência refere que o enfermeiro realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Para adquirir esta competência elaborou-se uma base de dados em Excel com todos os internamentos compulsivos na área de abrangência da USP Zé-povinho o que permitiu ter uma real dimensão deste problema na elaboração do perfil de saúde. Fez-se ainda um organigrama em formato digital para todas as doenças de declaração obrigatória com o objetivo de existir um manual de procedimentos na USP de modo a que quando exista a necessidade de proceder à declaração de uma doença de declaração obrigatória exista uma uniformidade.

Ao longo deste percurso, existiram dois seminários (Anexo XXI e XXII) que foram momentos de partilha e de reflexão entre professores e alunos.

As Sessões de Formação foram uma experiência relevante, já que desenvolveram a minha capacidade de comunicação junto deste grupo, permitindo assim uma relação de proximidade que contribuirá até para o estreitamento de relações de trabalho no futuro.

Ao chegar ao término da elaboração deste relatório, como instrumento de reflexão e balanço das competências adquiridas e/ou aprofundadas, foi importante manter o espírito de pesquisa, de reflexão e inovação, de modo a implementarem-se mudanças que contribuíssem para o aumento da qualidade dos cuidados de Enfermagem junto da comunidade.

Esta foi mais uma etapa neste caminho que é a vida, enquanto profissional e pessoa e, como disse António Machado, o caminho faz-se caminhando...

7 - BIBLIOGRAFIA

Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspetos de contextos da qualidade de vida*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

Almeida, R. (2014). *Representações Sociais do Idoso Institucionalizado e Influência na Comunicação dos Profissionais Ajudantes de Ação Direta*. Projeto, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal.

Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar ao idoso*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10508>

Amaral, A. (2010). *A efetividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise*. Revista Investigação em Enfermagem, 21, Pp. 96 – 105.

Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%c3%a3o_final.pdf

Atallah, A. (1998). *Evidências para melhores decisões clínicas*. Centro Cochrane do Brasil; São Paulo. Acedido em 23 de Outubro de 2016 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000051&pid=S01041169200300010001700001&lng=en acedido

Avila et al (2013). *Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 3. Acedido em 31 de Outubro de 2016 em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/37874/27267>

Ávila, R. (2009). *Idosos: A Enfermagem e os cuidados de proximidade*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível em: [www: <URL: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/1016/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf >](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/1016/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf).

- Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*, Lisboa: Lusodidacta.
- Bittar, O. (2001). *Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde*. Revista de Administração em Saúde, 12 (3) Câmara Municipal das Caldas da Rainha. Acedido em 28 de Setembro de 2016 em http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/page/portal/PORTAL_MCR.
- Canário, R. (1999). *Educação de adultos um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Carneiro, R. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*, Tese de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal. Disponível em:
<http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/3534/Jocelina%20Gameiro%20dos%20Santos%20Concei%3%a7%c3%a3o%20-%20Projeto%20Mestrado%2026J.pdf?sequence=1>
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Co-edição: Coimbra: FORMASAU e Saúde, Lda. e Lisboa: Educa.
- Cruz, M. (2010). *Uma proposta metodológica para a realização do estágio supervisionado em um curso de formação inicial de professores de matemática: limites e possibilidades*. Tese de doutoramento, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, Brasil.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. Diário da República nº 38/2008 – I Série A. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República Nº 109/06 de Junho 2006- I SÉRIE A. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.
- Decreto-Lei nº 414/99. Diário da República nº 141/15 de Outubro- 1ª Série A. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- Despacho Normativo no 62/99 do Ministério do trabalho e da Solidariedade. Diário da República I Série B no 264/1999.
- Domenico, E., e Ide, C. (2003). *Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 115-118. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100017>

Dorigon, T. e Romanowski, J. (2012) *A reflexão em Dewey e Schön*, Revista Intersaberes, Curitiba, n. 5, pp. 8 – 22.

Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Escola Superior de Educação de Bragança, Bragança, Portugal.

Ferreira, R. (2014). *A criação de um serviço de apoio domiciliário no combate ao retraimento social dos mais velhos*. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social.

Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal. Disponível em:

<http://hdl.handle.net/10400.26/6949>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Ferrito, C. (2007). *Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem*. Percursos, 2, nº3. Acedido em 31 de Outubro de 2016 em:

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9019/1/Revista%20Percursos%20n03_Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Estudo%20Piloto%20sobre%20Necessidade%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20Cient%C3%ADfica%20para%20a%20Pr%C3%A1tica%20de%20Enfermagem.pdf

Figueiredo, L. (2007) *Cuidados familiares ao idoso dependente*, Lisboa: Climepsi Editores.

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

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação, da Conceção à Realização*. Lisboa: Lusodidacta

Gilchrist, V.; Williams, R. (1999). *Key informant interviewing*. In Crabtree, B. e Miller, W. *Doing qualitative research*. 2ª edição, pp. 71-78. Thousand Oaks: Sage Publications.

Freitas, J. (2016). *Capacitação dos Ajudantes de Ação Direta de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em Primeiros Socorros e Prevenção de Acidentes*. Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/7577/1/msc_jdpfreitas.pdf

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição Lisboa: Obras Avulsas.

- Instituto Nacional de Estatística (2014). Censos 2011. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos, Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, M. (2006) *Posso participar? Atividades de desenvolvimento para idosos*. 2ª edição Porto: Âmbar.
- Martins, C. (2011) *Cuidados de Enfermagem Especializados: Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento; Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária*. Ordem dos enfermeiros: Governação Clínica e estratégias profissionais, 17, pp. 43-46.
- Militar, S. (2012). Formar para cuidar. Tese de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13570/1/Relat%c3%b3rio%20Sofia%20Militar.pdf>
- Neuman, B. (1995) - *The Neuman Systems Model*. Stamford: Lance
- Ordem dos enfermeiros- Código Deontológico. Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro da Assembleia da República, Diário da República I série, No 181 (2015) Acedido a 25 de Setembro de 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Ordem dos enfermeiros, (2011) *O Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid Espanha: Organização Mundial de Saúde.
- Pais, R. (2014). *Cuidar de quem cuidar: Um olhar sobre o Serviço de Apoio Domiciliário junto do Cuidador Informal do Idoso*. Tese de mestrado, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto, Portugal.
- Paúl, C. e Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Paúl, C. (1997) *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Potter, P.A., Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos*. 5ªed., Lusociência. Lisboa

Prochaska, J.O., DiClemente, C. (1992). *The Transtheoretical Model*. Disponível em <http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>

Silva, J. et al., (2015). *Trabalho cooperativo como Finalidade e Estratégia de Aprendizagem. Um estudo de caso em Biologia Humana. Interações* 39, pp 485-510.

Sousa, M. (2011)., *O cuidador de Ação direta a idosos: papel no sistema de cuidados*. Patient Care, 171, 16, pp 60-66.

Stanhope, M e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ªedição) Loures: Lusociência

Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (1ªedição) Loures: Lusociência

Sousa, M. (2003). *A formação contínua em enfermagem*. Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem.

Tavares, A. (1990). *Cadernos de formação nº 2 - Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde: Departamento de recursos humanos da saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªedição, Loures: Lusociência

Unidade se Saúde Pública Zé Povinho, Ministério da Saúde. Acedido em 28 de Setembro de 2016 em: <https://saudepublicaoestenorte.wordpress.com/sobre-a-unidade> acedido em 28 de Setembro de 2016.

ANEXOS

ANEXO I- PROGRAMAS DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMAS E PROJETOS DESENVOLVIDOS PELA USP ZÉ POVINHO

MOVIMENTO ESCOLA/CIDADE DOS AFECTOS

O projeto “Dia dos Afetos nas Escolas” teve o seu início em 2009/2010 nas escolas do concelho do Barreiro. Trata-se de um projeto da área da saúde escolar – com atividades que contemplam as áreas da Educação para a Saúde, designadamente nas componentes afetivas, educação sexual e alimentação, entre muitas outras – uma experiência que envolve não só profissionais das áreas da educação e da saúde, mas também os mais diversos parceiros da comunidade.

A exposição “A Maçã dos Afetos”, insere-se nas atividades de comemoração do Dia dos Afetos nas Escolas, promovido pelo Projeto de Educação para a Saúde (PES). Pretendeu-se que a Maçã elaborada por cada escola/agrupamento mostrasse a forma como vive e entende os afetos.

Em 2013, o projeto foi transversal às Escolas/Agrupamentos dos concelhos da Moita, Barreiro, Montijo, Alcochete e Alcobaça, no âmbito do PES, à qual aderiu a Associação de Produtores de Maçãs de Alcobaça, impulsionada pelas atividades da geminação entre as Unidades de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (ACeS Arco Ribeirinho) e Zé Povinho (ACeS Oeste Norte).

Neste ano letivo de 2013/2014, foi alargado o projeto às escolas de todos os Agrupamentos de Centros de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

A consulta de cessação tabágica tem lugar no CDP (centro de diagnóstico pneumológico) do Coto, Caldas da Rainha, às segundas, quartas e quintas entre as 14h e as 17h. Para mais informação, ligue para o número indicado em baixo

CONSULTA DE ALCOOLOGIA

A consulta de alcoologia é realizada no Centro de Saúde das Caldas da Rainha, por uma equipa constituída por uma médica especialista em medicina geral e familiar e uma enfermeira especialista em enfermagem na comunidade, em dois períodos : 2ª feira das 09.30h às 12.30h e das 18.00h às 20.00h.

A primeira marcação pode ser feita a pedido do utente, da família, do/a médico/a de família, do Centro Regional de Reinserção Social, do Tribunal, da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, do Centro Hospitalar do Oeste ou outros. Este pedido pode ser feito pessoalmente na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caldas da Rainha (na sede do Centro de Saúde) ou pelo telefone

MEDICINA DO VIAJANTE

Enquadramento

Os viajantes internacionais poderão ser expostos a vários riscos suscetíveis de lhes afetar a saúde, podendo, grande parte destes riscos, serem evitados/atenuados, por algumas medidas preventivas adequadas antes, durante e após a viagem.

A exposição a insetos, água imprópria para consumo e alimentos contaminados, combinada com a ausência de apoio médico-sanitário apropriado, torna as viagens, em muitas regiões remotas, particularmente arriscadas.

Algumas medidas preventivas, nomeadamente a vacinação, poderão ter que ser efetuadas com algum tempo de antecedência, em relação à data da partida, sendo importante que a consulta seja feita 4 a 5 semanas antes da data prevista da viagem.

Quando não for possível ter a consulta com a antecedência devida, esta é sempre importante, mesmo que seja no dia anterior à viagem, pois poder-lhe-ão ser fornecidas informações muito úteis sobre medidas preventivas, prescrição de medicação e vacinas obrigatórias ou aconselhadas, para o ajudar a manter-se saudável.

1. Consulta do Viajante

A consulta de Medicina do Viajante pretende ser um suporte importante na recomendação e motivação da prevenção das doenças e profilaxia medicamentosa e destina-se a todos os viajantes internacionais, dos ACeS Oeste Norte e Oeste Sul.

2. Vacinação Internacional

A Vacinação Internacional destina-se a todos os viajantes, independentemente do ACeS a que pertençam, desde que possuam a prescrição médica da Vacina Contra a Febre Amarela e/ou Febre Tifóide.

PLANO LOCAL DE SAÚDE

O Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte, para o triénio 2014/2016, contou com a participação dos profissionais de saúde de todas as Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACeS ON) e de diversos Parceiros da Comunidade, tendo sido amplamente discutido e participado. Contou, também, com a colaboração e participação do Conselho da Comunidade, da Diretora Executiva e do Conselho Clínico e de Saúde. Foi um trabalho alicerçado numa lógica de trabalho multidisciplinar, intersectorial e interinstitucional, e atendeu a certos fatores, nomeadamente aos seus recursos humanos, fatores sócio- demográficos, culturais e geográficos.

As estratégias que serviram de base a todo o processo de construção do Plano Local de Saúde do ACeS Oeste Norte assentaram na definição, a nível local, de intervenções em espaços e grupos populacionais prioritários, privilegiando a promoção da saúde e deteção precoce da doença, a inovação das intervenções, a capacitação de recursos e a potenciação da articulação institucional. A promoção das boas práticas clínicas e da ação comunitária foram também relevantes em todo este processo.

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA AS VAGAS DE FRIO

A Região Oeste Norte tem um clima agradável, com temperaturas amenas ao longo de todo o ano, pelo que a probabilidade de ocorrência de algum fenómeno relativo a temperaturas extremas será pequena. De qualquer modo a eventual repercussão de uma vaga de frio sobre a saúde humana não depende apenas das temperaturas atingidas mas também da vulnerabilidade, que é maior, em determinados grupos populacionais, relacionados com o grupo etário, o estado de saúde e com situações de carência social.

Este PCVF – Região Oeste Norte, para 2015/2016, tem como principal objetivo minorar os possíveis efeitos do frio sobre a saúde das populações através de uma intervenção atempada e concertada, privilegiando a articulação com suas várias Unidades de Saúde Funcionais, Centro Hospitalar do Oeste, Serviços Privados de Saúde, Câmaras Municipais, Proteção Civil, serviços de Segurança Social, Bombeiros, Instituições de Apoio a idosos, Instituições de Apoio a Crianças e outros que venham a revelar-se de utilidade para a adoção de medidas de prevenção.

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA AS ONDAS DE CALOR

Em Portugal tem-se verificado um aumento da temperatura média e um acréscimo do número de dias por ano com temperaturas elevadas. As temperaturas elevadas têm repercussão sobre a saúde humana, com potencial para aumentar o número de mortes, a quantidade de problemas cardio-respiratórios, por vezes relacionados com a poluição atmosférica decorrente, as doenças de transmissão hídrica e alimentar para além das doenças transmitidas por vetores.

A Região Oeste Norte tem um clima temperado com Verões frescos e nublados. Assim, a probabilidade de ocorrência de algum fenómeno relativo a temperaturas extremas é pequena. No entanto, a eventual repercussão de uma onda de calor sobre a saúde humana não depende apenas das temperaturas atingidas mas também da vulnerabilidade, que é maior, em determinados grupos populacionais. Esta maior vulnerabilidade está relacionada particularmente com o grupo etário, com o estado de saúde e com situações de carência social. Portanto, mesmo temperaturas relativamente elevadas podem ter impacto grave sobre a saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis.

Para além disso, porque o clima é habitualmente moderado a suscetibilidade da população a uma eventual onda de calor é maior por ausência de aclimação a temperaturas elevadas.

Por outro lado, a ocorrência de fenómenos climáticos extremos parece ser cada vez mais aleatória e independente das características climáticas predominantes.

Finalmente, são os fenómenos raros que, por serem inesperados, encontram, muitas vezes, as instituições impreparadas agravando o seu impacto populacional que seria, pelo menos parcialmente, prevenível se para isso houvesse um plano de ação prévio.

FAMILIARMENTE

O projeto “Familiarmente” desenvolve-se por iniciativa e a partir da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho (Oeste Norte). Sustentado na intervenção em Terapia Familiar e Sistémica abrange os concelhos de Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche, estando sediado na Unidade Local de Saúde Pública de Óbidos, com coordenação da Dr.ª Fátima Pais, médica de Saúde Pública e Terapeuta Familiar.

Este projeto tem como objetivo disponibilizar o recurso a uma intervenção que contribua para uma eventual resolução de problemas e dificuldades aos indivíduos e famílias, no âmbito da sua dinâmica relacional funcional, familiar ou comunitária.

A Terapia Familiar permite frequentemente uma visão diferente das questões ou problemas e identificação de um funcionamento que melhor possa corresponder às necessidades de todos. Pode ser um recurso em situações de conflito pais filhos, decorrentes do desenvolvimento do ciclo vital da família, de questões transgeracionais, agressão intrafamiliar, de doença crónica, suicídio/para – suicídio ou luto.

Estas consultas podem ser solicitadas pela própria família, ou indivíduo através do endereço electrónico familiarmente.on@gmail.com ou via telefónica +351 262 955 050 ou fax +351

262955 051.

Também o Médico de Família ou profissionais de enfermagem das Unidades de Cuidados na Comunidade, podem referenciar para consulta de Terapia Familiar desde que haja acordo da família/indivíduo, o que deve ser referido, juntamente com a identificação e contactos respetivos. Para além desta condição é também necessário, para que a intervenção possa ter lugar, uma estabilização mínima de uma eventual patologia de base (ex. depressão, psicose, etc).

De salientar ainda que o projeto Familiarmente prevê para o concelho de Óbidos, uma forma particular de intervenção, articulando com o município, através do veterinário municipal, Dr. João Almeida e com o envolvimento de um elemento animal, na dinâmica de intervenção, intitulando-se este subprojecto “Um amigo especial”.

SAÚDE ESCOLAR

A rápida evolução da sociedade moderna levou ao aparecimento de novos problemas de saúde, diferentes necessidades da população e de uma nova realidade da vivência escolar.

Sabendo que a Escola desempenha um importante papel na aprendizagem, aquisição e manutenção de estilos de vida e estando as Equipas de Saúde Escolar mais capacitadas / melhor posicionadas junto das crianças e jovens para desenvolver atividades na área da Promoção e Educação para a Saúde deverá ser esta a área privilegiada de atuação da Saúde Escolar.

O trabalho em Saúde Escolar não poderá nunca ser realizado numa perspetiva individual, sendo imprescindível a colaboração intersectorial e multiprofissional dentro do mesmo serviço e entre as diversas instituições envolvidas, estabelecendo-se e / ou reforçando os canais de informação

formais e informais de cooperação e parceria entre todos os elementos intervenientes na educação, na saúde e na formação da população escolarizada.

Assim, através de uma grande diversidade de atividades, podemos proporcionar às crianças e jovens a aquisição de conhecimentos e o reforço / valorização do seu potencial de saúde de forma a desenvolverem comportamentos saudáveis e positivos e adotarem respostas adequadas e construtivas aos desafios do dia-a-dia.

Para o próximo triénio de 2014-2016, a intervenção da Saúde Escolar dará continuidade, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, à execução de atividades nas áreas da saúde individual e coletiva, da inclusão escolar, do ambiente e saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis, bem como a um conjunto de intervenções prioritárias orientadas para necessidades concretas da comunidade educativa

PROJECTO PÃO.COME

O projeto pão.come é um projeto de intervenção comunitária que visa a redução da mortalidade específica por doenças cérebro e cardiovasculares. Teve a sua origem num projeto de intervenção desenvolvido em 2005, no âmbito do internato complementar de saúde pública, no concelho de Carregal do Sal.

As doenças cardiovasculares são uma importante causa de morte nos países desenvolvidos. O principal efeito adverso associado ao consumo excessivo sal é o aumento da tensão arterial, que por sua vez é um factor de risco para as doenças cardiovasculares. Além da patologia cardiovascular, o consumo excessivo de sal está também associado a um risco acrescido de neoplasias, designadamente de localização gástrica, laríngea e oro e nasofaríngea.

A nível global, o consumo médio per capita é de 10-15 gramas/dia, sendo os países asiáticos os maiores consumidores mundiais. Na Europa o consumo médio é de 8-11 gramas/dia de sal. No nosso País o consumo médio diário de sal é estimado em 12,3 gramas – o dobro do limite máximo diário recomendado pela Organização Mundial da Saúde – de acordo com um estudo publicado em 2006 na Revista Portuguesa de Cardiologia.

Tendo em consideração o exposto, a Administração Regional de Saúde do Centro, IP através do seu Departamento de Saúde Pública e Planeamento desenvolve, desde Setembro de 2006, o projeto de intervenção comunitária pão.come. O projeto tem como parceiros a Fundação Portuguesa de Cardiologia e a Associação de Comércio e Indústria de Panificação, Pastelaria e Similares foi implementado em Janeiro de 2007.

Assim, sendo o pão uma das principais fontes de ingestão de sal na dieta Portuguesa, o projeto pão.come tem por objetivo principal a redução do sal adicionado na confeção do pão, utilizando uma metodologia de sensibilização, suporte e monitorização de industriais de panificação.

Apesar de atualmente pertencer à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, até 2009 a região do Oeste Norte pertencia à Administração Regional de Saúde do Centro, daí a sua participação neste projeto.

ANEXO II- PROJETO CAPACITAR PARA BEM COMUNICAR

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROJETO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

Capacitar para bem comunicar



Autor:

BRUNO VICENTE, Nº 140431003

Caldas da Rainha Junho de 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UC ESTÁGIO II

PROJETO DE ESTÁGIO

Uma intervenção individual

Capacitar para bem comunicar

Autor:

Bruno Vicente, nº 140431003

Orientadores:

Professora Maria Rosário Machado

Enfermeira Fátima Neves

Caldas da Rainha Junho de 2016

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAD- Ajudante de Ação Direta

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSPI- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

UCC- Unidade Cuidados na Comunidade

USP- Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO	7
2 – PLANO DE AÇÃO PARA O DECORRER DO ESTÁGIO	13
3 - NOTA CONCLUSIVA	20
BIBLIOGRAFIA	21

INTRODUÇÃO

O atual projeto de Estágio é mais uma etapa do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, na Unidade Curricular (UC) de Estágio II. Este segundo Estágio irá decorrer na Unidade de Saúde Pública Zé-Povinho das Caldas da Rainha.

É em 2008 com a publicação do Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008, que criou os ACeS e consequentemente um nível intermédio de serviços de saúde pública, correspondente às Unidades de Saúde Pública (USP).

“A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.” (Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008)

Cada USP tem como missão primordial proteger e elevar o estado de saúde de toda a população residente na área geográfica do ACeS, em que se insere. Possui autonomia organizativa e técnica, assumindo uma estrutura organizacional flexível permitindo a necessária adequação às especificidades geodemográficas. Em cada USP é elaborado um plano de ação contendo a missão, valores e visão, a estrutura orgânica e o funcionamento, o modelo de gestão do sistema de informação, áreas de atuação e níveis de responsabilização dos diferentes grupos de profissionais que integram a equipa, carta de qualidade e regras gerais para a formação contínua dos profissionais, submetendo-o à aprovação do diretor executivo (Dec. Lei nº 81/2009 de 2 de abril de 2009).

Neste sentido, o seu contributo para a obtenção dos ganhos em saúde, cada USP tem como responsabilidade desenvolver as seguintes competências:

- a) Identificar necessidades de saúde da população residente na área geográfica do ACeS a que pertence;
- b) Monitorizar o estado de saúde da população dessa e seus determinantes;
- c) Promover a investigação e a vigilância epidemiológicas;
- d) Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;

- e) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- f) Participar na execução das atividades dos programas descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente;
- g) Promover e participar na formação pré -graduada e pós -graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram.

É neste contexto que se projeta a presente intervenção, que parte de uma análise de necessidades/problemas de saúde de um grupo populacional, filtrada no plano de ação da unidade onde é inserida e que se pretende por em prática numa perspetiva sistémica, um conjunto de estratégias que permitam a capacitação das Ajudantes de Ação Direta (AAD). É ainda de salientar que este grupo profissional vai ao encontro das necessidades sentidas por mim como profissional de saúde que atua num contexto de Cuidados de Saúde Primários e que presta cuidados em contexto domiciliário aos idosos dependentes. Sendo a premissa central deste estágio a intervenção na comunidade vai ser desenvolvido um projeto de intervenção, que apresenta como grupo alvo as AAD e que pretende melhorar os conhecimentos deste grupo profissional no processo de comunicação com os idosos.

Perante os desafios que temos que enfrentar diariamente, enquanto enfermeiros na comunidade, torna-se fundamental a aquisição de competências que nos permitam participar na avaliação multicausal, e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas do indivíduo, família, grupo e comunidade, assim como, no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à sua capacitação, na consecução de projetos de saúde individual, familiar e coletiva e ao exercício da comunidade (Martins, 2011).

O Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) define como metas “adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas” e “promover ambientes capacitantes” recomendando a identificação de determinantes da saúde da população. Assim, nos cuidados à pessoa idosa dependente é necessário identificar, avaliar e tornar explícitos os recursos da comunidade para estimular a emergência de novas forças e a gestão eficaz da saúde/ doença.

Esta intervenção têm por base o diagnóstico de situação levantado com base nas entrevistas formuladas às diretoras técnicas e a uma AAD de cada IPS's que irei trabalhar.

O diagnóstico de enfermagem elaborado é: Ameaça à linha de defesa das AAD relacionado com stressores intrapessoais: obstáculos na comunicação com o idoso/família.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica e a passagem dessa sabedoria para a inserção no cotidiano da vida promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sócio-cultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (NEUMAN, 1995).

Para Neuman a enfermagem é vista como uma “profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*” (Neuman, 1982 citado por Tomey e Alligood, 2004: 340). Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Neste projeto de intervenção o sistema do cliente, ou seja, do grupo populacional, são as AAD e é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. O sistema, que neste caso é AAD é visto como um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004)

Para a enfermagem é então necessário:

“passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu cotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário” (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010, p.16-17).

São objetivos do presente estágio:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Na atualidade colocam-se novos desafios e novas exigências aos sistemas de saúde das sociedades modernas com o envelhecimento progressivo da sua população. Esta tendência verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, onde se confirma um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Em 2013 a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos de idade) aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

As pessoas vivem cada vez mais tempo e, embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas elas passam, alteram o seu equilíbrio homeostático e exigem um novo equilíbrio, ao qual cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade (Palma, 1999).

A dependência é definida de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, como:

[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

Esta definição é reforçada por Andrade (2009) quando afirma que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

Os cuidados têm um carácter universal, mas também multidimensional, adequado às crenças, valores e culturas da população alvo dos mesmos. Qualquer que seja o nível da prestação de cuidados, o enfermeiro terá de identificar os recursos existentes, por forma a responder às

necessidades identificadas, para uma continuidade de cuidados, interdisciplinaridade, articulação de cuidados e desenvolvimento de programas que promovam a saúde e o bem-estar da comunidade Militar (2012).

Segundo o Despacho Normativo nº 62/99, que define as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos e serviços nas diferentes valências, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é definido como “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária”. Segundo RODRIGUEZ (2006), o SAD consiste num programa individual, com carácter preventivo e reabilitador em que se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, prestados no domicílio do indivíduo idoso ou não, com certo grau de dependência, satisfazendo as suas necessidades básicas e gerais, permitindo e facilitando a sua permanência no domicílio. Para atingir os seus objectivos, o Serviço de Apoio Domiciliário pode disponibilizar de um conjunto diversificado de serviços, que respondam às necessidades sentidas pelos indivíduos, como:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;
- Manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- Confeção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do SAD;
- Acompanhamento das refeições;
- Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do SAD;
- Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

O SAD conta com uma equipa de profissionais, técnicos de serviço social, encarregadas e AAD, que se deslocam aos domicílios e desempenham tarefas, de acordo com o preconizado no plano de atuação definido para determinado utente.

Encarado muitas vezes como um recurso quando a família não consegue dar a resposta adequada ao estado de saúde do seu familiar, o apoio domiciliário, ao envolver uma complexa mas articulada rede de e entre profissionais, assume-se como uma alternativa ao internamento. É,

assim importante ter em conta não só a pessoa alvo de cuidados, mas também a família e o meio envolvente, pois só considerando todas estas variáveis, será possível planificar e programar com eficácia e eficiência os cuidados a desenvolver no domicílio, junto do utente e dos seus cuidadores (Andrade, 2009).

O facto de cada pessoa ser única, com características próprias que a definem (biológicas, sociais, psicológicas, comportamentais, culturais, espirituais e económicas), e estando integradas num sistema maior, a família, torna-se crucial ter em conta as interações estabelecidas entre cada indivíduo, sua família e comunidade, adequando-se respostas às efetivas necessidades. A inexistência de uma rede de apoio familiar ou quando esta é pouco eficaz numa assistência contínua à pessoa dependente, o apoio dos cuidadores formais é essencial para evitar a institucionalização e a hospitalização, pelo impacto na liberdade, autonomia, despersonalização e estigmatização social (Ávila, 2009).

Na literatura gerontológica é possível identificar várias definições e tipologias de cuidadores. Distinguem-se os cuidadores formais e os cuidadores informais Militar (2012). Para Figueiredo (2012), o cuidador informal que também pode ser designado de prestador familiar ou cuidador familiar, é a pessoa que assume o acompanhamento do processo de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados e não tem remuneração pela prestação dos mesmos.

O cuidado informal pode ser assumido por amigos, vizinhos ou outros mas, normalmente, é a família que assume a responsabilidade da organização ou assistência e prestação de cuidados.

Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, tendo que haver uma preparação específica para este papel, estando integrados numa atividade profissional, que incluem atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias (SOUSA, 2011).

Quando falamos de idosos, os serviços de apoio existentes são os centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e lares, sendo os hospitais e outros serviços de saúde também vistos como recurso comunitário para esta faixa etária da população Carvalho (2012).

Em Portugal, no grupo alvo da população idosa, o “Lar de Idosos” é a resposta com maior incidência de dependentes ou grandes dependentes (cerca de 50%), seguindo-se o Serviço de Apoio Domiciliário (MTSS, 2009 citado por Carvalho 2012).

Outro factor que constitui este enquadramento é o facto de nos contextos institucionais, os cuidadores de acção directa cuidam (“dão banho, mudam a fralda, alimentam, posicionam, reposicionam, transportam”) de uma população numerosa e com patologias associadas e grau de dependência elevado (SOUSA, 2011). Os idosos tem necessidades para que comuniquem com eles, contudo por vezes estas AAD têm pouca sensibilidade para o fazer.

As funções das Ajudante de Acção Directa está presente no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 15, 22/4/2011 do Contrato colectivo entre a CNIS — Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a FNSFP — Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública. Esta função está integrada dentro dos Trabalhadores de Apoio cabendo-lhe cumprir com os seguintes requisitos:

1 — Trabalha directamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Recebe os utentes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;
- b) Procede ao acompanhamento diurno e ou nocturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detectando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
- c) Assegura a alimentação regular dos utentes;
- d) Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;
- e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente, as Representações Culturais de Género na Função Ajudante de Acção Directa nas IPSS's executando pequenos pensos e administrando medicamentos, nas horas prescritas e segundo as instruções recebidas;
- f) Substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos utentes, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;
- g) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto.

Segundo Stone, estes trabalhadores pouco qualificados são pouco acompanhados na fase de integração, sendo responsáveis pelos cuidados mais diretos aos utentes, numa profissão na qual se registam índices elevados de acidentes de trabalho. A instabilidade laboral, as saídas frequentes das instituições, a ausência de motivação, a insatisfação no trabalho, o deficiente desempenho profissional, o distanciamento e desumanização nas relações pessoais e profissionais gera um comprometimento do nível da qualidade dos cuidados prestados à população idosa (SOUSA, 2011 citado por Militar 2012).

Hoje em dia as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas sendo imprescindível o melhoramento de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação contínua contribui para um aperfeiçoamento da formação inicial, facilitando a tomada de consciência dos obstáculos e decisões na vida profissional.

Deste modo a formação deve ser orientada então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, sendo importante ressaltar que a formação não é estanque, carecendo de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho Conceicao (2012).

Para Miliar (2012) uma das principais consequências da sensação de cansaço nas AAD prende-se com a dificuldade na própria prestação de cuidados pela falta de formação específica. Outro dos fatores que está relacionado com o cansaço é tanto o estado mental e físico e o nível cognitivo da pessoa cuidada, bem como o do próprio cuidador.

Para Conceição (2012) a atualização profissional permanente ao longo da vida tem como consequência a capacitação do indivíduo para o bom desempenho, pelo que surge como uma necessidade premente para os profissionais, já que a formação inicial, quando existe, não concede ao indivíduo saberes suficientes para o resto da vida profissional. É de salientar que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária têm como uma das suas competências o processo de capacitação de grupos e comunidades. Dar formação a este grupo profissional é então uma resposta a este desígnio.

A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

O investimento na formação das AAD e a valorização desta profissão é uma condição para a qualidade do sistema de cuidados aos idosos. Só assim teremos organizações que prestarão cuidados de excelência para que consigamos dar mais qualidade aos utentes/família. (SOUSA, 2011).

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (*Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*).

Num estudo de Coffey (2004) citado por Carvalho (2012), a introdução de formação foi positivamente percecionada por uma amostra de cuidadores formais, tendo sido considerada uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora da melhoria de cuidados

prestados a idosos. Uma área que carece de ser trabalhada e merece se apostar na melhor formação é a comunicação.

A comunicação tem um papel fundamental na interação com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores. As palavras utilizadas têm grande poder já que tanto podem ser benéficas como perniciosas caso não seja entendido devidamente o seu significado. Devem ser adequadas ao nível cultural do idoso e sempre que possível utilizar a linguagem verbal e não-verbal para fortalecer a mensagem. A complementaridade dos dois tipos de comunicação é muito importante na área dos cuidados aos idosos, comunicar não se refere só aos conteúdos mas também aos sentimentos e emoções que se podem transmitir (Alves, 2003).

Para que a comunicação seja eficaz é necessário saber ouvir, isto é, estar atento enquanto o idoso fala, mostrar disposição em partilhar a conversa. Por vezes o silêncio é necessário, pois transmite uma vontade de ouvir, uma aceitação sem transmitir dúvidas ou discordâncias, mas permanecendo atento às expressões faciais (Alves, 2003). Durante os cuidados, quem cuida deve tomar a sua mensagem clara e concisa. A clarificação é a capacidade de manter uma comunicação clara concreta e eficaz de modo a ajudar o cliente a formular e delimitar os seus problemas" (Berger 1995 citado por Alves, 2003).

2 – PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAR NA USP ZÉ PÓVINHO DAS CALDAS DA RAINHA

Objetivo geral: implementar o projeto de intervenção no âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Conhecer a USP Zé Povinho das Caldas da Rainha e a Equipa Multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião de apresentação na USP com a Enfª Cooperante Fátima Neves e com a Professora Orientadora Rosário Machado. ✓ Apresentação da Equipa Multidisciplinar. ✓ Conhecer as instalações da USP Zé Povinho. ✓ Conhecer as áreas de intervenção da USP. ✓ Consultar Plano de Ação da USP Zé Povinho. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP; Alunos de Mestrado do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária; Equipa Multidisciplinar da USP; Professora Rosário Machado	30/05/2016 a 3/06/2016	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de propostas produzidas na reunião para desenvolver ao longo do estágio. ✓ Número de projetos onde serão integrados os alunos ao longo de todo o estágio. ✓ Número de intervenções individuais propostas para cada aluno.
Identificar a área de atuação para a implementação de um projeto de intervenção individual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de reunião com a Enfª Cooperante para partilha de ideias em relação às necessidades da USP e ao interesse dos alunos no intuito de se decidir tema do projeto de intervenção de cada um. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	Enfª Fátima Neves; Alunos de Mestrado do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária	1ª e 2ª semana de estágio (30 de Maio a 9 de Junho)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de propostas para desenvolver no projeto individual. ✓ Número de intervenções estabelecidas para o projeto de intervenção.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultar Plano de Ação da USP Zé Povinho e integrar ou iniciar um projeto dentro do mesmo. 				
Avaliar as necessidades formativas das AAD de três IPSS para promover intervenção comunitária neste grupo populacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar os guiões de entrevistas aos Informantes-Chave: Diretor Técnico e uma AAD de cada IPSS (Salir do Porto, Chão da Parada e Carvalhal Benfeito). ✓ Realização das entrevistas aos Diretores Técnicos e às AAD das respetivas IPSS. ✓ Consulta de documentação fornecida pelas IPSS sobre identificação de algumas necessidades formativas da sua equipa de AAD, já identificadas pelas mesmas. 	IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito	Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte	6 a 16 de Junho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de documentos elaborados para realização de entrevistas com os devidos procedimentos éticos. ✓ Número de entrevistas realizadas. ✓ Número de documentos das IPSS sobre necessidades formativas, analisados. ✓ Documento produzido pela análise de conteúdo das entrevistas.
Formular os diagnósticos de enfermagem acerca das necessidades formativas das AAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análise de conteúdo das entrevistas. ✓ Estratificar áreas de interesse para posterior intervenção. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte	17 a 21 de Junho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de diagnósticos de enfermagem formulados. ✓ Documento produzido pela análise de

					conteúdo das entrevistas.
Realizar a RSL de acordo com a problemática definida.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração de pergunta PICO, objetivos e restante protocolo da RSL, para ir ao encontro da melhor evidência científica. ✓ Obter evidências científicas que guiem uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado, segundo área de atuação definida. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém	Aluno Bruno Vicente	Junho e Julho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protocolo produzido ao longo da RSL. ✓ Número de artigos finais para analisar em resposta à pergunta PICO.
Estabelecer um plano de intervenção comunitária para o grupo populacional das AAD, de acordo com os diagnósticos formulados.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração de um plano de formação a implementar às AAD com o intuito de responder aos diagnósticos formulados. ✓ Validar planeamento da intervenção com as três IPSS, para partilha e aferição da operacionalização do mesmo. ✓ Criação de linhas orientadoras para intervenção com as AAD. ✓ Proceder à divulgação das atividades a delinear com as AAD, ao longo da implementação dos três projetos individuais de intervenção, complementares. 	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém; IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito.	Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte; Enfª Fátima Neves.	Junho e Julho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percentagem de AAD disponíveis para englobar os projetos de intervenção comunitária. ✓ Resultados da validação do planeamento com as três IPSS. ✓ Número de propostas produzidas sobre as linhas orientadoras para intervenção com as AAD. ✓ Número de intervenções a implementar.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração de materiais de informação e divulgação e entrega a cada pessoa. ✓ Reforço da importância da formação com base para prestação de melhores cuidados ao idoso, no domicílio. 					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento produzido com as intervenções delineadas. ✓ Número de materiais produzidos para a realização da divulgação. ✓ Número de AAD abrangidos pela divulgação da informação.
Sensibilizar as IPSS para a importância do processo de comunicação com o idoso dependente em contexto domiciliário	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do projeto de intervenção sobre a capacitação das AAD em comunicação com o idoso dependente em contexto domiciliário 	IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalho Benfeito.	Aluno Bruno Vicente	Junho e Julho de 2016		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de intervenções a implementar. ✓ Documento produzido com as intervenções delineadas.
Implementar a intervenção de formação das AAD em relação ao processo de comunicação com o idoso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação às AAD da importância da comunicação e das formas de comunicar com o idoso. ✓ Avaliar conhecimentos acerca do processo de comunicação. ✓ Realizar sessões interativas e práticas sobre como comunicar com o idoso. 	IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalho Benfeito.	Aluno Bruno Vicente	Julho a Outubro de 2016.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de AAD abrangidas nas atividades. ✓ Número de sessões de formação realizadas. ✓ Avaliação de conhecimentos adquiridos pelas AAD.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar dificuldades de aprendizagem ao longo das sessões práticas. 				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentos produzidos para a avaliação de conhecimentos.
Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicação do processo reflexivo. ✓ Comparar os resultados do projeto com o Estado da Arte e estudos feitos acerca desta temática. ✓ Realizar ficha de avaliação de conhecimentos teóricos ✓ Realizar ficha de satisfação acerca da prestação dos formadores. 	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém; IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito.</p>	<p>Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP; Alunos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária; Professora Rosário Machado</p>	<p>Outubro de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento produzido sobre o processo de implementação do projeto. ✓ Comparação da avaliação de processo realizado ao fim de 3 meses e de resultado no final do estágio. ✓ Relatório de avaliação do projeto de intervenção produzido.
Integrar alguns projetos do plano de ação da USP, mediante necessidade de intervenção comunitária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colaborar na avaliação do perfil de saúde em relação aos internamentos compulsivos dos 6 concelhos da USP Caldas da Rainha. ✓ Colaborar na avaliação do Perfil de Saúde 2016 do Concelho das Caldas da Rainha. 	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Câmaras Municipais Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral,</p>	<p>Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP; Alunos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária</p>	<p>Junho a Outubro de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de documentos produzidos em cada projeto integrado. ✓ Número de sessões de educação para a saúde realizadas.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar um Manual de Intervenção dos Inquéritos Epidemiológicos. ✓ Realização de Sessões de Educação para a Saúde para crianças nas campanhas de proteção contra o Sol. ✓ Integrar a avaliação da Cidade dos Afetos. ✓ Participação como formanda nas Jornadas Pedagógicas de Educação para a Saúde, projetadas pela USP Caldas da Rainha. ✓ Realização de Sessões de Educação para a Saúde no Estabelecimento Prisional de Caldas da Rainha. ✓ Observação das Consultas de Alcoologia. ✓ Observação das Consultas de Desabitação Tabágica. ✓ Colaborar no rastreio das doenças cardiovasculares nos funcionários das Câmaras Municipais dos 6 concelhos integrados na USP Caldas da Rainha. ✓ Integrar algumas atividades em parceria com as escolas no início do ano letivo 2016/2017. 	<p>Nazaré, Alcobaça, Peniche; Estabelecimento Prisional de Caldas da Rainha; Escolas das Caldas da Rainha, Nazaré, Valado dos Frades.</p>			
--	---	---	--	--	--

Elaborar o relatório individual de estágio	✓ Realização do relatório de estágio individual	USP Zé-Povinho - Caldas Rainha	Aluno Bruno Vicente	Junho a Novembro de 2016	✓ Documento produzido como relatório final de estágio.
---	---	--------------------------------	---------------------	--------------------------	--

3 - NOTA CONCLUSIVA

Hoje em dia com as alterações demográficas modificou-se a estrutura e a dinâmica da família, conduzindo-nos à necessidade de criar recursos sociais que apoiem o tratamento e acompanhamento dos seus idosos. Com a evolução da sociedade, a família alargada transformou-se em família nuclear, onde o idoso parece já não ter lugar. Atualmente o idoso ou vive só ou em alternativa, quando não tem condições físicas e psíquicas para viver sozinho é institucionalizado. Esta mesma sociedade reflete então indivíduos com cada vez mais dificuldades na construção de uma adaptação eficaz às suas necessidades de saúde e processos de doença, facto mais evidente quando estamos perante o cuidar à pessoa dependente. A população idosa tem um peso elevado numa comunidade, sendo uma realidade crescente. Compete também à enfermagem comunitária encontrar as respostas comunitárias adequadas às suas reais necessidades e interesses. De modo a ir ao encontro destes interesses emana a necessidade de contribuir para o aumento da formação e competências das AAD, já que são profissionais que estão na linha da frente no cuidar ao idoso dependente em contexto familiar. A comunicação é um tema que urge ser trabalhado já que é impossível estabelecer relação por parte das AAD com os idosos sem a utilização e aperfeiçoação da mesma.

A elaboração deste projeto tem como principal objetivo dar respostas para a implementação de atividades a desenvolver durante a unidade curricular Estágio II.

BIBLIOGRAFIA

Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar ao idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10508>

Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação. Universidade do Minho, Portugal, Disponível: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%c3%a3o_final.pdf

Ávila, R. (2009). *Idosos: A Enfermagem e os cuidados de proximidade*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel salazar, Porto, Portugal. Disponível: [www: <URL: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf>](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf).

Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª Edição, Loures: Lusodidacta.

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*, Tese de mestrado em gerontologia social, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal. Disponível: <http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/3534/Jocelina%20Gameiro%20dos%20Santos%20Concei%c3%a7%c3%a3o%20%20Projeto%20Mestrado%2026J.pdf?sequence=1>

Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República Nº 109/06 de Junho 2006- I SÉRIE A. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. *Diário da República nº 38/2008 – I Série A*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Despacho Normativo nº 62/99. Diário da República n.º264/1999 – I Série B.Ministério do trabalho e da Solidariedade.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Jeremias, C., Rodrigues, F. (2010). *O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade*. Nursing, 263, p. 12-17.

Militar, S. (2012). *Formar para cuidar*. Tese de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Lisboa, Portugal. Disponível: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13570/1/Relat%c3%b3rio%20Sofia%20Militar.pdf>

Martins, C. (2011) *Cuidados de Enfermagem Especializados: Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento; Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária*. Ordem dos enfermeiros: Governação Clínica e estratégias profissionais, 17, pp. 43-46.

Neuman, B. (1995) - The Neuman Systems Model. Stamford: Lance

Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid, Espanha: Organização Mundial de Saúde.

Sousa, M. (2011)., *O cuidador de acção directa a idosos: papel no sistema de cuidados*. Patient Care, 171, 16, pp 60-66.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição, Loures: Lusociência

ANEXO III- FICHA DE INSCRIÇÃO NAS SESSÕES DE FORMAÇÃO



SESSÕES DE FORMAÇÃO

Ficha de Inscrição



Nome:

Telefone:

Instituição:

Selecione uma das seguintes opções:

1. **Idade:** Menos de 20 anos 20 a 39 anos 40 a 59 anos 60 ou mais anos

2. **Sexo:** Masculino Feminino

3. **Estado Civil:** Solteiro/a Casado/a ou União de facto Divorciado/a ou Separado/a
Viúvo/a

4. **Nacionalidade:** Portuguesa Outra Qual

5. **Habilitações Literárias:** 1º Ciclo Ensino Básico 2º Ciclo Ensino Básico 3º Ciclo Ensino Básico
Ensino Secundário Ensino Superior Ensino Profissional

6. **Possui formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente?**

Sim Não

7. **Há quanto tempo realizou a última formação?**

Menos de 1 ano 1 a 2 anos Mais de 2 anos Não tem formação

8. **Há quanto tempo exerce a atividade profissional de cuidador/a?**

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 10 anos

9. **Há quanto tempo é cuidador/a na Instituição?**

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 10 anos

10. A atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal?

Sim Não

11. Nº de horas de trabalho semanal:

Menos de 20 horas 20 a 29 horas 30 a 39 horas 40 ou mais horas

12. Regime de horário:

Rotativo Fixo

13. Tipo de contrato:

Termo certo Efetivo Prestação de serviços Outro Qual?

14. Como caracteriza o seu nível de formação?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom Excelente

15. Tendo em conta a sua formação como caracteriza o nível de cuidados que presta?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom Excelente

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

Mensal Trimestral Semestral Anual Desconhece/Não sabe

Assinatura:

Data:

ANEXO IV- GUIÃO DE ENTREVISTA AOS INFORMANTES-CHAVE



Guião de Entrevista- Ajudantes de Ação Direta

Necessidades formativas das AAD, prestadoras de cuidados a pessoas dependentes de 3 IPSS's (Carvalho Benfeito, Chão da Parada e Salir do Porto)

Somos três enfermeiros a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém a realizar estágio na Unidade de Saúde Pública de Caldas da Rainha sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Fátima Neves, e da Professora Maria Rosário Machado.

Estamos a elaborar um projeto que se prende com as necessidades formativas das Ajudantes de Ação Direta (AAD), prestadoras de cuidados a pessoas dependentes, das IPSS's selecionadas do Concelho de Caldas da Rainha.

O grupo pretende identificar as necessidades formativas das AAD para futuramente implementar um plano de ações de formação que respondam às principais dificuldades reportadas de modo a promover a capacitação e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, solicitamos a sua colaboração no sentido de nos fornecer alguns dados que consideramos pertinentes, através das seguintes questões:

1- Qual a sua idade?

20 a 30 anos ___ 30 a 40 anos ___ 40 a 50 anos ___ + de 50 anos ___

2- Quais são as suas habilitações literárias?

Formação académica _____

Formação profissional _____

A formação profissional é peça fundamental na gestão de qualquer organização. Para os cuidadores formais, esta formação é essencial para a aquisição de competências e saberes, pois enquanto profissão, com uma forte natureza relacional, o desenvolvimento do saber-ser, saber-estar e saber-fazer, são imprescindíveis para um bom desempenho profissional (Jacob, 2002).

3-Qual a sua opinião sobre esta afirmação?

4-Qual a formação que possui na área de prestação de cuidados à pessoa dependente?

5-Na prestação de cuidados à pessoa dependente, qual ou quais são as atividades que considera ter mais dificuldade de executar? Porquê?

6-Quais os assuntos que gostaria de ver abordados em ações de formação?



GUIÃO DE ENTREVISTA AOS INFORMANTES CHAVE (Diretoras Técnicas das IPSS's)

Informante-chave

Data _____

Local _____

Esta entrevista destina-se a integrar um Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, Estágio II na USP de Caldas da Rainha, sob orientação da Profª Rosário Machado e Enfª Cooperante Fátima Neves (Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública – USP Caldas da Rainha) e tem como principal objetivo: **Realizar um diagnóstico de Enfermagem sobre as necessidades formativas das ajudantes de ação direta de Serviço de Apoio Domiciliário de 3 IPSS's (Carvalhal Benfeito, Chão da Parada e Salir do Porto).**

Este diagnóstico será formulado no sentido de planear e implementar estratégias de enfermagem com outras parcerias imprescindíveis, por forma a dar resposta às necessidades de formação das AAD para melhor cuidar do idoso dependente.

Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas.

Idade - 20 a 30 anos ____ 30 a 40 anos ____ 40 a 50 anos ____ + de 50 anos ____

Género _____

Formação académica _____

Formação profissional _____

1- As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) assumem uma missão de responsabilização social para com os seus utentes, nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), tentando alcançar os melhores cuidados, proporcionando uma maior qualidade de vida.

Na sua opinião o Serviço de Apoio Domiciliário dá resposta às necessidades dos idosos dependentes?

2- Como caracteriza as AAD desta equipa?

2.1- Que conhecimentos têm para a função que desempenham?

2.2- De que forma gerem o trabalho em equipa?

3- Quais as maiores dificuldades referidas pelas AAD no seu dia-a-dia?

4- Segundo a convenção de trabalho das IPSS's, estas devem contribuir para a elevação do nível de produtividade do trabalhador, nomeadamente proporcionando -lhe formação profissional. Nesta IPSS o que é feito neste sentido?

4.1- Que atitude as AAD's demonstram em relação à formação?

5- Quais as necessidades formativas que considera mais urgentes nesta equipa de AAD?

ANEXO V- CARTAS EXPLICATIVAS E CONSENTIMENTOS INFORMADOS



Ex.ª Srª Diretora do Centro Paroquial Nª Srª das Mercês

Somos alunos do 6º Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, a realizar estágio na Unidade de Saúde Pública das Caldas da Rainha sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Fátima Neves, e da Professora Maria Rosário Machado.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos do nosso estágio estamos a elaborar um projeto que contempla a avaliação das necessidades formativas das Ajudantes de Ação Direta que exercem funções em IPSS's, nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário do Concelho.

Assim, vimos por este meio solicitar o pedido de autorização de realização de uma entrevista com a Ex.ª Diretora e outra com uma Ajudante de Ação Direta para o levantamento das necessidades e posterior implementação do nosso plano de formação. Consideramos que a vossa opinião enquanto elementos de referência da comunidade são fundamentais para a prossecução do nosso trabalho.

Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas e solicitar o seu consentimento para a utilização dos dados recolhidos na elaboração do nosso projeto.

A entrevista terá aproximadamente a duração de 20 minutos.

Gratos pela disponibilidade

Os alunos:

Bruno Vicente

Daniela Nazário

Mónica Duarte

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____ declaro que fui informado (a) acerca dos objetivos e da metodologia do projeto que contempla a avaliação das necessidades formativas das Ajudantes de Ação Direta a exercerem funções em IPSS's, nomeadamente no Serviço de Apoio Domiciliário do Concelho.

Estou consciente da minha participação, e reconheço que o procedimento me foi explicado.

Reconheço o direito de em qualquer altura colocar as questões que achar relacionadas e recusar continuar com a minha participação, sem qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Tenho conhecimento que os dados obtidos, e por mim respondidos, serão usados somente para fins científicos.

Aquando do tratamento de dados é garantido o anonimato.

Fui informado (a) de que não terei qualquer encargo económico, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

Face ao exposto, aceito participar no mesmo.

Data ___/___/2016

ASSINATURA _____

ANEXO VI- ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS INFORMANTES CHAVE

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS INFORMANTES-CHAVE

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO SIGNIFICATIVAS
Necessidades identificadas	Necessidade de Formação das AAD's	Processo de Envelhecimento	<p>"Gostavam de ter conhecimentos sobre o ciclo de vida, o processo de envelhecimento..." (E1)</p> <p>"Têm muita dificuldade em lidar com o processo de morte de alguns utentes." (E5)</p>
		Gestão de conflitos	<p>"... uma das necessidades que referem é acerca da gestão de conflitos, na equipa e com o utente." (E1)</p> <p>"... esse domínio da gestão de conflito com as famílias é importante para a formação das AAD's." (E3)</p>
		Comunicação com os utentes e família	<p>"...referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família." (E1)</p> <p>"É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes." (E2)</p> <p>"É importante saberem um pouco mais como lidar e comunicar com utentes com patologias do foro psiquiátrico; acerca de psicossociologia do idoso..." (E3)</p> <p>"Talvez fosse uma mais valia sabermos como lidar com alguns utentes mais difíceis, com Alzheimer, por exemplo..." (E4)</p> <p>"A algumas funcionárias falta um pouco de 'saber comunicar' e de saber manter o sigilo profissional com os utentes, um pouco de ética profissional (...) muitas vezes não sabem usar a comunicação." (E5)</p>
		Cuidados de higiene e conforto	<p>"...uma das áreas que pedem formação é sobre cuidados de higiene." (E1)</p> <p>"... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos." (E2)</p>
		Posicionamentos e transferências	<p>"... como posicionar um utente em segurança, no leito e na transferência para cadeira..."(E1)</p> <p>"... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos." (E2)</p>

			<p>“... é fulcral e fundamental a formação em posicionamentos e mobilizações.” (E3)</p> <p>“As transferências para a cadeira e os levantes trazem-lhes algumas dificuldades...” (E5)</p>
		Prevenção de úlceras	<p>“... temos algumas dúvidas quando há alterações na pele.” (E2)</p> <p>“... acho que as funcionárias não têm conhecimentos suficientes para saberem fazer uma boa avaliação da pele, para sinalização para a enfermagem de início de feridas.” (E3)</p>
		Alimentação por SNG	<p>“Se houver necessidade de administrar alimentação por SNG a algum utente, terá de se apostar em formação nessa área.” (E1)</p> <p>“Não damos alimentação por sonda, mas também não sabemos fazê-lo.” (E4)</p> <p>“Não dão alimentação por sonda a nenhum utente, de momento, e elas esquecem-se disto facilmente (...) quando há essa necessidade temos de voltar a pedir à enfermagem esses ensinamentos, novamente.” (E5)</p>
		Cuidados com Sonda Vesical	<p>“Não sabemos como a melhor maneira de lidar com algalias.” (E4)</p>
		Suporte Básico de Vida	<p>“As funcionárias mais recentes não têm formação ... nem em SBV.” (E1)</p> <p>“... porque uma PLS salva uma vida, porque uma Manobra de Heimlich salva uma vida e saber quando ligar e pedir ajuda é essencial.” (E3)</p>
		Primeiros Socorros	<p>“A formação é rápida, muito no geral, mas elas gostam de ter formação nessa área e de relembrar conhecimentos, no entanto as funcionárias mais recentes não têm formação em primeiros socorros...” (E1)</p> <p>“... algumas de nós têm feito algumas formações (...) em primeiros socorros...mas as novas colegas não têm formação.” (E2)</p> <p>“... estes tipos de funcionárias deveriam ter todas formação nesta área de primeiros socorros.” (E3)</p> <p>“Eu não tenho formação em primeiros socorros.” (E4)</p>

			<p>“Apenas algumas das funcionárias têm alguma formação em primeiros socorros...” (E5)</p>
<p>Pertinência das necessidades identificadas</p>	<p>Desenvolvimento das competências das AAD's</p>	<p>_____</p>	<p>“Os conhecimentos não são suficientes, precisam de mais formação...” (E1)</p> <p>“As AAD's têm uma função muito exigente e de grande responsabilidade, têm de ter um controle emocional muito grande, têm de ter uma preparação muito grande.” (E1)</p> <p>“... são um elemento crucial a nível de intervenção social.” (E1)</p> <p>“... é importante a melhoria da prestação de cuidados aos utentes, pelas AAD's e dos serviços prestados pela IPSS.” (E3)</p> <p>“Elas detetam novas situações e reportam sempre à enfermagem...têm sempre essa consciência de pedir ajuda e esclarecer dúvidas.” (E5)</p> <p>“Elas tentam prestar os cuidados da melhor forma para não errarem com o utente...” (E5)</p>
	<p>Resposta do SAD aos idosos dependentes</p>	<p>_____</p>	<p>“O SAD dá resposta parcialmente...é feita uma avaliação das necessidades do utente e realizada uma visita domiciliária para ver essas mesmas necessidades, para esclarecer dúvidas à família e utente, para adaptações.” (E1)</p> <p>“O acolhimento é feito pelas AAD's que têm como funções dar os pequenos-almoços e almoços, prestar cuidados de higiene, limpezas, posicionamentos e transferências cadeirão/ leito.” (E1)</p> <p>“... o SAD dá resposta aos utentes, embora nalgumas situações fosse necessário institucionalização de alguns utentes que exigem mais cuidados.” (E3)</p> <p>“Há uma boa articulação com as famílias mas há muitos constrangimentos económicos das famílias.” (E3)</p> <p>“O serviço de SAD presta serviços de higiene, alimentação, limpeza, tratamento de roupa...” (E3)</p> <p>“Nós nunca temos lista de espera. Conseguimos dar resposta a todos os utentes que nos solicitam.” (E5)</p> <p>“Damos apoio a 39 utentes em SAD, muitos com grande dependência.” (E5)</p>

	<p>Necessidades sentidas no contexto de trabalho</p>	<p>_____</p>	<p>“...não sabem bem como realizar alguns cuidados ao utente em segurança, mas procuram informação.” (E1) “... têm dificuldade em gerir o stress que o seu dia-a-dia acarreta.” (E1) “... referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família.” (E1) “Há uma grande exigência por parte dos utentes e grande diversidade de culturas, crenças em cada utente.” (E1) “... os utentes são cada vez mais dependentes e necessitam de muitos cuidados e assistência...temos uma população muito envelhecida...a ajuda é pedida muito tarde” (E1) “... a exigência dos utentes e familiares vem trazer muitos constrangimentos, essencialmente às AAD’s.” (E3) “Há alguma dificuldade de relacionamento com algumas famílias.” (E3) “Alguns idosos tornam-se mais agressivos... ou também há situações de suspeita de maus tratos a idosos por parte dos familiares, que as AAD’s que não sabem como agir.” (E3) “Elas sentem mais dificuldade em lidar com utentes com alterações mentais...” (E3) “Alguns utentes ficam melindrados facilmente...é difícil para elas comunicar com alguns deles e com familiares.” (E5) “A nível emocional é difícil para elas lidarem com alguns utentes...” (E5)</p>
<p>Prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio</p>	<p>Dificuldades sentidas pelas AAD’s</p>	<p>_____</p>	<p>“... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” (E2) “É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes.” (E2) “Sinto dificuldade em cuidados de higiene e a posicionar utentes mais dependentes...vou sempre com alguém mais experiente.” (E6) “A nível emocional para mim é muito difícil lidar com algumas situações de utentes mais dependentes.” (E6)</p>
	<p>Grupo etário</p>	<p>_____</p>	<p>“Tenho 48 anos.” (E2)</p>

Caraterísticas das AAD's			<p>"Tenho 57 anos." (E4)</p> <p>"Tenho 54 anos." (E6)</p>
	Habilitações literárias	_____	<p>"Tenho o 9ºano." (E2)</p> <p>"Só tenho a 4ª classe." (E4)</p> <p>"Tenho o 9º ano de escolaridade." (E6)</p>
	Formação		<p>"A equipa de AAD's é um pouco resistente à formação em sala." (E1)</p> <p>"Eu tirei a formação de Apoio à Família e à Comunidade." (E2)</p> <p>"... não tinha ideia do que era trabalhar com idosos, a formação deu-me uma noção da realidade." (E2)</p> <p>"... algumas de nós têm feito algumas formações, sobre avaliação de glicémias, cuidados de higiene, em primeiros socorros...mas as novas colegas não têm formação." (E2)</p> <p>"... não fazemos reciclagem da formação que recebemos na fase inicial." (E2)</p> <p>"... tenho duas agentes de geriatria, as restantes sem formação mas com experiência." (E3)</p> <p>"Elas estão sempre disponíveis para aderir à formação, mas nos últimos anos não se tem cumprido as horas para formação e as funcionárias têm alguma dificuldade de articulação para disponibilidade de horário para formação." (E3)</p> <p>"Algumas fizeram formação no âmbito da ética profissional, gestão de conflitos e alimentação." (E3)</p> <p>"Não tenho formação na área, só experiência profissional e a nível pessoal." (E4)</p> <p>"Acho que a formação para nós é uma mais-valia." (E4)</p> <p>"Algumas delas fazem alguma formação na área do idoso, embora não façam muita reciclagem..." (E5)</p> <p>"Há pouco tempo, em parceria com outra IPSS, 4 funcionárias fizeram formação na área de Geriatria..." (E5)</p> <p>"Temos alguma dificuldade em dar formação pelo horário exigente de trabalho que elas têm..." (E5)</p> <p>"A formação é muito importante. Eu nunca fiz formação nesta área do idoso (...) mas outras colegas já fizeram..." (E6)</p>

	<p>Trabalho de equipa</p>	<p>_____</p>	<p>“É uma boa equipa, com muita sensibilidade; equipa unida.” (E1) “São para muitos utentes como família...” (E1) “Há uma boa comunicação na equipa, resolvemos bem os problemas entre nós e comunicamos à chefe alguns assuntos mais difíceis a resolver.” (E2) “O trabalho em equipa é bom e transmito sempre essa mensagem do trabalho de equipa ser fulcral e fundamental.” (E3) “Conflitos há sempre...” (E3) “Não há problemas dentro da equipa, o trabalho é ótimo e há boa comunicação.” (E4) “A equipa organiza-se bem, entreadjudam-se, esperam sempre umas pelas outras...são todas diferentes mas dão-se bem.” (E5) “Tento manter um equilíbrio nas equipas...uma com mais jeito para o cuidar da pessoa e outra com mais jeito para limpezas.” (E5) “Toda a equipa se relaciona bem...e é também uma equipa experiente.” (E6)</p>
--	----------------------------------	--------------	--

ANEXO VII- PROTOCOLO DESENVOLVIDO PARA A RSL

Title- Como promover a promoção da capacitação das
Ajudantes de Ação Direta no Processo de
Comunicação ao idoso em contexto domiciliário

Vicente, Bruno ¹

1 Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde

Corresponding author:

Bruno Vicente

Email: brunovicente33@gmail.com

Review question

Como promover a capacitação das ajudantes de ação direta na melhoria do processo de comunicação à pessoa idosa em contexto domiciliário?

Objective

Compreender como se promove a capacitação das Ajudantes de Ação Direta no Processo de Comunicação ao idoso em contexto domiciliário

Background

Na atualidade colocam-se novos desafios e novas exigências aos sistemas de saúde das sociedades modernas com o envelhecimento progressivo da sua população. Esta tendência verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, onde se confirma um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Em 2013 a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos de idade) aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

As pessoas vivem cada vez mais tempo e, embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas elas passam, alteram o seu equilíbrio homeostático e exigem um novo equilíbrio, ao qual cada indivíduo se adapta com maior ou menor facilidade (Palma, 1999).

A dependência é definida de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, como:

[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

Esta definição é reforçada por Andrade (2009) quando afirma que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais.

Os cuidados têm um carácter universal, mas também multidimensional, adequado às crenças, valores e culturas da população alvo dos mesmos. Qualquer que seja o nível da prestação de cuidados, o enfermeiro terá de identificar os recursos existentes, por forma a responder às necessidades identificadas, para uma continuidade de cuidados, interdisciplinaridade, articulação de cuidados e desenvolvimento de programas que promovam a saúde e o bem-estar da comunidade Militar (2012).

Segundo o Despacho Normativo nº 62/99, que define as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos e serviços nas diferentes valências, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é definido como “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária”. Segundo RODRIGUEZ (2006), o SAD consiste num programa individual, com carácter preventivo e reabilitador em que se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção

profissional, prestados no domicílio do indivíduo idoso ou não, com certo grau de dependência, satisfazendo as suas necessidades básicas e gerais, permitindo e facilitando a sua permanência no domicílio. Para atingir os seus objectivos, o Serviço de Apoio Domiciliário pode disponibilizar de um conjunto diversificado de serviços, que respondam às necessidades sentidas pelos indivíduos, como:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;
- Manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- Confeção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do SAD;
- Acompanhamento das refeições;
- Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do SAD;
- Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

O SAD conta com uma equipa de profissionais, técnicos de serviço social, encarregadas e AAD, que se deslocam aos domicílios e desempenham tarefas, de acordo com o preconizado no plano de atuação definido para determinado utente.

Encarado muitas vezes como um recurso quando a família não consegue dar a resposta adequada ao estado de saúde do seu familiar, o apoio domiciliário, ao envolver uma complexa mas articulada rede de e entre profissionais, assume-se como uma alternativa ao internamento. É, assim importante ter em conta não só a pessoa alvo de cuidados, mas também a família e o meio envolvente, pois só considerando todas estas variáveis, será possível planificar e programar com eficácia e eficiência os

cuidados a desenvolver no domicílio, junto do utente e dos seus cuidadores (Andrade, 2009).

O facto de cada pessoa ser única, com características próprias que a definem (biológicas, sociais, psicológicas, comportamentais, culturais, espirituais e económicas), e estando integradas num sistema maior, a família, torna-se crucial ter em conta as interações estabelecidas entre cada indivíduo, sua família e comunidade, adequando-se respostas às efetivas necessidades. A inexistência de uma rede de apoio familiar ou quando esta é pouco eficaz numa assistência contínua à pessoa dependente, o apoio dos cuidadores formais é essencial para evitar a institucionalização e a hospitalização, pelo impacto na liberdade, autonomia, despersonalização e estigmatização social (Ávila, 2009).

Na literatura gerontológica é possível identificar várias definições e tipologias de cuidadores.

Distinguem-se os cuidadores formais e os cuidadores informais Militar (2012).

Para Figueiredo (2012), o cuidador informal que também pode ser designado de prestador familiar ou cuidador familiar, é a pessoa que assume o acompanhamento do processo de cuidados à pessoa com necessidades de cuidados e não tem remuneração pela prestação dos mesmos.

O cuidado informal pode ser assumido por amigos, vizinhos ou outros mas, normalmente, é a família que assume a responsabilidade da organização ou assistência e prestação de cuidados.

Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, tendo que haver uma preparação específica para este papel, estando integrados numa atividade profissional, que incluem atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias (SOUSA, 2011).

Quando falamos de idosos, os serviços de apoio existentes são os centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e lares, sendo os hospitais e outros serviços de saúde também vistos como recurso comunitário para esta faixa etária da população Carvalho (2012).

Em Portugal, no grupo alvo da população idosa, o “Lar de Idosos” é a resposta com maior incidência de dependentes ou grandes dependentes (cerca de 50%), seguindo-se o Serviço de Apoio Domiciliário (MTSS, 2009 citado por Carvalho 2012).

Outro factor que constitui este enquadramento é o facto de nos contextos institucionais, os cuidadores de acção directa cuidam (“dão banho, mudam a fralda, alimentam, posicionam, reposicionam, transportam”) de uma população numerosa e com patologias associadas e grau de dependência elevado (SOUSA, 2011).

As funções das Ajudante de Acção Directa está presente no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 15, 22/4/2011 do Contrato colectivo entre a CNIS — Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a FNSFP — Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública. Esta função está integrada dentro dos Trabalhadores de Apoio cabendo-lhe cumprir com os seguintes requisitos:

1 — Trabalha directamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Recebe os utentes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;
- b) Procede ao acompanhamento diurno e ou nocturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detectando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
- c) Assegura a alimentação regular dos utentes;
- d) Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;
- e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente, as Representações Culturais de Género na Função Ajudante de Acção Directa nas IPSS’s executando pequenos pensos e administrando medicamentos, nas horas prescritas e segundo as instruções recebidas;
- f) Substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos utentes, procede ao acondicionamento, arrumação,

distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;

g) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto.

Segundo Stone, estes trabalhadores pouco qualificados são pouco acompanhados na fase de integração, sendo responsáveis pelos cuidados mais diretos aos utentes, numa profissão na qual se registam índices elevados de acidentes de trabalho. A instabilidade laboral, as saídas frequentes das instituições, a ausência de motivação, a insatisfação no trabalho, o deficiente desempenho profissional, o distanciamento e desumanização nas relações pessoais e profissionais gera um comprometimento do nível da qualidade dos cuidados prestados à população idosa (SOUSA, 2011 citado por Militar 2012).

Hoje em dia as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas sendo imprescindível o melhoramento de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação contínua contribui para um aperfeiçoamento da formação inicial, facilitando a tomada de consciência dos obstáculos e decisões na vida profissional. Deste modo a formação deve ser orientada então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, sendo importante ressaltar que a formação não é estanque, carecendo de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho Conceicao (2012).

Para Miliar (2012) uma das principais consequências da sensação de cansaço nas AAD prende-se com a dificuldade na própria prestação de cuidados pela falta de formação específica. Outro dos fatores que está relacionado com o cansaço é tanto o estado mental e físico e o nível cognitivo da pessoa cuidada, bem como o do próprio cuidador.

Para Conceição (2012) a atualização profissional permanente ao longo da vida tem como consequência a capacitação do indivíduo para o bom desempenho, pelo que surge como uma necessidade premente para os profissionais, já que a formação inicial, quando existe, não concede ao indivíduo saberes suficientes para o resto da vida profissional.

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

O investimento na formação das AAD e a valorização desta profissão é uma condição para a qualidade do sistema de cuidados aos idosos. Só assim teremos organizações que prestarão cuidados de excelência para que consigamos dar mais qualidade aos utentes/família. (SOUSA, 2011). Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (*Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*).

Também de acordo com o código deontológico dos enfermeiros, nomeadamente o artigo 80 o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e nas respostas adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Tendo por base as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária bem como o Código Deontológico cabe a este profissional encontrar a melhor estratégia para potenciar o nível dos cuidados ao idoso em contexto domiciliário. Proporcionar formação às AAD é um caminho para ir ao encontro deste desígnio.

Num estudo de Coffey (2004) citado por Carvalho (2012), a introdução de formação foi positivamente percebida por uma amostra de cuidadores formais, tendo sido considerada uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora da melhoria de cuidados prestados a idosos. Uma área que carece de ser trabalhada e merece se apostar na melhor formação é a comunicação.

A comunicação tem um papel fundamental na interação com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores. As palavras utilizadas têm grande poder já que tanto podem ser benéficas como perniciosas caso não seja entendido devidamente o seu significado. Devem ser adequadas ao nível cultural do idoso e sempre que possível utilizar a linguagem verbal e não-verbal para fortalecer a mensagem. A complementaridade dos dois tipos de comunicação é muito importante na área dos cuidados aos idosos, comunicar não se refere só aos conteúdos mas também aos sentimentos e emoções que se podem transmitir (Alves, 2003).

Para que a comunicação seja eficaz é necessário saber ouvir, isto é, estar atento enquanto o idoso fala, mostrar disposição em partilhar a conversa. Por vezes o silêncio é necessário, pois transmite uma vontade de ouvir, uma aceitação sem transmitir dúvidas ou discordâncias, mas permanecendo atento às expressões faciais (Alves, 2003). Durante os cuidados, quem cuida deve tomar a sua mensagem clara e concisa. A clarificação é a capacidade de manter uma comunicação clara concreta e eficaz de modo a ajudar o cliente a formular e delimitar os seus problemas" (Berger 1995 citado por Alves, 2003).

Critérios de inclusão

Cuidadores formais a desempenharem funções em contexto domiciliário

Types of participants

Auxiliares de Ação Direta adultas e saudáveis a trabalhar no Serviço de Apoio Domiciliário

Types of intervention of interest

Promoção da capacitação das AAD na melhoria do processo de comunicação ao idoso em contexto domiciliário.

Types of outcomes

Comunicação ao idoso em contexto domiciliário

Types of studies

Estudos no âmbito do Paradigma Positivista e Interpretativista

Search strategy –Estratégia de pesquisa

Com base na questão formulada definiram-se as palavras-chave Enfermeiro, Educação Cuidadores Formais e Comunicação. Através da pesquisa na plataforma Mesh Browser identificaram-se os descritores: Nurs, Education, Home Health Aides e Communication.

A partir destes descritores procurou-se estudos que permitam compreender como se capacita as Ajudantes de Ação Direta na melhoria do processo de comunicação à pessoa idosa em contexto domiciliário.

Para ir ao encontro deste objetivo procedeu-se à pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL, Medline Complete, Medclatina, Pubmed e Proquest. A pesquisa foi realizada no dia 4 de Outubro de 2016 no Distrito de Santarém pelas 19horas horas com a seguinte expressão de pesquisa:” Nurs**,” Education”, “Home Health Aides” e “Communication”.

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes:

- PUBMED: Free full text; 10 years; Humans.
- PROQUEST: Texto completo; Mulheres; Homens; Data publicação (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); Tipo de documento (Artigo e Artigo Principal); Idioma (Espanhol, Inglês, Português); Faixa etária (Adulto 19-44; Meia idade 45-64).
- CINAHL Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Publicação (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); Língua inglesa; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Sexo (tudo); Faixa etária (All Adult); Texto completo em PDF.
- Medline Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); Resumo disponível; Humano; Sexo (tudo); Faixa Etária (All Adult 19 + years);
- Medclatina: Booleano/Frase; Texto completo; Revistas académicas (analisadas por especialistas); Data (Setembro de 2006 a Setembro de 2016); texto completo em PDF.

Os resultados da pesquisa constam na tabela abaixo.

Tabela 1- Resultados da pesquisa nas bases de dados

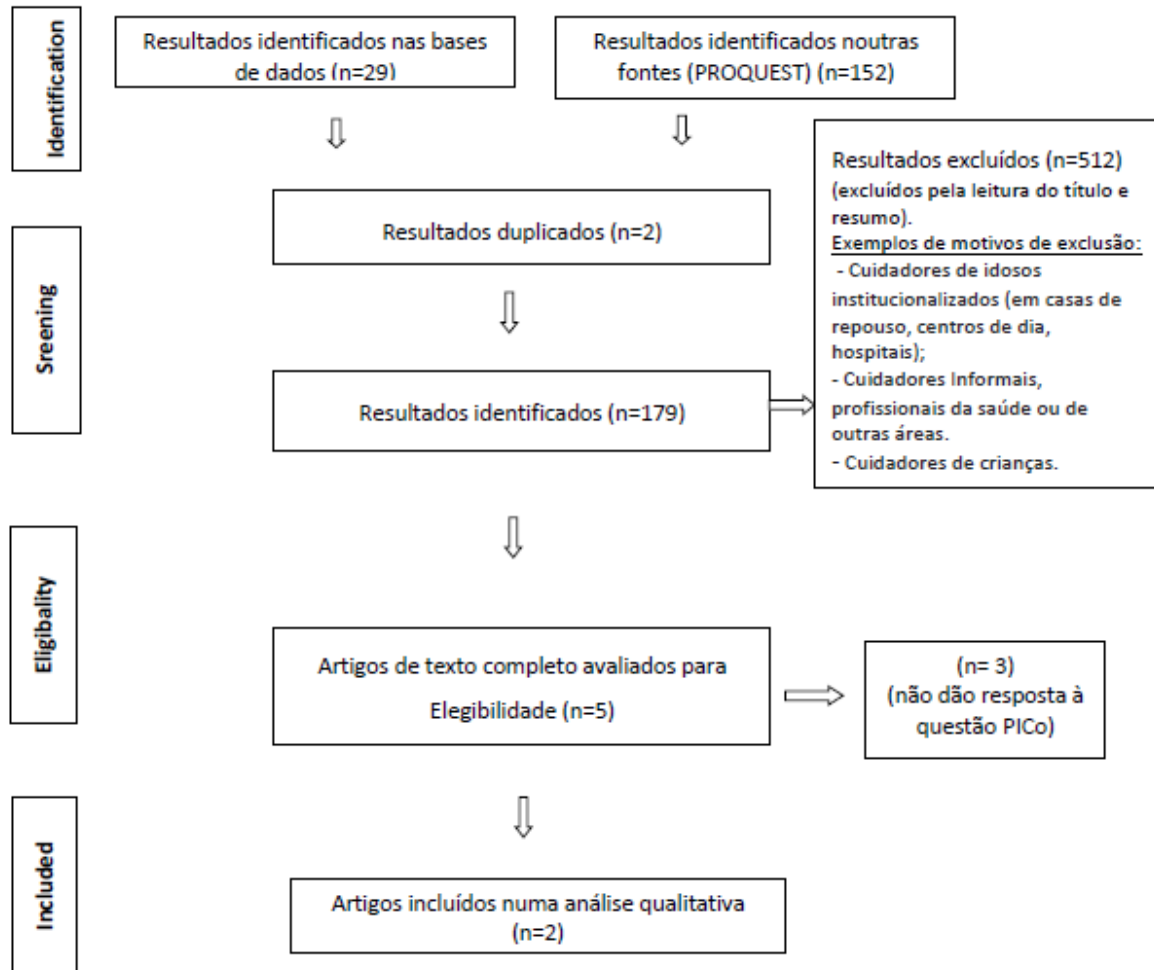
Palavras chave	PUBMED	PROQUEST	Plataforma EBSCO		
			CINAHL Complete	Medline Complete	MedicLatina
<i>Nus*</i> (1)	138189	28363	2785	61177	1922
<i>Education</i> (2)	293307	46244	1544	102073	3529
<i>Home Health Aides</i> (3)	366	448	3	90	0
<i>Communication</i> (4)	169475	19112	414	36751	1304
1+2	45408	16721	155362	170319	484
1+3	266	364	412	305	0
1+4	17284	8367	27324	33187	158
2+3	117	344	269	161	0
2+4	38135	11368	25353	46,095	315
3+4	45	215	43	59	0
1+2+3	95	278	101	95	0
1+2+4	7944	6523	8017	10603	51
2+3+4	19	181	18	21	0
3+4+1	36	185	29	24	0
1+2+3+4	2	152	12	15	0

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados inicialmente 181 artigos, sendo 5 repetidos.

Foram lidos os títulos e resumos de 179 artigos. Foram selecionados 5 artigos para elegibilidade, sendo que 3 destes não davam resposta à questão PICO formulada. Deste modo elegeram-se 2 artigos para proceder à avaliação metodológica.

Assessment of methodological quality Prisma

Prisma FlowChart 2009



Data Extraction:

Quadro Resumo do Artigo 1: “Interactions and Relationships in Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care Workers” **Anexo I- Instrumento de avaliação Qari relativamente ao artigo 1.**

Título	Interactions and Relationships in Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care Workers
Autor	Dena Shenk
Publicação	Cult Med Psychiatry- Published online: 27 April 2012
Objectivo	O objetivo do estudo foi verificar os pontos de vista, atitudes e traços dos cuidadores de cuidados diretos e compreender ainda a importância das relações e da comunicação no cuidar
Desenho do Estudo Material e métodos	Abordagem Qualitativa Metodologia qualitativa com recurso a análise de narrativas
População Amostra e Participantes/C ontexto	Trabalhadores de cuidados diretos em domicílio quinze trabalhadores cuidados diretos na comunidade Comunidade-Charlotte, Carolina do Norte.
Colheita de dados Tratamento e análise	Análise de Conteúdo de Entrevistas e Narrativas

Principais resultados Conclusões	<p>As Interações efetivas e relações positivas também são necessárias para a criação de um ambiente de trabalho positivo e uma experiência positiva para aqueles que trabalham nos cuidados de longo prazo. Os benefícios da prestação de cuidados centrada na pessoa, em oposição aos cuidados que apenas se orientam para a tarefa incidindo apenas sobre as necessidades físicas ou médicas, são importantes para ambos os residentes e para os que prestam cuidados.</p> <p>Com o envelhecimento da população a aposta nos cuidadores formais na comunidade é uma resposta perante o desafio do envelhecimento. Estas</p>
---	---

	<p>cuidadoras desenvolvem cuidados às pessoa com dependência, mas valorizar as interações entre cuidador/utente, cuidador/família, cuidador dentro da equipa de trabalho é de extrema importância. Neste ponto deve valorizar- se a comunicação e uma atitude positiva de modo a ter um bom ambiente de trabalho e a prestar cuidados de qualidade elevada. Embora muitas vezes nestes cuidadores se enfoque a importância de não se deixarem envolver emocionalmente, este artigo dá contributos no sentido de se valorizar mais a importância, do toque, do sorriso, da parte emocional e comunicacional de modo a tornarem-se bons cuidadores na procura da elevada qualidade de cuidados. É ainda de salientar que estes cuidadores têm uma vida fora deste trabalho e a forma como lidam com os problemas na sua vida pode ter impacto no dia a dia do trabalho.</p>
--	---

Quadro 2- Quadro Resumo do Artigo 1: “Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker” Anexo I- Instrumento de avaliação Qari relativamente ao artigo 2.

Título	Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker
Autor	Margaret Devlin e Sonja McIlfratrick
Publicação	International Journal of Palliative Nursing 2010, Vol 16, No 4
Objectivo	O objetivo do estudo foi conhecer o papel e as experiências dos trabalhadores em cuidados domiciliários paliativos e fim-de-vida. Explorar as perceções dos enfermeiros da comunidade sobre o papel dos profissionais de cuidados de casa em cuidados paliativos e de fim de vida para identificar o treino, suporte e necessidades de supervisão de trabalhadores de cuidados a domicílio em cuidados paliativos e de fim de vida.

Desenho do Estudo Material e métodos	<p>Abordagem de métodos mistos.</p> <p>Questionário (dados qualitativos e quantitativos) para obter os pontos de</p>
	<p>vista dos trabalhadores domiciliários;</p> <p>Entrevistas aos enfermeiros comunitários</p>
População Amostra e Participantes/Contexto	<p>Trabalhadores de cuidados em domicílio e enfermeiros comunitários.</p> <p>236 trabalhadores domiciliários e 6 enfermeiros comunitários</p> <p>Cuidados Domiciliários no Reino Unido</p>
Colheita de dados Tratamento e análise	<p>Foram usados os seguintes instrumentos de colheita de dados:</p> <p>Questionário e Entrevistas</p> <p>Foi usado o software IBM SPSS versão 16.</p>

Principais resultados Conclusões	<p>Os principais resultados foram: todos os inquiridos eram do sexo feminino com idades entre 22 e 69 anos. A maioria ganhou experiência como cuidador enquanto trabalhador na instituição e escolheram a sua ocupação por “um desejo de cuidar e ajudar”. As principais tarefas que identificaram realizar foi “falar e ouvir os clientes/família, bem como a prestação de cuidados pessoais. A maioria considera que o seu papel é claro. Consideram ainda que o trabalho com clientes em fim de vida é mais stressante mas também muito gratificante. Das inquiridas, a maioria não tem qualificação reconhecida. Algumas trabalhadoras não tiveram nenhum treino para a ocupação e aprenderam no “terreno” com colegas de trabalho. Aproximadamente 2/3 das trabalhadoras não teve nenhuma formação em cuidados de fim de vida. As necessidades de treino incluem habilidades de comunicação, cuidados específicos em fim de vida. A necessidade de supervisão e apoio foram mencionados e destacam as colegas e os enfermeiros comunitários como fontes de apoio.</p> <p>Os enfermeiros comunitários vêem o papel dos profissionais de cuidados em casa como alguém que transmite tranquilidade para as famílias e fazem verificações regulares, assim como referenciam se necessário. É destacado que estes trabalhadores são fundamentais para a identificação e deterioração da condição da pele e da mobilidade dos clientes e nos contatos com os Enf^{os} da comunidade. Vários défices de formação foram identificados pelos enfermeiros e consideram que as atualizações são precisas para estes trabalhadores, incorporando todos os membros da equipa multidisciplinar. Destaca-se a necessidade de aumentar a</p>
---	---

	<p>supervisão destes trabalhadores; de um maior apoio e ainda a realização de reuniões entre trabalhadores de cuidados em domicílio e enfermeiros comunitários.</p> <p>Conclusões: Os trabalhadores de cuidados em casa também considerados cuidadores formais dão um contributo significativo para satisfazer as necessidades holísticas dos utentes que necessitam de cuidados em fim de vida. Têm um papel considerado stressante mas demonstram ser muito gratificante. O papel destes trabalhadores precisa de ser mais clarificado para evitar inconsistências na prática e na criação de expectativas irreais tanto para os próprios como para os utentes e famílias. Além da importância da clarificação do seu papel existem também as necessidades de educação e formação que devem ser realizadas em várias áreas. A importância da comunicação é de extrema relevância para a gestão de expectativas para o utente em fim de vida. Desta necessidade emerge então a importância do enfermeiro da comunidade, que deve desempenhar um papel de supervisor, de formador e de capacitador destes cuidadores formais. Desenvolver programas de educação e de formação bem como promover reuniões em grupo são uma estratégia para capacitar este grupo.</p>
--	---

Data synthesis

Com o envelhecimento da população a aposta nos cuidadores formais na comunidade é uma resposta perante o desafio do envelhecimento. Estas cuidadoras desenvolvem cuidados á pessoa com dependência, mas valorizar as interações entre cuidador/utente, cuidador/família, cuidador dentro da equipa de trabalho é de extrema importância. Neste ponto deve valorizar- se a comunicação e uma atitude positiva de modo a ter um bom ambiente de trabalho e a prestar cuidados de qualidade elevada. Embora muitas vezes nestes cuidadores se

enfoque a importância de não se deixarem envolver emocionalmente o 1º artigo dá contributos no sentido de se valorizar mais a importância, do toque, do sorriso, da parte emocional e comunicacional de modo a tornarem-se bons cuidadores na procura da elevada qualidade de cuidados. É ainda de salientar que estes cuidadores têm uma vida fora deste trabalho e a forma como lidam com os problemas na sua vida pode ter impacto no dia-a-dia do trabalho. Estes cuidadores têm um papel considerado stressante mas referem ser muito gratificante. O papel destes trabalhadores precisa de ser mais clarificado para evitar inconsistências na prática e na criação de expectativas irreais tanto para os próprios como para os utentes e famílias. Além da importância da clarificação do seu papel existem também as necessidades de educação e formação que devem ser realizadas em várias áreas. A importância da comunicação é de extrema relevância para a gestão de expectativas para o utente em fim de vida. Desta necessidade emerge então a importância do enfermeiro da comunidade, que deve desempenhar um papel de supervisor, de formador e de capacitador destes cuidadores formais. Desenvolver programas de educação e de formação bem como promover reuniões em grupo são uma estratégia para capacitar este grupo.

Conflicts of interest

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

Appendix I: Appraisal instruments Qari



Título: Interactions and Relationships in Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care Workers

Revisores: Bruno Vicente

Autor : Dena Shenk

Ano (2012)

Título Interactions and Relationships in Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care

Workers

Volume

Nº DOI 10.1007/s11013-012-9269-8

QARI						COMMENTS
	Criteria	y	n	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	x				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	x				O objetivo do estudo está discriminado de forma objetiva.
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	x				Metodologia qualitativa com recurso a análise de narrativas
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	x				No estudo o autor refere os achados que extraiu e o seu posterior tratamento
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	x				O autor é congruente na pesquisa metodológica e faz interpretação dos resultados na discussão
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.		x			.
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.		x			A influência do pesquisador no estudo não é abordada
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	x				Existem excertos dos participantes
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	x				Foi assinado consentimento informado
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	x				Neste estudo existe as conclusões fluem a partir da análise e da interpretação dos dados
Absolut Value		8	2	1		

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequívoco [] Credível [x] Indefinido []

Fundamentação: o artigo em avaliação gera dados a partir dos achados e representam percepções das abordagens dos trabalhadores de cuidados diretos para a prestação de cuidados de qualidade no seu trabalho.

Dimensões	Descrição das características
Método	Qualitativo
Fenómeno de interesse	verificar os pontos de vista, atitudes e traços desses cuidadores de cuidados diretos. Compreender a importância das relações e da comunicação no cuidar
Contexto de cuidados	comunidade
Origem geográfica	Charlotte, Carolina do Norte.
Origem cultural	EUA
Participantes	quinze trabalhadores cuidados diretos na comunidade
Conclusões dos autores	Interações efetivas e relações positivas também são necessárias para a criação de um ambiente de trabalho positivo e uma experiência positiva para aqueles que trabalham em cuidados de longo prazo. Os benefícios da prestação de cuidados centrada na pessoa, em oposição aos cuidados que apenas se orientam para a tarefa incidindo apenas sobre as necessidades físicas ou médicas, são importante para ambos os residentes e os que prestam cuidados.
Comentários do revisor	É possível compreender como é que as cuidadoras percebem o seu trabalho e a relevância que dão ao aspeto relacional e comunicacional dos seus cuidados.

Identificação das categorias

Nome	Cuidadores Formais na comunidade	
Descrição Ilustração no txt	Cuidadores Formais são um recurso que deve existir nas comunidades como estratégia para um crescimento do número de idosos que necessitam de cuidados.	The challenge of hiring and retaining well-trained caregivers for the growing numbers of elders in need of care is a global concern, along with the quality of care provision(pág 1- Introdução)
Nome	Local de trabalho	
Descrição Ilustração no txt	Estas cuidadoras passam grande parte do seu tempo do dia no eu trabalho.	As Portia explained: pretty much, my pictures, I just pretty much took them here at [Safe Harbor], because this is where I spend most of my time, and when I leave here, I'm home... and spending time with my own family (achado pág 10)
Nome	Interações/ relações	
Descrição Ilustração no txt		One half of all of the photographs selected by the direct care worker for their narratives focused on interactions between individuals within the residential community. These include interaction between (1) caregivers, (2) caregiver and resident, (3) resident and family, (4) caregiver and resident's family, and (5) between residents.

		(achados da pág.11 e início pág 2)
Nome	Bom cuidador	
Descrição Ilustração no txt		This discussion identified a crucial point for these caregivers: being a really good caregiver involves acting in ways that do not always follow what is prescribed by the administrators or what they are taught. Although they had been told to step back and not get emotionally involved, these dedicated caregivers agreed that getting involved and caring for the residents emotionally is part of how they do their jobs well (achado pág. 12)
Nome	Trabalho de equipa	
Descrição Ilustração no txt		Caregiving was presented in the narratives developed based on their re-viewing the photographs as hard and challenging work that requires effective teamwork and a positive attitude. The “main challenge is balancing personal and professional life.”(pág. 15- 550)
Nome	Vida Familiar	
Descrição Ilustração no txt		The caregivers talked about leaving their personal problems at the door and “taking care of our personal things...in order to do our job here.” As Portia stated: “You’ve got to burn it at both ends... Your day starts long before you come.” (achado pág 16-550)
Nome	Cuidados de qualidade	
Descrição Ilustração no txt		High-quality care requires good communication and teamwork and certain characteristics are highlighted including a positive attitude. We hear an emphasis, therefore, on communication and interaction—between caregivers and residents, caregivers, coworkers and other staff and volunteers, family and residents, family and staff, and among residents themselves. (achados da pág. 19-553)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>The challenge of hiring and retaining well-trained caregivers for the growing numbers of elders in need of care is a global concern, along with the quality of care provision. Extensive behavioral and social science evidence supports current efforts toward person-centered care for people with dementia and other older adults (achado da introdução pág. 1-535)</p> <p>Yet the emphasis in the provision of care by staff who are most often called Certified Nursing Assistants (CNAs) or Nursing Assistants and Med Techs, is on the provision of physical care and clinical practice. The emphasis on social engagement is not stressed and the direct care workers get mixed messages about the importance of social engagement from their supervisors who follow policies focused on providing physical care. (achado da introdução pág. 2-536)</p> <p>Underinsured, underpaid, and undervalued (Davis and Pope 2010; Tellis-Nayak and Tellis-Nayak,1989), many direct care workers find satisfaction and remain in their jobs because they feel that their work is a profession (Castle et al. 2007). Brannon et al. (2007) identifies turnover rate as high, but note that certain variables are associated with retaining staff, one of those being whether workers felt the job to be rewarding. Pfefferle and Weinberg (2008) found three main themes across 86 focus groups with CNAs; their work is “good work” or “God’s work,” they become very “close” to residents; and they care for “helpless” people. (achado pág. 3-537)</p> <p>Residents in assisted living generally require at least some assistance and care which is provided by the direct care workers along with the nurse in each community. (achado pág. 4-538)</p>	<p>Cuidadores Formais na comunidade</p>	<p>Com o envelhecimento da população a aposta nos cuidadores formais na comunidade é uma resposta perante o desafio do envelhecimento. Estas cuidadoras desenvolvem cuidados á pessoa com dependência, mas valorizar as interações entre cuidador/utente, cuidador/família, cuidador dentro da equipa de trabalho é de extrema importância. Neste ponto deve valorizar-se a comunicação e uma atitude positiva de modo a ter um bom ambiente de trabalho e a prestar cuidados de qualidade elevada. Embora muitas vezes nestes cuidadores se enfoque a importância de não se deixarem envolver emocionalmente, este artigo dá contributos no sentido de se valorizar mais a importância, do toque, do sorriso, da parte emocional e comunicacional de modo a tornarem-se bons cuidadores na procura da elevada qualidade de cuidados. É ainda de salientar que estes cuidadores têm uma vida fora deste trabalho e a forma como lidam com os problemas na sua vida pode ter impacto no dia a dia do trabalho.</p>
<p>This discussion identified a crucial point for these caregivers: being a really good caregiver involves acting in ways that do not always follow what is prescribed by</p>	<p>Bom cuidador</p>	

the administrators or what they are taught. Although they had been told to step back and not get emotionally involved, these dedicated caregivers agreed that getting involved and caring for the residents emotionally is part of how they do their jobs well. (**achado pág. 12- 546**)

“Hands of Time” (Photograph 3). She explained: This is a picture of my hand and the hand of (name of resident). I think that this picture speaks volumes. In the picture some people would see that my hands are white and hers are black, but to us it doesn't matter because we both care about each other. (**achado pág.17- 551**)

During their group discussion of the photographs, the direct care worker identified a crucial point: that being a really good caregiver involves behaviors that are different from what is prescribed by their supervisors and how they have been trained. Although they have been instructed to step back and not get emotionally involved, these dedicated caregivers agreed that it is through forming relationships and getting emotionally involved that they do their jobs so well. This is an important point to be considered by supervisors, educators, and policy makers (**achado pág.19 – 553**) effective interactions and relationships are now recognized as an essential component of quality care in long term care environments. Effective interactions and positive relationships are also necessary for the creation of a positive work environment and a positive experience for those who work in long term care. The benefits of person-centered caregiving, as opposed to instrumental, task-oriented care focusing only on physical or medical needs, are important for both the residents and those providing care. (**achado pág. 20- 554**)

The importance of providing for the residents' physical needs is described by Johanna about a photograph she had a co-worker take of her with a resident: “I was giving a resident some juice and cookies

<p>as an evening snack. It is extremely important to keep residents hydrated and full.” Margaret explains: “When days that a resident can’t do what is necessary, they depend on us for help and support”(pág. 17-551)</p> <p>In caregiving, I have learned that it’s okay not to have all the answers and you don’t have to be right all the time. You just have to be there for them no matter what and remind them that it is all going to be okay (pág. 17-551)</p>		
<p>These include interaction between (1) caregivers, (2) caregiver and resident, (3) resident and family, (4) caregiver and resident’s family, and (5) between residents (pág. 12-546)</p> <p>Special relationships with the residents are an important topic in the caregivers’ narratives and effective, comfortable relationships clearly improve the caregiving experience for both the residents and the direct care worker (pág. 13-547)</p> <p>Darlene also emphasizes the importance of family members’ relationships with the caregivers. As part of the caregiving team, family members ideally visit regularly and interact with both the residents and the caregivers (achado pág. 14-548).</p> <p>The direct care worker construe the caregiving role very broadly to include, as Portia dubbed it, “total care.” Not only the physical care but activities and interaction are recognized as important aspects of quality care. High-quality care requires good communication and teamwork and certain characteristics are highlighted including a positive attitude. We hear an emphasis, therefore, on communication and interaction—between caregivers and residents, caregivers, coworkers and other staff and volunteers, family and residents, family and staff, and among residents themselves (achado pág. 19-553)</p> <p>direct care workers to describe and explain their work and their narratives about the images, we achieve an</p>	<p>Interações/Relações</p>	

<p>understanding of the importance of a variety of categories of relationships and interactions in defining a positive caregiving experience (achado pág. 20-554).</p> <p>By focusing on the essential relationships, communication, and interactions along with the task-oriented care, we can begin to imagine the caregiving experience in terms of a communal rather than an institutional experience. We can then productively turn our focus to the people involved rather than emphasize their role as a provider or recipient of care. To adapt Jennie Keith's classic view from her book <i>Old People as People</i> (1982), caregivers and residents are people, and we can better understand their roles and motivations if we view them that way (Pág. 20-554).</p> <p>By focusing on the essential relationships, communication, and interactions along with the task-oriented care, we can begin to imagine the caregiving experience in terms of a communal rather than an institutional experience. We can then productively turn our focus to the people involved rather than their role as a provider or recipient of care. To adapt Jennie Keith's classic view from her book <i>Old People as People</i> (1982), caregivers and residents are people, and we can better understand their roles and motivations if we view them that way (Pág. 20-554).</p>		
<p>As Portia explained: pretty much, my pictures, I just pretty much took them here at [Safe Harbor], because this is where I spend most of my time, and when I leave here, I'm home... and spending time with my own family. These photographs of their families and home life provide an essential context, however, for their work as caregivers and point to challenges they confront. The photographs enabled the direct care worker to express problems and concerns while they simultaneously expressed what keeps them effective on the job. The narratives about the four photographs chosen by each direct care worker were organized according to the main themes that the researcher and research assistants</p>	<p>Vida familiar</p>	

<p>identified in the photographic narratives. (achado pág. 10- 544)</p>		
<p>Caregiving was presented in the narratives developed based on their re-viewing the photographs as hard and challenging work that requires effective teamwork and a positive attitude. The “main challenge is balancing personal and professional life.”(pág. 15- 550)</p> <p>Two others emphasized the importance of a positive attitude including being patient and listening and the importance of a smile. Three others specifically emphasize teamwork as key to being effective at providing good care. Their emphasis in discussing teamwork is effective interaction between caregivers and other caregivers and between direct care worker and other staff (pág. 16-550)</p>	<p>Trabalho em equipa</p>	
<p>Reed and Zimmerman (2010) note that in assisted living “relationships are central to staff being able to offer high quality care, including relationships between staff and residents, staff and their supervisors, and staff and resident families” (p. 4). (achados pág 2- 536-introdução)</p> <p>The direct care worker construe the caregiving role very broadly to include, as Portia dubbed it, “total care.” Not only the physical care but activities and interaction are recognized as important aspects of quality care. High-quality care requires good communication and teamwork and certain characteristics are highlighted including a positive attitude. (achado pág. 19-553-discussão)</p> <p>In 1987, which is now 25 years ago, the Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) established the Nurse Aide registry and mandated requirements or nurse aide training to improve quality of care in long term care communities across the US (Davis and Pope 2010; Clinical evidence mounts that social interaction improves our lives as we age (Davis and Pope 2010) (achado pág. 20-554- conclusão)</p> <p>And effective interactions and relationships are now recognized as an essential component of quality care in long term care environments. Effective interactions</p>	<p>Cuidados com Qualidade</p>	

and positive relationships are also necessary for the creation of a positive work environment and a positive experience for those who work in long term care. The benefits of person-centered caregiving, as opposed to instrumental, task-oriented care focusing only on physical or medical needs, are important for both the residents and those providing care. **(achado d conclusão pág. 20-554)**

They have clear values and perceptions about the provision of high-quality care that are based on their caregiving experience, and they demonstrate that their embodied experiences are more important to them than abstract roles or principles that are created by the larger system. **(achado pág. 17-551).**

Appendix I: Appraisal instruments Qari2



Título Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker

Revisor: Bruno Vicente

Autor: Margaret Devlin, Sonja McIlfratrick

Ano 2010

Título: Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker

Volume Vol 16, No 4 **Jornal** Journal of Palliative Nursing

Páginas 195-203

QARI						COMMENTS
Criteria		y	n	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	X				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	X				O objetivo do estudo está discriminado de forma objetiva.
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	X				Metodologia qualitativa com recurso a análise entrevistas
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	X				No estudo o autor refere os achados que extraiu e o seu posterior tratamento
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	X				O autor é congruente na pesquisa metodológica e faz interpretação dos resultados na discussão
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	X				
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	x				A influência do pesquisador no estudo não é abordada
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	X				Existem excertos dos participantes
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	X				Foi assinado o consentimento informado e respeitou-e as questões éticas
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	X				Neste estudo existe as conclusões fluem a partir da análise e da interpretação, dos dados
Absolut Value						

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequivoco [X] **Credível** [] **Indefinido** []

Fundamentação: O artigo apresenta qualidade metodológica para ser incluído na RSL. É de total pertinência a sua análise e o seu contributo pois aborda a é importante ter clareza, não apenas sobre o papel das cuidadoras formais, mas também as necessidades de educação e formação de pessoal envolvido na prestação de cuidados paliativos e cuidados de fim de vida na comunidade

Dimensões	Descrição das características
Método	Estudo misto- 2ª parte realizada por entrevistas
Fenómeno de interesse	Conhecer o papel e as experiências dos trabalhadores em cuidados domiciliários paliativos e fim-de-vida. Explorar as percepções dos enfermeiros da comunidade sobre o papel dos profissionais de cuidados de casa em cuidados paliativos e de fim de vida para identificar o treino, suporte e necessidades de supervisão de trabalhadores de cuidados a domicílio em cuidados paliativos e de fim de vida.
Contexto de cuidados	Comunidade
Origem geográfica	Reino Unido
Origem cultural	Reino Unido
Participantes	trabalhadores em cuidados domiciliários paliativos e fim-de-vida e enfermeiros da comunidade
Conclusões dos autores	Os trabalhadores de cuidados em casa podem dar um contributo significativo para satisfazer as necessidades dos utentes que necessitam de cuidados paliativos e de fim de vida. Eles identificaram muitos aspectos positivos na prestação de cuidados paliativos, e reconheceram a importância deste aspecto no seu papel. No entanto, eles levantaram problemas psicológicos e de comunicação. O impacto emocional de cuidar de utentes e das suas famílias precisa de ser reconhecida e o apoio e a supervisão adequado são necessários. O papel do trabalhador de cuidados em casa também precisa de ser mais clarificado para evitar inconsistências na prática. A disponibilidade de recursos para atender às crescentes necessidades de cuidados paliativos e de fim de vida na comunidade continuará a ser um desafio. Por isso, é importante ter clareza, não apenas sobre o papel, mas também sobre as necessidades de educação e formação de pessoal envolvido na prestação de cuidados paliativos e de fim de vida na comunidade. Isto é importante para abordar como esses fatores podem ter impacto sobre a prestação de paliativos de qualidade e cuidados de fim de vida na comunidade
Comentários do revisor	No artigo é notória a importância do papel dos trabalhadores de casa na comunidade no contexto de cuidados no domicílio e assim sendo a falta de educação e formação pode comprometer o sucesso de todo o processo de cuidados a pessoas em fim de vida. Os enfermeiros na comunidade podem dar um contributo para este desígnio.

Identificação das categorias

Nome	Papel do trabalhador de cuidados em casa	
Descrição Ilustração no txt	São trabalhadores que prestam vários cuidados no domicílio a pessoas em fim de vida.	“Home-care workers make a significant contribution to meeting the holistic needs of patients requiring palliative and end-of-life care, and their families.”(achado pág. 202-conclusão)
Nome	Necessidades do trabalhador de cuidados em casa	
Descrição Ilustração no txt		“It is therefore importante to have clarity, not only on the role, but also the educational and training needs of staff involved in the provision of palliative and end of life care in the community. This is importante to address as these factors can impact on the provision of quality palliative and end of life care in the community”. (achado pág. 202-conclusão)
Nome	Papel do enfermeiro da comunidade	
Descrição Ilustração no txt	O enfermeiro da comunidade pode providenciar formação a estes cuidadores.	“There is also a potential role for community nurses to provide education in relation to provision of physical care and end-of-life care” (achado pág. 201)
Nome		
Descrição Ilustração no txt		
Nome		
Descrição Ilustração no txt		
Nome		
Descrição Ilustração no txt		
Nome		
Descrição Ilustração no txt		

Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
Similar needs were found in a small qualitative study in Northern Ireland (McIlpatrick, 2007), where patients and carers who had home-	Papel do trabalhador de cuidados em casa	Os trabalhadores de cuidados em casa também considerados cuidadores formais dão um contributo significativo para satisfazer as necessidades holísticas dos utentes que necessitam de cuidados em fim de vida. Têm um papel

<p>care workers considered them as having a key role in caring for the patient at home (Achado pág. 196)</p> <p>Given that the availability of resources to meet the increasing demands for palliative and end-of-life care in the community will continue to be challenging, it is vital that there is a clearer understanding of the role of the home-care worker in palliative and end-of-life care.(achado pág. 196)</p> <p>The community nurses viewed the role of home-care workers in palliative and end-of-life care primarily as physical care providers, as well as providing reassurance to families by making regular checks and making referrals if required.</p> <p>For example, they considered home-care workers had a key role in identifying deterioration in skin condition and mobility, identifying constipation and liaising with community nurses.(achado pág. 199).</p> <p>Since home-care workers have to carry out additional duties, it could be proposed that patient needs are not being adequately identified in the assessment process, or that care</p>		<p>considerado stressante mas demonstram ser muito gratificante. O papel destes trabalhadores precisa de ser mais clarificado para evitar inconsistências na prática e na criação de expectativas irreais tanto para os próprios como para os utentes e famílias. Além da importância da clarificação do seu papel existem também as necessidades de educação e formação que devem ser realizadas em várias áreas. A importância da comunicação é de extrema relevância para a gestão de expectativas para o utente em fim de vida. Desta necessidade emerge então a importância do enfermeiro da comunidade, que deve desempenhar um papel de supervisor, de formador e de capacitador destes cuidadores formais. Desenvolver programas de educação e de formação bem como promover reuniões em grupo são uma estratégia para capacitar este grupo.</p>
--	--	--

<p>packages are insufficient to meet individual needs. (achado pág. 201)</p> <p>“Home-care workers make a significant contribution to meeting the holistic needs of patients requiring palliative and end-of-life care, and their families.”(achado pág. 202-conclusão)</p>		
<p>Furthermore, dissatisfaction with the quality of support services has been identified as a strong predictor of psychological distress for caregivers. This includes dissatisfaction around the quality of communication, lack of rapport and the reluctance of staff to provide instruction in care-giving skills (Kinsella et al, 2000) (achado pág. 196)</p> <p>In a systematic review of the palliative care needs of patients and carers in rural areas, Hughes et al (2004) identified information needs, emotional concerns and the need for assistance in providing physical care(achado pág. 196)</p> <p>Additionally, palliative formal carers may have to deal with difficult patients and demanding families, alongside high levels of work-related stress (Rokach, 2005). (achado pág. 196)</p> <p>Some of the more negative aspects were related to physical care aspects such as uncontrolled pain management, breathing difficulties, and physical deterioration. Psychological and communication problems were also identified, such as coping with their own sense of loss whilst being there for the family, dealing with difficult questions and having personal empathy for the patient and family carer. (achado pág. 198)</p> <p>It is also interesting to note that 31.9% of home-care workers had no training on appointment and hence, it has to be assumed that these home-care workers learned ‘on the ground’ from co-workers (Table 3) (achado pág. 199)</p> <p>Training needs included communication skills, end-of-life care, dealing with death,</p>	<p>Necessidades do trabalhador de cuidados em casa</p>	

<p>dying and loss, information on specific conditions and subsequent care required, and palliative care awareness.(achado pág. 199)</p> <p>The majority of respondents highlighted their co-workers as a source of support as well as community nurses. (achado pág. 199)</p> <p>The nurses highlighted that they felt that home-care workers sometimes communicated inappropriately with patients providing inaccurate information concerning services available as outlined in the following extract (acahado pág. 199)</p> <p>Regular updates were considered necessary for home-care workers (acahado pág. 200)</p> <p>Many home-care workers indicated a willingness to undertake a relevant qualification but it is vital that resources are available to match this willingness. Approximately one-third of home-care workers in this study had no training on appointment, thus indicating that this group learned ‘on the ground’ from co-workers.</p> <p>These co-workers may themselves not have had any formal training either, thus the standard and effectiveness of such training is questionable, is the quality of care being delivered./acahado pág. 201)</p> <p>However, they did experience psychological and communication problems, such as coping with their own sense of loss and dealing with difficult questions.(achado pág. 202)</p> <p>“It is therefore importante to have clarity, not only on the role, but also the educational and training needs of staff involved in the provision of palliative and end of life care in the community. This is importante to address as these factors can impact on the provision of quality palliative and end of life care in the community”. (achado pág. 202-conclusão)</p>		
---	--	--

<p>Community nurses identified the influencing aspect of the homecare worker's role in terms of providing advice on aspects of care and if home-care workers lack basic training, their knowledge base may undoubtedly be very limited. It is evident that induction programmes and ongoing training of home-care workers requires attention, including the matching of untrained home-care workers</p> <p>with experienced and competence home-car workers, in a defined period of preceptorship.</p> <p>(achado pág. 201)</p> <p>“There is also a potential role for community nurses to provide education in relation to provision of physical care and end-of-life care”</p> <p>(achado pág. 201)</p> <p>There is also a potential role for community nurses to provide education in relation to provision of physical care and end-of-life care. Such educational initiatives could provide a cost-effective means of addressing home-care workers' training deficits as well as creating a mutual understanding of roles and na increased appreciation of each other's contribution to care provision. (achado pág. 202)</p>	<p>Papel do enfermeiro da comunidade</p>	

<p>It is therefore important to have clarity, not only on the role, but also the educational and training needs of staff involved in the provision of palliative and end of life care in the community. This is importante to address as these factors can impact on the provision of quality palliative and end of life care in the community. (achado pág. 202)</p>		
--	--	--

ANEXO VIII- CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO



“FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”

SESSÕES DE FORMAÇÃO PARA AS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA DAS IPSS'S (CARVALHAL BENFEITO, SALIR DO PORTO, CHÃO DA PARADA)

Projetos de intervenção comunitária no âmbito do 6º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém – Estágio II na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho – Caldas da Rainha, sob orientação da Enfª Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, Fátima Neves

MÓDULO I (Enfª Bruno Vicente)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação - 13/ 09/2016 • Envelhecimento/ Gestão de Conflitos - 15/09/2016
MÓDULO II (Enfª Mónica Duarte)	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene e conforto - 19/09/2016 • Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão - 21/09/2016
MÓDULO III (Enfª Daniela Nazário)	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiros Socorros - 27/09/2016 • Suporte Básico de Vida - 29/09/2016

HORÁRIO: 18h00 às 20h00

LOCAL: Biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha

INSCRIÇÃO: Fichas de inscrição a preencher na respetiva IPSS até 02/09/2016



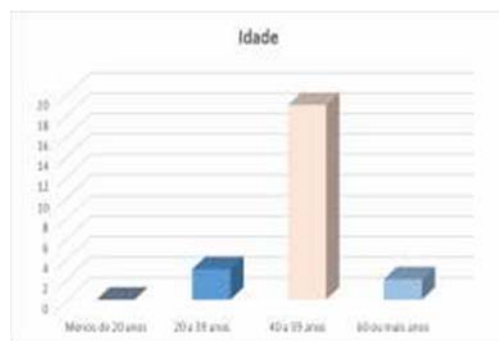
ANEXO IX- REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS RESULTADOS DA FICHA DE INSCRIÇÃO

Representação gráfica dos resultados das fichas de inscrição

Quadro nº 1- Idade

Idade	%
Menos de 20 anos	0%
20 a 39 anos	13%
40 a 59 anos	79%
60 ou mais anos	8%

Gráfico nº 1- Idade



Quadro nº 2- Sexo

Sexo	%
Masculino	4%
Feminino	96%
Total	100%

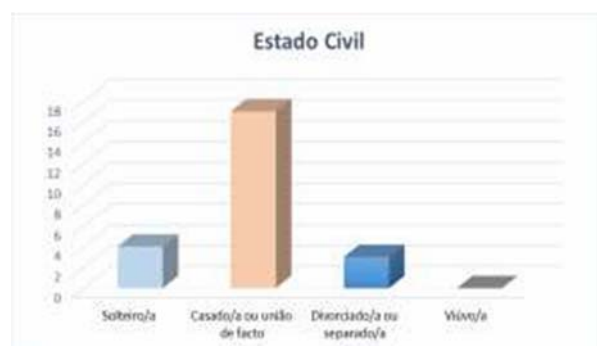
Gráfico nº 2- Sexo



Quadro nº 3- Estado Civil

Estado Civil	%
Solteiro/a	17%
Casado/a ou União de facto	71%
Divorciado/a ou Separado/a	12%
Viúvo/a	0%

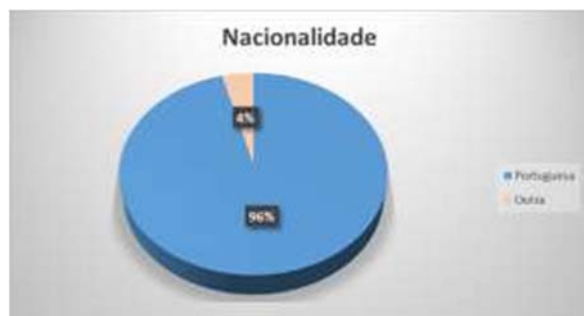
Gráfico nº 3- Estado Civil



Quadro nº 4- Nacionalidade

Nacionalidade		%
Portuguesa		96%
Outra		4%
Total		100%

Gráfico nº 4- Nacionalidade



Quadro nº 5- Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Nº	%
1º Ciclo Ensino Básico	5	21%
2º Ciclo Ensino Básico	6	25%
3º Ciclo Ensino Básico	4	17%
Ensino Secundário	7	29%
Ensino Superior	2	8%
Ensino Profissional	0	0%
Total	24	100%

Gráfico nº 5- Habilitações Literárias



Quadro nº 6- Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente

Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente	Nº	%
Sim	15	63%
Não	9	37%
Total	24	100%

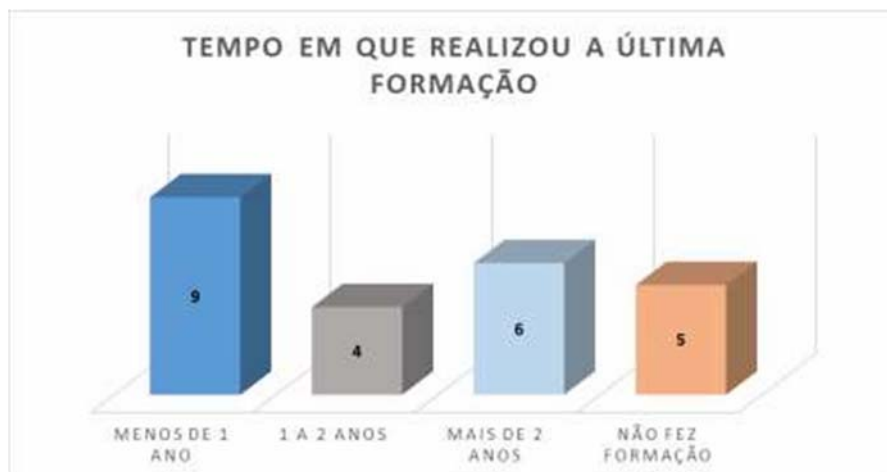
Gráfico nº 6- Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente



Quadro nº 7- Tempo em que realizou a última formação

Tempo em que realizou a última formação	Nº	%
Menos de 1 ano	9	37%
1 a 2 anos	4	17%
Mais de 2 anos	6	25%
Não fez formação	5	21%
Total	24	100%

Gráfico nº 7- Tempo em que realizou a última formação



Quadro nº 8- Tempo que exerce a atividade profissional de cuidador/a

Tempo que exerce a atividade profissional de cuidador/a	Nº	%
Menos de 1 ano	8	33%
1 a 5 anos	4	17%
6 a 10 anos	8	33%
Mais de 10 anos	4	17%
Total	24	100%

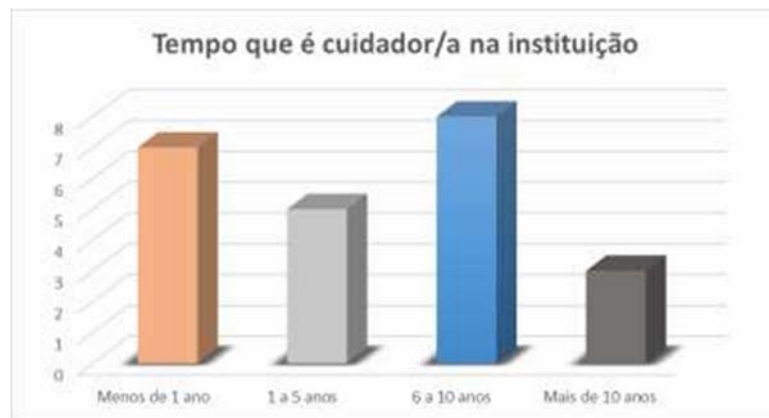
Gráfico nº 8- Tempo que exerce a atividade profissional de cuidador/a



Quadro nº 9- Tempo que é cuidador/a na instituição

Tempo que é cuidador/a na instituição	Nº	%
Menos de 1 ano	8	33%
1 a 5 anos	4	17%
6 a 10 anos	8	33%
Mais de 10 anos	4	17%
Total	24	100%

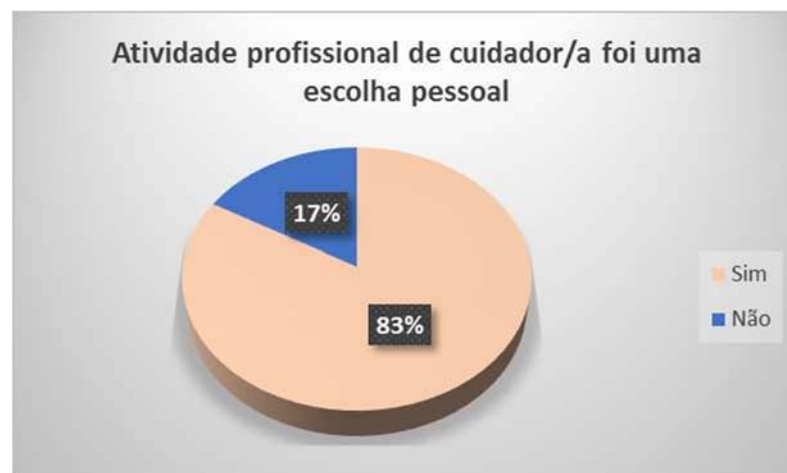
Gráfico nº 9- Tempo que é cuidador/a na instituição



Quadro nº 10- Atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal

Atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal	Nº	%
Sim	20	83%
Não	4	17%
Total	24	100%

Gráfico nº 10- Atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal



Quadro nº 11- Nº Horas trabalho semanal

Nº Horas trabalho semanal	Nº	%
Menos de 20 horas	1	4%
20 a 29 horas	0	0%
30 ou 39 horas	18	75%
40 ou mais horas	5	21%
Total	24	100%

Gráfico nº 11- Nº Horas trabalho semanal



Quadro nº 12- Regime de horário

Regime de horário		%
Rotativo		0%
Fixo		100%
Total		100%

Gráfico nº12- Regime de horário



Quadro nº 13- Tipo de contrato

Tipo de contrato		%
Termo certo		38%
Efetivo		46%
Prestação de serviços		4%
Outro		12%
Total		100%

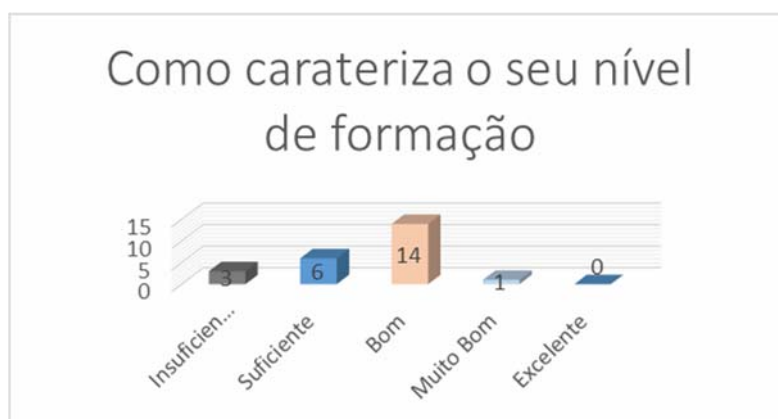
Gráfico nº Tipo de contrato



Quadro nº 14- Como caracteriza o seu nível de formação

Como caracteriza o seu nível de formação	Nº	%
Insuficiente	3	12%
Suficiente	6	25%
Bom	14	58%
Muito Bom	1	4%
Excelente	0	0%
Total	24	100%

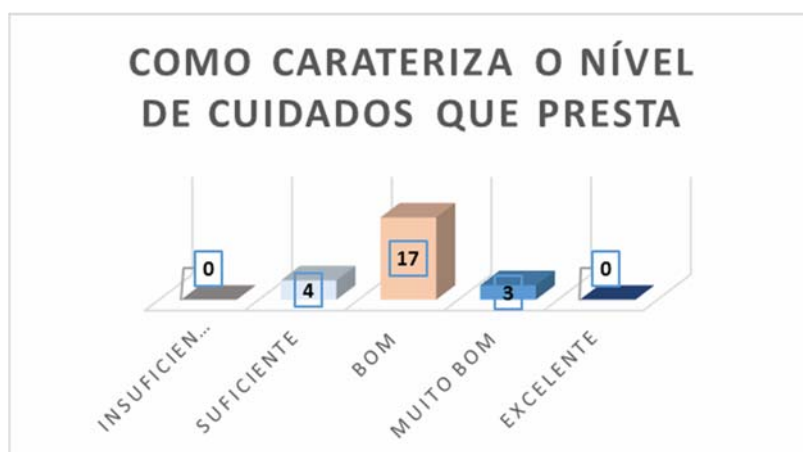
Gráfico nº 14- Como caracteriza o seu nível de formação



Quadro nº 15- Como caracteriza o nível de cuidados que presta

Como caracteriza o nível de cuidados que presta	Nº	%
Insuficiente	0	0%
Suficiente	4	17%
Bom	17	71%
Muito Bom	13	12%
Excelente	0	0%
Total	24	100%

Gráfico nº 15- Como caracteriza o nível de cuidados que presta



Quadro nº 16- Com que regularidade deveria ser dada formação na instituição

Com que regularidade deveria ser dada formação na instituição	Nº	%
Mensal	0	0%
Trimestral	1	4%
Semestral	4	17%
Anual	18	75%
Desconhece/Não sabe	1	4%
Total	24	100%

Gráfico nº 16- Com que regularidade deveria ser dada formação na instituição



ANEXO X- REGISTO DE ASSIDUIDADE

ANEXO XI- CERTIFICADO DE PRESENÇA ENTREGUE ÀS AAD



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE



CERTIFICADO

Certifica-se que _____ esteve presente na sessão de formação

_____ do (s) Módulo (s) _____, no âmbito dos Projetos de intervenção comunitária de mestrandos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém – Estágio II na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, sob orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, Fátima Neves.

As sessões decorreram na Biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha, com início a 13/09/2016 e término a 29/09/2016.

Total de horas de formação presenciadas: _____

_____ Enfe Bruno Vicente / Enfe Daniela Nazário / Enfe Mónica Duarte
(Mestrandos do 6º Curso MEC da ESSS)

_____ Enfe Fátima Neves – USP Zé Povinho

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública)



ANEXO XII- MANUAL DE APOIO ENTREGUE NAS IPSS

MANUAL DE APOIO

Projetos de Intervenção Comunitária



Outubro 2016

ANEXO XIII- PLANOS DE SESSÕES DAS FORMAÇÕES REALIZADAS

Plano de Sessão

Tema: Envelhecimento

Local: Centro de Saúde das Caldas da Rainha

Data: 13/09/2016

Grupo Alvo: Ajudantes de Acção Direta

Formador: Bruno Vicente

Convidado:

Hora: 18h

Términus: 20h

Objetivos a ser atingidos pelos formandos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreender processo de Envelhecimento; ✓ Perceber o conceito de Envelhecimento e dependência ✓ Aprender as alterações que o envelhecimento traz à pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução ✓ Apresentação dos objetivos ✓ Envelhecimento – definição ✓ Envelhecimento em Portugal ✓ Alterações decorrentes do processo de envelhecimento nas necessidades humanas básicas ✓ Conceito de dependência 	2h.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Expositivo ➢ Demonstrativo ➢ Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Apresentação em suporte digital. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos ✓ Observação direta (adesão e participação na sessão) ✓ Formulação de questões
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perceber as implicações processo de envelhecimento nas necessidades humanas básicas ✓ Identificar as respostas sociais à dependência 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respostas sociais à dependência 				

Plano de Sessão

Tema: Comunicação Interpessoal e Gestão de Conflitos

Local: Centro de Saúde das Caldas da Rainha

Data: 15/09/2016

Grupo Alvo: Ajudantes de Acção Direta

Formador: Bruno Vicente

Convidado: En^a Fátima Neves

Hora: 18h

Términus: 20h

Objetivos a ser atingidos pelos formandos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecer a importância da Formação Profissional ✓ Reconhecer a importância a importância da comunicação interpessoal ✓ Compreender processo de Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introdução ✓ Apresentação ✓ Ficha de avaliação de conhecimentos ✓ A importância da Formação ✓ Apresentação dos objetivos ✓ Definição de comunicação interpessoal ✓ Princípios gerais da comunicação 	2h.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Expositivo ➢ Demonstrativo ➢ Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Apresentação em suporte digital. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos ✓ Observação direta (adesão e participação na sessão) ✓ Avaliação prática de alguns casos de conflito
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perceber a importância dos vários modos de comunicação ✓ Identificar os vários estilos de comunicação ✓ Compreender a importância da assertividade na comunicação ✓ Perceber o que se deve ter em conta na comunicação com o idoso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Barreiras á comunicação Interpessoal ✓ Modos de comunicação ✓ Atitudes de comunicação ✓ Estilos de comunicação ✓ Comunicação assertiva ✓ A comunicação com o idoso- o que se deve ter em conta? ✓ Conflitos – definição ✓ Tipos de Conflito ✓ Causas de Conflitos ✓ Funções do Conflito ✓ Gestão de Conflitos 				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulação de questões

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreender a gestão de conflitos interpessoais ✓ Enumerar os diferentes tipos de conflitos, causas de conflitos e estilos de gestão de conflitos ✓ Compreender a importância da comunicação na relação interpessoal ✓ Compreender as estratégias de resolução 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obstáculos à gestão de Conflitos ✓ Mediador de Conflitos ✓ Estratégias de Resolução de Conflitos ✓ Dúvidas 				
<p>de conflitos interpessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 					

ANEXO XIV- POWER POINT DA 1ª SESSÃO RELATIVA AO ENVELHECIMENTO

Projeto capacitar para bem comunicar



Módulo I- Envelhecimento



PROFª ORIENTADORA: Rosário Machado

ENFª COOPERANTE:
Fátima Neves

Mestrando:
Bruno vicente

Objectivos para os formandos

- ✓ Reconhecer a importância da Formação Profissional
- ✓ Compreender processo de Envelhecimento;
- ✓ Perceber o conceito de Envelhecimento e dependência
- ✓ Aprender as alterações que o envelhecimento traz à pessoa
- ✓ Identificar as respostas sociais para o envelhecimento



O Porquê da Formação?

Hoje em dia as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas sendo imprescindível o melhoramento de qualificações dos seus funcionários



Deste modo a formação deve ser orientada então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, sendo importante ressaltar que a formação não é estanque, carecendo de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição, 2012).

O investimento na formação das AAD e a valorização desta profissão é uma condição para a qualidade do sistema de cuidados aos idosos. Só assim teremos organizações que prestarão cuidados de excelência para que consigamos dar mais qualidade aos utentes/família (SOUSA, 2011).



O envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo dependendo de sua carga genética, permitindo ao homem viver 120 anos.



Tem a ver com o tempo em que se vive e como se vive.

O QUE É ENVELHECIMENTO?

1. Conceito Simplista

É o processo pelo qual o jovem se transforma em idoso;

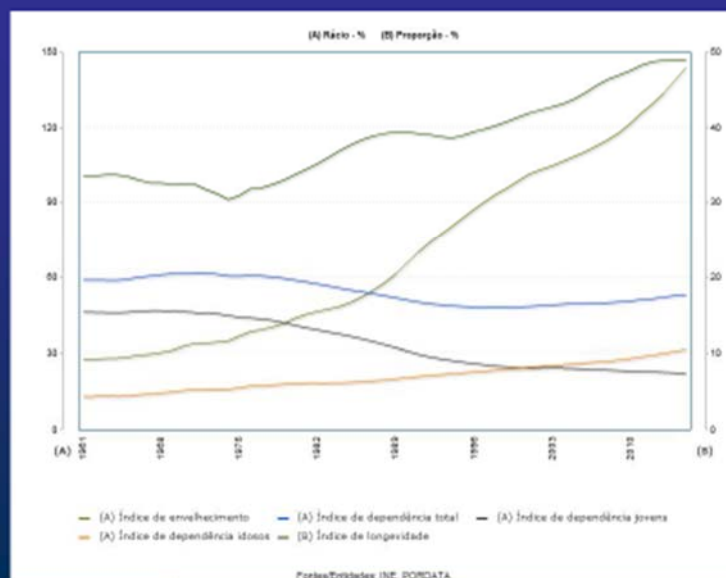
2. Conceito Biológico

Fenómenos que levam à redução da capacidade de adaptação a sobrecargas funcionais;

3. Conceito Cronológico

- 60 anos ou mais (países em desenvolvimento)
- 65 anos ou mais (países desenvolvidos)
- Maior de 85 anos -very old (idoso frágil) (OMS, 2014)

Envelhecimento em Portugal



Contextualização

O envelhecimento progressivo da população.



Índice de envelhecimento passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2014).



As pessoas vivem cada vez mais tempo

A **dependência** é definida de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, como:

[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

- A dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais (Andrade, 2009).

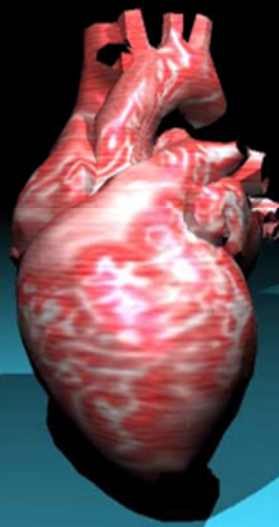
QUE ALTERAÇÕES TRAZ O ENVELHECIMENTO AO CORPO HUMANO?



ALTERAÇÕES NO SONO



ENVELHECIMENTO CARDIOVASCULAR





ENVELHECIMENTO RESPIRATORIO



ENVELHECIMENTO GÊNITO-URINÁRIO



ALTERAÇÕES ENDOCRINOLOGICAS



ALTERAÇÕES VISUAIS



ALTERAÇÕES DA DERME, EPIDERME TEC. SUBCUTÂNEO



ALTERAÇÕES AUDITIVAS



ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS



ALTERAÇÕES OSTEOMUSCULAR



SEXUALIDADE

Como é a sexualidade na 3ª idade?



ALTERAÇÕES SOCIAIS

A reforma



Ficar dependente

A morte do conjugue

Papel Social

ENVELHECIMENTO SADIO, COM DIGNIDADE E UM DIREITO DO IDOSO.



Respostas sociais ao envelhecimento?

- Cuidadores Informais



- Cuidadores Formais



- RNCCI



- Lares



A VELHICE É O CAMINHO DE TODOS.....



ANEXO XV- POWER POINT DA 2ª SESSÃO RELATIVA À COMUNICAÇÃO E GESTÃO DE
CONFLITO

Projeto capacitar para bem comunicar



Módulo I- Comunicação



PROF. ORIENTADORA: Rosário Machado

ENF. COOPERANTE:
Fátima Neves

Mestrando:
Bruno vicente

Objectivos para os formandos

- ✓ Reconhecer a importância da comunicação interpessoal
- ✓ Compreender processo de Comunicação
- ✓ Perceber a importância dos vários modos de comunicação
- ✓ Identificar os vários estilos de comunicação
- ✓ Compreender a importância da assertividade na comunicação
- ✓ Perceber o que se deve ter em conta na comunicação com o idoso



Comunicação Interpessoal

A Comunicação Interpessoal é uma forma de comunicação que poderá decorrer entre uma ou várias pessoas, sendo o seu principal objectivo a troca e a assimilação de informações.



3

Princípios gerais da Comunicação



RILEY(2004)

4

Informar ≠ Comunicar

Informar

- Unilateral



Comunicar

- Pressupõe a interação e o saber ouvir



Comunicação Interpessoal

PRINCIPIOS DA COMUNICAÇÃO

RECONHECE-SE O CONTRIBUTO INEQUÍVOCO DE WATZLAWCK

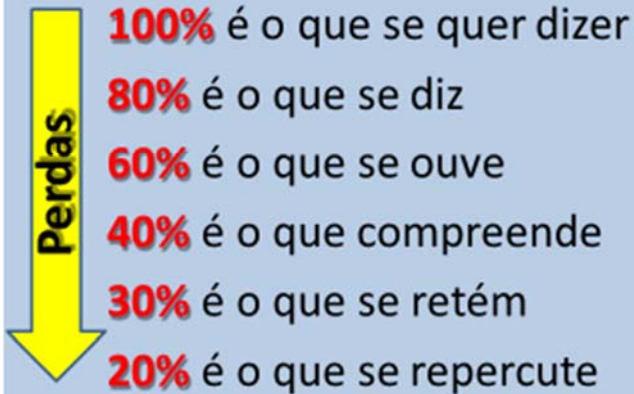
É impossível não comunicar

Não falar é diferente de não comunicar

Comunicar eficazmente não é fácil

Não comunicamos tudo o que queremos comunicar

Barreiras da Comunicação



Comunicação Interpessoal

Grande parte do tempo da maioria das pessoas (75% do tempo, em média) é passado a relacionar-se.

“60% dos problemas interactivos são consequência de uma má comunicação”

friterDrucker

“As palavras são como as folhas. Quando abundam, existe pouco fruto entre elas”

AlexanderFoster

Filtragem

Facto Ocorrido

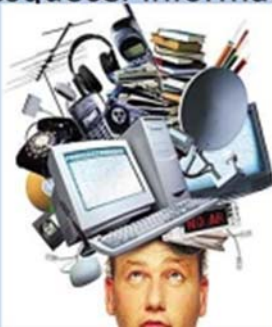


Facto Comunicado

Manipulação da informação pelo emissor para que ela seja vista de maneira mais favorável pelo receptor.

Excesso de Informações

- ✓ Quando as informações com que temos de trabalhar excedem nossa capacidade de processamento, o resultado é a sobrecarga de informação. A tendência é selecionar, ignorar ou esquecer informações.



Emoções

- ✓ A maneira como o receptor se sente no momento em que recebe a mensagem vai influenciar sua maneira de interpretá-la.



Modos de comunicação

COMUNICAÇÃO VERBAL



Oral – *informar, entrevistar, instruir*

Escrita – *relatórios*



É importante

Ter em atenção que o comportamento profissional, em particular, deve assemelhar-se a uma máscara, porque o sujeito deve ser exemplar na sua relação, sendo SIMPÁTICO, ABERTO, ATENCIOSO E PRESTÁVEL, mesmo que, em termos sentimentais e emocionais, devido a condicionalismos diversos da sua vida, tais comportamentos não correspondam ao seu estado actual!



AGRESSIVIDADE GERA AGRESSIVIDADE



SIMPATIA GERA SIMPATIA

SEJA UM BOM OUVINTE



COMPREENDA AS REACÇÕES
DOS OUTROS



CONHEÇA OS OUTROS





NÃO VEJA SÓ OS SEUS INTERESSES



ACEITE O SUCESSO DOS OUTROS



CONHEÇA-SE A SI MESMO



NÃO TENHA MUDANÇAS REPENTINAS NO SEU COMPORTAMENTO



ESTILOS DE COMUNICAÇÃO



Comunicação Assertiva

A assertividade é a capacidade de auto-afirmar os próprios direitos, sem se deixar manipular e sem manipular os demais.

(CASTANYER, 2004)



Comunicação Assertiva








A comunicação assertiva é uma arte que exige aprendizagem contínua, requerendo tempo e prática.

Ser capaz de aceitar que cometemos erros. Ser paciente.

(RILEY, 2000).



Onde a Assertividade é útil

-  QUANDO É PRECISO DIZER ALGUMA COISA DESAGRADÁVEL A ALGUÉM
-  QUANDO SE TEM QUE PEDIR ALGO FORA DO VULGAR, HAVENDO GRANDE PROBABILIDADE DE SE RECEBER UMA RESPOSTA NEGATIVA
-  QUANDO É PRECISO DIZER "NÃO" CORRENDO O RISCO DE DESAGRADAR
-  EM FACE DE CRÍTICAS
-  QUANDO SE TEM QUEIXAS CONTRA ALGUÉM
-  QUANDO SE TEM QUE REAGIR A TENTATIVAS DE MANIPULAÇÃO
-  PERANTE PEQUENAS HUMILHAÇÕES

A Comunicação com o utente

O que se deve ter em conta?

- **Profissionalismo**
 - comportamento verbal e não verbal
 - Imagem humana e profissional
 - Comportamento e maneira de proceder-importante para criar a credibilidade
- **Cortesia**
 - Maneiras de cortesia
 - cumprimentar, bater à porta antes de entrar, apresentar-se
 - dirigir-se à pessoa pelo nome, dizer por favor e obrigado
 - Evitar expressões de intimidade: queridinho, avozinho, amor...
- **Confidencialidade**
 - sigilo profissional
- **Confiança**
 - Transmitir zelo, honestidade e competência

A Comunicação com o utente-cont

- **Disponibilidade**
Mostrar interesse, que está disposto a falar, a ouvir
- **Empatia**
É a capacidade de compreender e aceitar a realidade da outra pessoa (POTER PERRY 2003).
- **Solidariedade**
Faz-nos sentir bem, cria laços e atenua divergências
- **Escutar e responder**
 - Escutar com atenção
 - Certificar que a informação foi corretamente recebida e interpretada
 - Centrar a comunicação
 - Resumir a comunicação
 - Evitar mostrar desatento
 - Evitar dar opiniões pessoais
 - Evitar Bisbilhotar
- **Aceitar e Respeitar**
- **Silêncio**

Temos dois ouvidos e
uma boca, portanto
devemos ouvir mais e
falar menos.





GESTÃO DE CONFLITOS INTERPESSOAIS



PROFª ORIENTADORA: Rosário Machado

ENFª COOPERANTE:
Fátima Neves

Caldas, 2016

Mestrando:
Bruno vicente

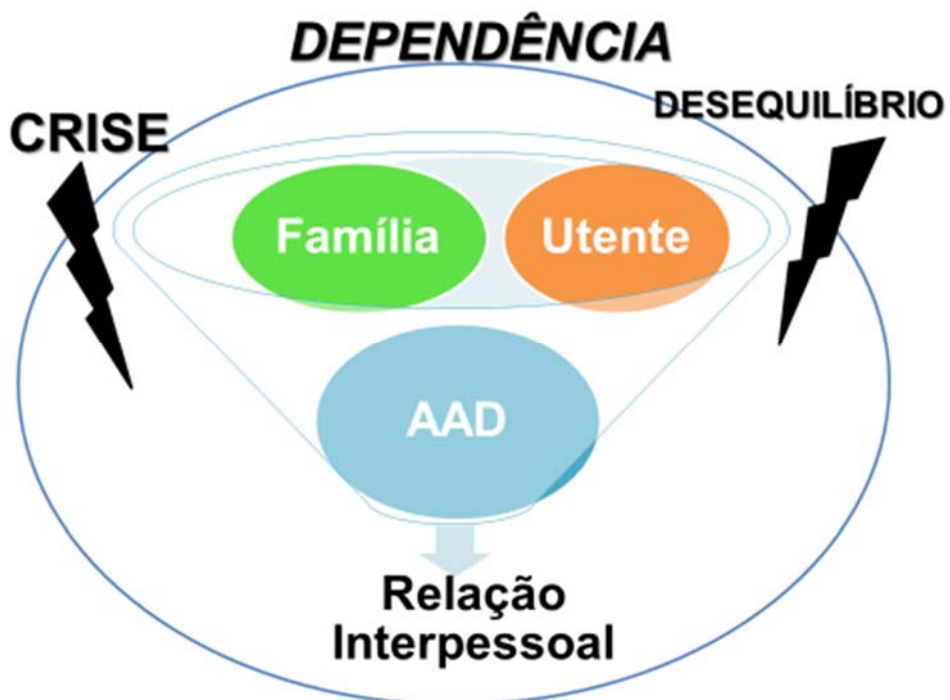
Objetivo Geral

Compreender a
gestão de
conflitos
interpessoais:



Objetivos Específicos

- Enumerar os diferentes tipos de conflitos, causas de conflitos e estilos de gestão de conflitos;
- Compreender a importância da comunicação na relação interpessoal;
- Compreender as estratégias de resolução de conflitos interpessoais.



CONFLITO

Conceito

Desacordo interno (intrínseco) ou externo (social) resultante das diferenças de ideias, valores, culturas ou sentimentos de duas ou mais pessoas.

Existe quando as partes interligadas, interferem uma sobre a outra para atingir os seus objetivos, é mais do que um simples desacordo, pois implica uma tentativa de bloqueio ao alcance dos objetivos do outro.

CONFLITO-Tipos



Conflito

Interpessoal

Interação social de confronto, desencadeando afeto negativo, podendo ser resolvidos de maneira violenta ou pacífica, dependendo, dos recursos cognitivos e afetivos dos envolvidos, e dos contextos:

- › Hierárquicos
- › Pessoais

Conflito



Conflito

Causas

- › Conflito de dados ou de informações;
- › Conflito de relações;
- › Conflito de valores;
- › Conflito de interesses.



Modelo de Moore, 1996

Gestão do Conflito

Capacidades para gestão e prevenção de conflitos



- › Saber comunicar;
- › Saber ouvir »» escuta ativa;
- › Respeito pela comunicação do outro;
- › Evitar criticar;
- › Saber perguntar;
- › Assertividade e cooperação.

gestor do conflito



Um ambiente de trabalho aberto a mudanças e criatividade torna-se estimulante e favorecerá um ambiente saudável e a capacidade da prestação de cuidados de excelência.

Estratégias de resolução de conflitos

Mediador de conflitos

Pessoa capaz de gerir a negociação, mediando posições, não julga os conflitos, utilizando técnicas de comunicação adequadas que levam ao encontro de pontos de interesse comuns com vista a alcançar o acordo, apelando assim, à cidadania.

Gestor do Conflito

- Utilizar linguagem clara e assertiva;
- Assumir atitude congruente;
- Desenvolver escuta ativa;
- Evitar juízos de valor, discriminações;
- Aceitar e compreender as diferenças;
- Prevenir possíveis conflitos;



Estratégias de resolução de conflitos

A gestão dos conflitos deve proporcionar resoluções construtivas, evitando identificação excessiva com o problema em progressão, devendo ter a capacidade de escolher a estratégia mais adequada a cada situação.



Conclusão

Sendo o conflito inevitável, o grande desafio é saber lidar com ele de modo a ultrapassá-lo de forma positiva e construtiva.

É necessário recorrer à utilização de uma comunicação assertiva, adotar uma atitude de cooperação com o utente demonstrando disponibilidade e respeito.

A comunicação eficaz é assim a chave do sucesso na relação interpessoal com os utentes e com equipa.



Bibliografia

- Alves, C. M. P. M (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. Dissertação Mestrado de Ciências de Enfermagem, Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto - Portugal. Disponível em : <http://hdl.handle.net/10216/71914>.
- Bertone, T.; Ribeiro, A. P. S. Guimarães, J. (Agosto, 2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, pp 1-5. Acedido a 13 de Agosto de 2015 em <http://unifafibe.com.br/revistafafibeonline/?edicao=11>.
- Borges, D. F. P. (2013). Gestão de conflitos - um desafio em enfermagem. *Série monográfica de educação e investigação em saúde: Gestão em organizações de saúde* (3). Unidade de Investigação em saúde - Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. pp 49-62. Coimbra
- Conselho de Enfermagem - Ordem dos Enfermeiros (2001); *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Diálogo: Ordem dos

Bibliografia

- Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas (UN DESA) (2001). *Manual de resolução de conflitos*. 1ª edição. África do Sul. Editora
- Falk, M L R (2000). *Competência gerencial nos conflitos interpessoais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/3186>
- Gameiro, M. G. H. (Novembro, 2004). "Estar doente" atribuição pessoal de significados; *Revista Referência*, 12, pp 35-43. Acedido em 5 de Agosto de 2015 em https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=33&id_revista=5&id_edicao=9
- Leme, M. I. S. (2004). Resolução de Conflitos Interpessoais: Interações entre Cognição e Afetividade na Cultura; *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), pp.367-380. Acedido a 9 de Agosto de 2015 em <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=i&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=L+EME,+MARIA+ISABEL+DA+SILVA>
- Marta, C. B.; Lacerda, A. C.; Carvalho, A. C.; Stipp, M. A. C.; Leite, L. L. (2010). Gestão de conflitos: competência gerencial do

ANEXO XVI- FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO PREENCHIDA PELAS FORMANDAS



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

Sessão:

Formador:

Data:

Assinalar com um "X" o número que considerar segundo a escala: **1 – nulo / 2 – fraco / 3 – suficiente / 4 – bom / 5 – muito bom**

	1	2	3	4	5
1 – Divulgação/ informação da sessão					
2 – Grau de cumprimento dos objetivos					
3 – Pertinência dos conteúdos abordados					
4 – Adequação dos conteúdos teóricos					
5 – Adequação das atividades práticas realizadas					
6 – Qualidade dos recursos utilizados na sessão					
7 – Competência/ desempenho do formador					
8 – Aumento de conhecimentos com a sessão					
9 – Ambiente relacional entre o formador e os formandos					
10 – Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão					

11 – Outras considerações:

11.1- No geral como considerou a sessão?

11.2- Sugestões para futuras sessões de formação/ temas:

Data: _____

Obrigado pela colaboração!

ANEXO XVII- FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO PREENCHIDA PELO FORMADOR



AVALIAÇÃO DA SESSÃO PELO FORMADOR



Assinalar com um "X" o número que considerar segundo a escala: 1 – nada / 2 – pouco / 3 – suficiente / 4 – muito / 5 – muitíssimo

	1	2	3	4	5
1 - Os objetivos da sessão de formação foram atingidos?					
2 - A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente teórica?					
3 - A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente prática?					
4 - A duração da sessão foi adequada?					
5 - O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?					
6 - Grau de participação dos formandos					

7 – Outras considerações:

7.1- Avaliação global da sessão: _____

7.2- Sugestões para futuras sessões de formação: _____

Formador: _____

Data: _____

ANEXO XVIII- FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS APLICADO ÀS
FORMANDAS



Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Projeto de Intervenção Comunitária: “CAPACITAR PARA BEM
COMUNICAR



Duração: 10 minutos

Classificação

Nome:

A comunicação tem um papel fundamental na interação com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores. As palavras utilizadas têm grande poder já que tanto podem ser benéficas como perniciosas caso não seja entendido devidamente o seu significado. Devem ser adequadas ao nível cultural do idoso e sempre que possível utilizar a linguagem verbal e não-verbal para fortalecer a mensagem. A complementaridade dos dois tipos de comunicação é muito importante na área dos cuidados aos idosos, comunicar não se refere só aos conteúdos mas também aos sentimentos e emoções que se podem transmitir (Alves, 2003).

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F)

	V	F
1. A comunicação verbal é mais importante que a comunicação não verbal.		
2. O estilo passivo é a forma mais adequada a utilizar nas relações com o idoso.		
3. A comunicação eficaz é a chave do sucesso na relação interpessoal com os idosos e com a equipa.		
4. Sendo o conflito inevitável, o grande desafio é saber lidar com ele de modo a ultrapassá-lo de forma positiva e construtiva.		
5. O investimento na formação das Ajudantes de Acção Direta e a valorização desta profissão não é uma condição para a qualidade do sistema de cuidados aos idosos.		
6. A dependência das pessoas deve-se apenas à sua incapacidade física, não tendo em conta as dificuldades familiares e a escassez de apoios sociais.		
7. O índice de envelhecimento em Portugal está a aumentar.		
8. Na 3ª idade já não existe manifestações de sexualidade devido a alterações no corpo humano.		
9. As Ajudantes de Ação Direta são cuidadores Formais.		
10. Comunicar com assertividade é a chave na gestão de conflitos		

ANEXO XIX- NOTÍCIA PUBLICADA NO JORNAL DAS CALDAS

reduzem sal no pão

| Francisco Gomes |



Estabelecimentos das Caldas são detentores do certificado de "padaria saudável"

inha e Padaria Óbidos), que terminaram a implementação e já na fase de avaliação anual são o certificado de "padaria saudável", como a Padaria (Alcobaça), Padaria Rossio e Padarias (Bombaral, Ramalho, Litoral, Padaria Cidade Nova, Padaria Henrique, Padaria e Padaria do Caldas da Rainha 33, Padaria e

Pastelaria Baguete e Pastelaria Queque de Cenoura (Nazaré), Padaria Real Sabor, Padaria Pastelaria Momentos, Pastelaria Bergló, O Pão Quente, Pastelaria Doce Fantasia, Arcadas D'El Rei e Café Arcadas do Jardim (Peniche).

"Com este tipo de ações de base populacional pretendemos abranger um maior número de pessoas, que através de redução da ingestão de sal, possibilitam atuação direta num dos fatores de risco mais importantes nas doenças cardio-

vasculares – a hipertensão arterial. O sucesso desta intervenção só poderá ser garantido pela adesão, colaboração e empenho por parte de todos os agentes da comunidade, nomeadamente as indústrias de panificação, as unidades integradas em estabelecimentos de bebidas, os profissionais de saúde, os órgãos de comunicação social e a população em geral", manifestam Ana Rodrigues e Cristina Pecante.

promoção da saúde oral em escolas da região

| Francisco Gomes |

fissura, ou em ausência de cálcio tratamento. Os dentes dentários que nas escolas de novembro restante ano sendo gradual- os alunos en-

na Nacional de a Saúde Oral ergado e atual- em é possível e um cheque de 16 e aos 18 que tenham uti- lidade anterior (13 respetivamente)



Mais e melhor saúde oral é o objetivo

seu cheque dentista, desde que preencham os critérios já referidos. Estes cheques dentista contemplam

nomeadamente uma boa higiene oral diária e uma alimentação equilibrada, terão o resultado pretendido:

Auxiliares de instituições recebem formação de enfermagem comunitária

| Francisco Gomes |



Ação de formação

A Unidade de Saúde Pública Zê Povinho, nas Caldas da Rainha, recebeu estudantes de mestrado em enfermagem comunitária, que desenvolveram uma ação de formação aos auxiliares de ação direta, responsáveis pelo apoio domiciliário a utentes dependentes.

Pretendeu-se dotar estes profissionais com conhecimentos que lhes permitam prestar cuidados aos utentes dependentes com melhor qualidade, contribuindo assim para a melhoria do seu bem-estar e da sua saúde.

Foram abordados temas como a comunicação, gestão de conflitos, o processo de envelhecimento, cuidados de higiene e conforto, transferências e mobiliza-

ções, prevenção de úlceras de pressão, primeiros socorros e suporte básico de vida.

Os estudantes desenvolveram três projetos de intervenção comunitária, intitulados "Capacitar para melhor comunicar", "Capacitar para melhor cuidar" e "Capacitar a comunidade para salvar".

Esta ação teve início a 13 de setembro e terminou duas semanas depois, envolvendo 24 auxiliares de ação direta da Associação Social e Cultural Paradense, Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto e Centro Social Paroquial N.º Sr.ª das Mercês de Carvalhal Benfeito.

A formação decorreu na sala de reuniões do Centro de Saúde das Caldas da Rainha.

Ecografias emocionais 3D/4D

"Que venha com saúde!". É o principal desejo de todas as futuras mães, que anseiam pelo parto para poder ver pela primeira vez o rosto

que o bebé está a fazer em tempo real; as suas expressões, os seus gestos, os seus movimentos dentro do ventre materno. Sa- ções

ANEXO XX- PÓSTER ENTREGUE NAS IPSS



A comunicação tem um papel fundamental na interação com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores (Alves, 2003).

Os cuidados de higiene e conforto fazem parte das necessidades fisiológicas do ser humano e são imprescindíveis para a sobrevivência da pessoa ou para um equilíbrio satisfatório (Splinder, 2014)

Ao treinar a comunidade em SBV, inclui-se na sociedade civil a percepção de que cada pessoa representa um elo no conceito de cadeia de sobrevivência (INEM, 2014).



**Bruno Vicente,
Daniela Nazário,
Mónica Duarte
(Mestrandos
6º CMEC - ESSS)**

SOZINHOS POUCO PODEMOS FAZER; JUNTOS, PODEMOS FAZER MELHOR!

ANEXO XXI- POWER POINT DO SEMINÁRIO FINAL



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO



DISCUSSÃO DO RELATÓRIO

Unidade de Saúde Pública Zé Povinho
Caldas da Rainha

CAPACITAR PARA BEM COMUNICAR



PROFª ORIENTADORA: Rosário Machado

ENFª COÓPERANTE: Fátima Neves

MESTRANDO: Bruno Vicente

SANTAREM, 22/11/ 2016

OBJETIVOS DO RELATÓRIO

Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;

Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança, com recurso à revisão sistemática;

Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;

Fundamentar as competências desenvolvidas em ação, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;

Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Contextualização



Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008, criou os ACES e consequentemente um nível intermediário de serviços de saúde pública, correspondente às Unidades de Saúde Pública (USP).



PERTINÊNCIA DO TEMA

Análise de necessidades/problemas de saúde com a Enfª cooperante e Equipa da USP

Necessidades sentidas por mim como profissional de saúde

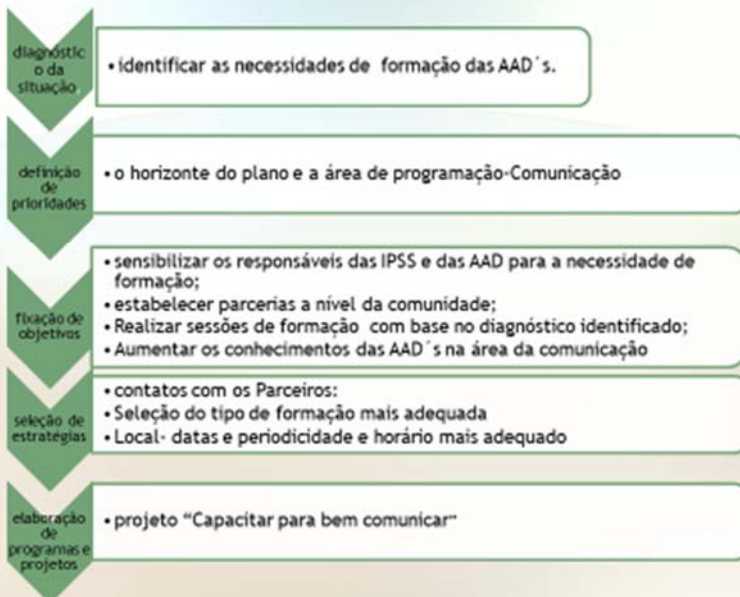
Código deontológico dos enfermeiros, nomeadamente o artigo 80



- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Encontrar a melhor estratégia para potenciar o nível dos cuidados ao idoso em contexto domiciliário.

Planeamento saúde



FUNDAMENTAÇÃO

SER ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

ENVELHECIMENTO

FORMAÇÃO DE ADULTOS

A COMUNICAÇÃO COM O IDOSO

MODELO BETTY NEUMAN



Referencial teórico de Betty Neuman

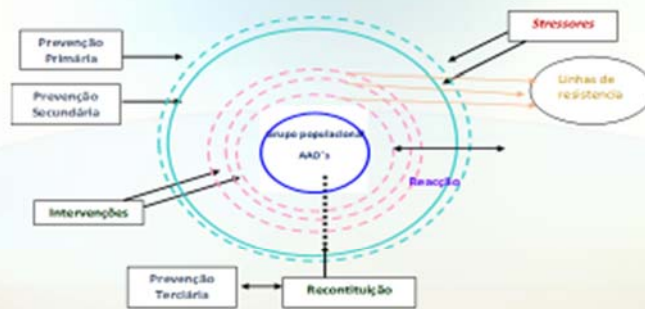


Figura 2 – Adaptação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman

CONTEXTO EXTRASISTÊMICO CONTEXTO INTERISTÊMICO CONTEXTO INTRASISTÊMICO

SISTEMA CLIENTE – Grupo populacional das AAD's das 3 Instituições (Salir do Porto, Chão da Parada e Carvalhal Bem-feito)

- ❖ Ameaça à linha de defesa das AAD's relacionados com stressores intrapessoais: obstáculos à comunicação com o idoso/família

Prática Baseada em Evidência

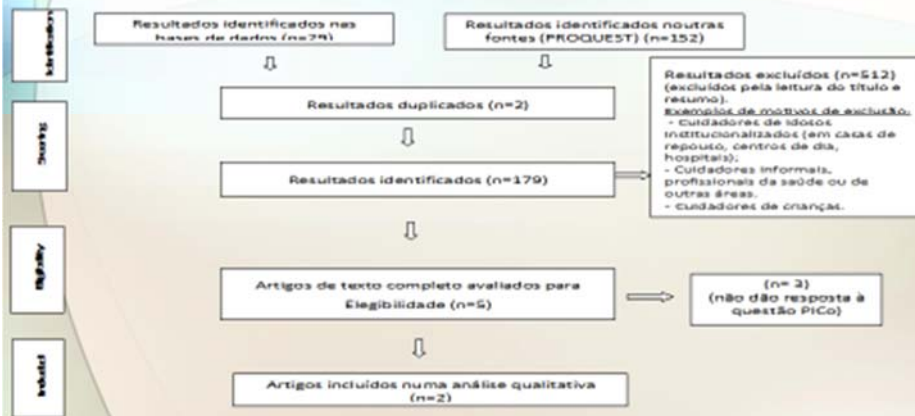


Para Ferrito (2007) a Enfermagem Baseada na Evidência é um meio de aplicar a melhor investigação clínica publicada, às práticas de enfermagem facilitando assim a tomada de decisões na prática profissional.

Pergunta PICO

Como promover a capacitação (Intervention) das ajudantes de ação direta (Population) na melhoria do processo de comunicação (Context)" à pessoa idosa em contexto domiciliário?

Prisma FlowChart 2009



Revisão Sistemática da Literatura

1º artigo- "Interactions and Relationships In Long Term Care: Photography and Narratives by Direct Care Workers".

Com o envelhecimento da população a aposta nos cuidadores formais na comunidade é uma resposta perante o desafio do envelhecimento

valorizar-se a comunicação e uma atitude positiva de modo a ter um bom ambiente de trabalho e a prestar cuidados de elevada qualidade.

dá contributos no sentido de se valorizar mais a importância, do toque, do sorriso, da parte emocional e comunicacional de modo a tornarem-se bons cuidadores na procura da elevada qualidade de cuidados.



Formação

2º artigo- "Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker"

importância da clarificação do seu papel existem também as necessidades de educação e formação que devem ser realizadas em várias áreas. A importância da comunicação é de extrema relevância

importância do enfermeiro da comunidade, que deve desempenhar um papel de supervisor de formador e de capacitador destes cuidadores formais. Desenvolver programas de educação e de formação bem como promover reuniões em grupo são uma estratégia para capacitar este grupo.

PLANEAMENTO EM SAÚDE - **PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO**

A – No âmbito do Planeamento das Sessões de Formação

- ✓ Cartaz de Divulgação
- ✓ Ficha de inscrição
- ✓ Construção de folha registo de assiduidade
- ✓ Construção de ficha de avaliação diagnóstica de conhecimentos
- ✓ Construção da folha de avaliação das formações
- ✓ Programação e Elaboração dos planos de sessões
- ✓ Programação dos aspetos logísticos e seleção do Local para a formação
- ✓ Parceria e colaboração nas sessões

PLANEAMENTO EM SAÚDE - **PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO**

B- No âmbito do desenvolvimento das sessões

- ✓ Inscrição de um total de 24 AAD's profissionais das Instituições selecionadas
- ✓ Local para a formação - Biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha
- ✓ Horário: 18 às 20 horas
- ✓ Participação/ convite - Enf^a Fátima Neves para a colaboração na 2^a sessão, por possuir Mestrado na área da Comunicação

PLANEAMENTO EM SAÚDE- Execução/Implementação das Sessões



1ª sessão decorreu no dia 13/09/2016 e foi frequentada por 20 AAD's.



Na 2ª sessão 15/09/2016 e foi frequentada por 18 AAD's



A realização destas sessões vem ao encontro dos achados que foi possível encontrar na RSI, na medida em que o enfermeiro deve funcionar como um formador e um capacitador deste grupo. Áreas como a comunicação são uma das que se deve apostar em termos de formação.

modelo sistémico de Betty Neuman



Stressor- Défice de formação

Promover a formação - uma mais-valia para este grupo

PLANEAMENTO EM SAÚDE- AVALIAÇÃO

Indicadores	Nota	Resultado Final
Indicador de Atividade - Adesão à entrevista: Nº total de entrevistas respondidas(5) x100 Nº total de pessoas analisadas para as entrevistas(5)	100%	100%
Indicador de Atividade - Participação no formação: Nº total de formadores respondidos pelos colaboradores x100 Nº total de colaboradores inscritos	100%	100%
Indicador de Atividade - Participação dos AAD na formação n°1 Nº de AAD presentes na formação realizada (23) x100 Nº de total de AAD (24)	70%	84%
Indicador de Atividade - Participação dos AAD na formação n°2 Nº de AAD presentes na formação realizada (13) x100 Nº de total de AAD (24)	70%	79%
Indicador de Atividade- Número de sessões realizadas Nº de sessões realizadas (2) x100 Nº de sessões programadas (2)	100%	100%
Indicador de resultado - Percentagem de classificações positivas na ficha de avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos AAD aplicada no final da formação n°2 Nº de classificações positivas (17) x100 Nº de total de testes realizados (17)	100%	100%
Indicador de resultado - Percentagem de melhoria na classificação da ficha de avaliação final aplicada no final da formação n°2 em relação à ficha inicial de avaliação Média de resultados da ficha de classificação final-Média de resultados da ficha de classificação inicial	10%	21%

AVALIAÇÃO

Classificação da 1ª sessão						
pergunta	nulo	fraco	suficiente	bom	muito bom	total
1	0	0	5%	45%	50%	100%
2	0	0	5%	45%	50%	100%
3	0	0	5%	45%	50%	100%
4	0	0	10%	40%	50%	100%
5	0	0	15%	40%	45%	100%
6	0	0	0%	50%	50%	100%
7	0	0	0%	15%	85%	100%
8	0	0	5%	45%	50%	100%
9	0	0	0%	15%	85%	100%
10	0	0	0%	45%	55%	100%

Classificação da 2ª sessão						
pergunta	nulo	fraco	suficiente	bom	muito bom	total
1	0	0	6%	11%	83%	100%
2	0	0	6%	28%	66%	100%
3	0	0	6%	28%	66%	100%
4	0	0	0%	11%	89%	100%
5	0	0	6%	16%	78%	100%
6	0	0	6%	28%	66%	100%
7	0	0	0%	6%	94%	100%
8	0	0	0%	25%	75%	100%
9	0	0	0%	17%	83%	100%
10	0	0	0%	28%	72%	100%

Aumento de Conhecimentos com a 1ª Sessão



Aumento dos Conhecimentos Com a 2ª Sessão

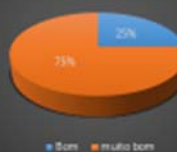


Tabela-Classificações das Fichas de Avaliação

código	Teste inicial	Teste final	Melhorou
1	90%	80%	Não
2	70%	100%	Sim
3	50%	100%	Sim
4	70%	Não realizou	Sem avaliação
5	70%	80%	Sim
6	80%	90%	Sim
7	70%	100%	Sim
8	80%	70%	Não
9	70%	Não realizou	Sem avaliação
10	70%	100%	Sim
11	70%	100%	Sim
12	80%	100%	Sim
13	80%	Não realizou	Sem avaliação
14	70%	100%	Sim
15	70%	100%	Sim
16	100%	100%	Manteve
17	70%	100%	Sim
18	60%	100%	Sim
19	60%	100%	Sim
20	80%	80%	Sim
Media Total Final	73%	94%	21%

Estas conclusões vão ao encontro de um estudo de Coffey (2004) citado por Carvalho (2012), em que refere que a introdução de formação foi positivamente percebida por uma amostra de cuidadores formais, tendo sido considerada uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e promotora da melhoria de cuidados

OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

- Realização de Ação de Sensibilização: "Cuidados com o Sol" dirigido a 2 turmas de crianças do 1º Ciclo do Concelho da Nazaré no dia 04 de Julho de 2016.
- Participação nas I Jornadas Pedagógicas do Aces Oeste Norte que decorreram nos dias 11 a 13 de Julho de 2016.
- Construção de uma base de dados em excel relativa aos internamentos compulsivos da área de influência da USP, de 2010 a 2016, para incluir no Perfil de Saúde do Aces ON.
- Cooperação na elaboração do Manual de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO's).
- Observação da Consulta de Alcoologia, efetuada pela Enfª Cooperante.

ANÁLISE CRÍTICA- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

A) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;"

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;"

c) "Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;"


d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Projeto capacitar para bem comunicar




Construção da base de dados internamentos compulsivos


CONCLUSÃO



Escola Superior
de Saúde
(IPSorocim)




Projeto capacitar para bem comunicar



Planeamento em saúde

Prática baseada na evidência

Aumento dos conhecimentos no processo de comunicação



Pedido dos parceiros para manter a formação

Realizar um plano de formação todos os anos para este grupo(atualização, aprofundamento e inclusão de outros aspetos de acordo com as necessidades sentidas)





bibliografia

Alex, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar ao idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10508>

Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Minho, Portugal. Disponível: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%3Na7%3Na3o_Mestrado_Fernanda_N20Andrade-Ver%3%a3o_final.pdf

Ávila, R. (2009). *Idosos: A Enfermagem e os cuidados de proximidade*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel salazar, Porto, Portugal. Disponível: [www: <URL: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10162/1394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf>](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10162/1394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf)

Collares, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª Edição, Loures: Lusodicta.

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*, Tese de mestrado em gerontologia social, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal. Disponível: <http://recil.usfona.pt/bitstream/handle/10437/3534/Jocelina%20Garneiro%20dos%20Santos%20Conce%3%a7%3%a3o%20-%20Projeto%20Mestrado%202012.pdf?sequence=1>

Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República N.º 109/06 de Junho 2006 - I SÉRIE A. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. Diário da República nº 35/2008 - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo nº 62/99. Diário da República nº 264/1999 - I Série B Ministério do trabalho e da Solidariedade.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Jeremias, C., Rodrigues, F. (2010). *O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunitário*. Nursing, 263, p. 12-17.

Mitar, S. (2012). *Formar para cuidar*. Tese de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa Lisboa, Portugal. Disponível: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400/1413570/1/Relat%3Nb%20do%20Sofa%20Mitar.pdf>

Martins, C. (2011). *Cuidados de Enfermagem Especializados: Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária. Ordem dos enfermeiros: Governação Clínica e estratégias profissionais, 17, pp. 43-46.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stamford: Lance.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid, Espanha: Organização Mundial de Saúde.

Sousa, M. (2011). *O cuidador de ação directa a idosos: papel no sistema de cuidados*. Patient Care, 171, 16, pp 60-66.

Tomey, A., Allgood, M. (2004). *Técnicas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição, Loures: Lusociência.