

**Capacitar para cuidar  
perante a pandemia  
SARS-CoV-2: Intervenção  
de Enfermagem  
Comunitária ao cuidador  
formal**

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

**Rui Manuel Pereira Alves  
Coelho**

**Capacitar para cuidar  
perante a pandemia  
SARS-CoV-2: Intervenção  
de Enfermagem  
Comunitária ao cuidador  
formal**

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

**Rui Manuel Pereira Alves  
Coelho**

**Orientador**

**Professora Doutora Maria Irene  
Mendes Pedro Santos**

“Os caminhos não estão feitos, é andando que cada um de nós faz o seu próprio caminho. A estrada não está preparada para nos receber, é preciso que sejam os nossos pés a marcar o destino, destino ou objectivo ou que quer que seja.”

*José Saramago*

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que contribuíram para o concretizar desta jornada...

Aos meus filhos, Sara e David, que me enchem o coração a cada dia,

À minha esposa, pais e restante família que permitiram a conquista desta meta.

À Professora Irene, Isabel e Helena que me orientaram no caminho certo.

Aos colegas, que possibilitaram a realização do estágio e o atingir dos objetivos.

## **ABREVIATURAS**

**ACES Loures - Odivelas** – Agrupamento de Centros de Saúde Loures - Odivelas

**CIPE®** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**COVID-19** – *Coronavirus Disease 2019*

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEEC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

**EPI** – Equipamento de proteção individual

**IPSS** – Instituições Públicas de Solidariedade Social

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**SARS-CoV-2** – Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

**SF** – Sessão de formação

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UR** – Unidade de registo

## RESUMO

Capacitar para cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2: Intervenção de Enfermagem Comunitária ao cuidador formal

A situação pandémica atual, provocada pelo Coronavírus 2019, trouxe consigo desafios excepcionais à Saúde Pública a nível mundial, despoletando a necessidade de desenvolvimento de competências nos cidadãos, capacitando-os para a adoção de medidas preventivas e protetoras, numa ótica de prevenção e promoção da saúde. O cuidador formal, prestador de cuidados, maioritariamente dirigidos à população idosa, surge assim como foco com necessidade de investimento nesta área.

Este relatório descreve o percurso desenvolvido no estágio, que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, suportado conceptualmente pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011).

Do diagnóstico efetuado, foram hierarquizadas as prioridades de intervenção, a partir das quais foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária “Capacitar para cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2”. As atividades desenvolvidas permitiram contribuir diretamente para a formação dos profissionais, contribuindo para o fortalecimento da linha de defesa dos Sistemas contra a SARS-CoV-2.

**Palavras-chave:** enfermagem em saúde comunitária; capacitação de recursos humanos em saúde; SARS-CoV-2; pessoal técnico de saúde

## **ABSTRACT**

Enabling to care for the SARS-CoV-2 pandemic: Community Nursing Intervention to the formal caregiving

The current pandemic situation, caused by Coronavirus 2019, has brought with it exceptional challenges to Public Health worldwide, triggering the need to develop skills in citizens, enabling them to adopt preventive and protective measures, in a perspective of prevention and promotion of health. The formal caregiver, care provider, mostly directed to the elderly population, thus appears as a focus with need for investment in this area.

This report describes the path developed in the internship, which took place in a Community Care Unit, following the Health Planning methodology, conceptually supported by the Systems Model of Betty Neuman (2011).

From the diagnosis made, the intervention priorities were ranked, from which the community intervention project “Enabling to care in the face of the SARS-CoV-2 pandemic” was developed. The activities carried out made it possible to directly contribute to the training of professionals, contributing to the strengthening of the System’s line of defense against SARS-CoV-2.

**Keywords:** community health nursing; health human resource training; SARS-CoV-2; allied health personnel

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1. O ENFERMEIRO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO AGENTE CAPACITADOR</b> .....	14
1.1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA SEGUNDO O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.....	16
<b>2. UM OLHAR SOBRE A COVID-19</b> .....	20
2.1. DESAFIOS E CONSEQUÊNCIAS .....	21
<b>3. A REALIDADE DO ENVELHECIMENTO E O CUIDADOR COMO RESPOSTA</b> .....	24
3.1. O CUIDADOR FORMAL ENQUANTO SISTEMA .....	25
<b>4. PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	29
4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	29
<b>4.1.1 Caraterização do contexto de estágio e necessidades de saúde</b> .....	30
4.2. TIPO DE ESTUDO .....	32
<b>4.2.1. Seleção da população e amostra</b> .....	32
<b>4.2.2. Método de colheita de dados</b> .....	34
<b>4.2.3. Caraterização da amostra</b> .....	37
4.3 ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES .....	41
<b>4.3.1. Diagnósticos de Enfermagem</b> .....	44
<b>4.3.2. Fixação de objetivos</b> .....	45
4.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	46
<b>5. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “CAPACITAR PARA CUIDAR PERANTE A PANDEMIA SARS-CoV-2”</b> .....	49

5.2 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	52
<b>6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>56</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>
ANEXO I – RESUMO EPIDEMIOLÓGICO RELATIVO AO SARS-CoV-2 .....	74
ANEXO II – DEFINIÇÃO DE CASO DE COVID-19 (NORMA 020/2020 DE 09-11/2020) .....	76
ANEXO III – PROJETO DE ESTÁGIO .....	79
ANEXO IV – ENTREVISTA FORMAL REALIZADA À COORDENADORA DA UCC .....	98
ANEXO V – ENTREVISTA FORMAL REALIZADA À COORDENADORA DO PROJETO “FORMAR PARA CUIDAR” .....	101
ANEXO VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES LOURES - ODIVELAS .....	105
ANEXO VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS PRESIDENTES DAS IPSS’S .....	108
ANEXO VIII – SÍNTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....	110
ANEXO IX – PEDIDO DE COLABORAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARTICIPANTES .....	114
ANEXO X – GUIÃO DAS ENTREVISTAS DIRIGIDAS .....	116
ANEXO XI – ANÁLISE DE CONTEÚDO .....	118
ANEXO XII – “NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM CUIDADORES FORMAIS: A SCOPING REVIEW” .....	131
ANEXO XIII – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	148
ANEXO XIV – PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS SEGUNDO O MÉTODO DE HANLON .....	150

ANEXO XV – OBJETIVOS E ATIVIDADES .....	152
ANEXO XVI – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	155
ANEXO XVII – PANFLETO INFORMATIVO PARA PROFISSIONAIS – COVID-19 .....	157
ANEXO XVIII – CRONOGRAMA DE GANTT.....	172
ANEXO XIX – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1 .....	174
ANEXO XX – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2 .....	183
ANEXO XXI – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO FINAL	191

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Diagrama representativo do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011).....	18
---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Critérios de inclusão dos participantes na amostra.....	34
<b>Quadro 2</b> – Determinação de prioridades conforme os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade.....	42
<b>Quadro 3</b> – Diagnósticos de enfermagem segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) e segundo a CIPE®.....	44
<b>Quadro 4</b> – Temas solicitados em cada Sistema para a SF 2.....	53

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição dos cuidadores formais por género no Sistema A.....	38
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos cuidadores formais por género no Sistema B.....	38
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos cuidadores formais por género no Sistema C.....	38

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Habilitações literárias relativas ao Sistema A.....	39
<b>Tabela 2</b> – Habilitações literárias relativas ao Sistema B.....	39
<b>Tabela 3</b> – Habilitações literárias relativas ao Sistema C.....	39
<b>Tabela 4</b> – Percentagem de sessões realizadas nos Sistemas A, B e C.....	52
<b>Tabela 5</b> – Médias das avaliações em cada SF nos Sistemas A, B e C.....	53
<b>Tabela 6</b> – Percentagem do número de participantes e de questões colocadas, em cada SF, em cada Sistema.....	54

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi o culminar da unidade curricular “Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária”, no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém. Desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Saúde a seu Lado”, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Loures - Odivelas (ACES Loures - Odivelas), o mesmo decorreu entre 22 de junho de 2020 e 4 de dezembro de 2020.

Este documento teve como objetivo apresentar de forma sintética o trabalho desenvolvido no decorrer do mesmo, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde segundo Imperatori e Giraldes (1993), tendo como referencial teórico base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011). Pretendeu-se assim realizar uma reflexão crítica acerca do trabalho efetuado, selecionando e organizando conteúdos pertinentes que permitiram a compreensão do mesmo ao longo de todas as etapas do planeamento e o seu contributo para a prática, bem como das competências desenvolvidas.

Enquanto enfermeiros, temos uma posição privilegiada que nos permite ter uma visão mais abrangente da comunidade e suas necessidades. De forma a podermos contribuir para a sua capacitação, no âmbito da promoção da saúde, é importante saber mobilizar o conhecimento empírico, tendo como base a melhor e mais atual evidência científica. Só assim conseguiremos prestar cuidados de qualidade (LoBiondo-Wood & Haber, 2018; Loureiro & Miranda, 2016; Stanhope & Lancaster, 2020).

No contexto atual, em que vivemos um desafio à escala global com o surgir da doença pelo novo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), o trabalho efetuado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), nomeadamente na área de enfermagem comunitária e de saúde pública (de acordo com o exposto no regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), tem-se evidenciado cada vez mais a nível da sociedade em geral. Este projeto surgiu nestas circunstâncias, tendo sido possível identificar a necessidade de intervenção para a capacitação no cuidado neste âmbito nos

cuidadores formais. Procurou-se assim contribuir para todo este processo, dando ferramentas para um melhor cuidado à população à qual prestam cuidados, contribuindo assim para a saúde pública da comunidade em que se inserem, nomeadamente através da limitação da disseminação do vírus.

O relatório foi estruturado em sete capítulos, sendo que os três primeiros são referentes a um enquadramento conceptual, fruto de uma revisão integrativa da literatura. Com a mesma, pretendeu-se demonstrar a pertinência desta temática face à atualidade, desenvolvendo os conceitos chave, bem como o referencial teórico de enfermagem utilizado. O mesmo foi organizado de forma lógica, partindo do enfermeiro enquanto agente capacitador no âmbito da promoção da saúde, seguindo-se uma caracterização epidemiológica, social e política, no contexto da saúde pública, acerca da pandemia atual provocada pelo SARS-CoV-2 e culminando no cuidador formal como resposta a um envelhecimento cada vez mais marcado da população.

Nos capítulos quatro e cinco, foi evidenciada a metodologia do Planeamento em Saúde, em todas as suas etapas, desde o diagnóstico de situação, recorrendo ao estudo do tipo qualitativo através da técnica da análise de conteúdo segundo Bardin (2015), até à execução do projeto de intervenção comunitária de acordo com as necessidades identificadas e sua avaliação.

No sexto capítulo descreveram-se as competências desenvolvidas no decorrer dos estágios, com enfoque nas conducentes ao grau académico de Mestre em Enfermagem, dado que já sou detentor do título de EEEC. Finalmente, foi apresentada a conclusão deste relatório, tendo sido abordados os aspetos mais relevantes do mesmo, deixando sugestões e as implicações para a prática clínica. Nas páginas finais foram incluídos os Anexos, que contêm informação relevante para a fundamentação do trabalho desenvolvido.

Este documento foi elaborado de acordo com a 6ª edição da norma *American Psychological Association* (APA, 2020), bem como segundo as orientações emanadas pelos documentos orientadores do Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém (Amendoeira, s.d.; IPS – ESSS, 2012).

## **1. O ENFERMEIRO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COMO AGENTE CAPACITADOR**

Vivemos numa sociedade que se encontra em constante mutação, na qual têm surgido alterações profundas quer nas necessidades de saúde dos indivíduos, como também do próprio sistema de saúde, cujo objetivo final representa uma restauração, manutenção e aprimorar da saúde das populações (Pineault, 2016; Stanhope & Lancaster, 2020). Neste sentido, os cuidados de saúde primários têm assumido uma dimensão progressivamente mais importante, não apenas no tratamento da doença, mas acima de tudo na sua prevenção (regulamento nº 428/2018).

Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, tal como se encontra regulamentado, e é exposto no contexto da regulação profissional pela Ordem dos Enfermeiros, surge a contribuição para a capacitação de grupos e comunidades como uma das competências específicas do EEEC. Neste sentido, a sua intervenção é essencial, de forma a contribuir para uma vivência saudável e permitir a tomada de decisão informada, alertando os indivíduos para as consequências das suas ações (Loureiro & Miranda, 2016). Para tal, é essencial que os mesmos tenham conhecimento acerca não só dos conceitos e teorias de saúde pública, como também do sistema de saúde, dos parceiros nos cuidados, bem como da importância da promoção da saúde e prevenção da doença (Stanhope & Lancaster, 2020).

Desde 1986, com a Carta de Ottawa para a promoção da saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que o paradigma na abordagem dos principais desafios de saúde pública tem vindo a ser alterado (Nutbeam, 2019). A mesma veio reconhecer a promoção da saúde como um processo que possibilitava o aumento do controlo dos indivíduos sobre a sua saúde e bem-estar, bem como dos grupos onde estão inseridos, agindo sobre os aspetos que a influenciam, nomeadamente através da garantia de ambientes mais saudáveis e sustentáveis. Desde então, ficou acordado que a promoção da saúde não seria responsabilidade somente do setor da saúde, mas o combinar de estratégias a nível do

indivíduo e da comunidade (OMS, 1986). Estes fundamentos foram salientados como essenciais nas conferências globais da OMS sobre promoção da saúde realizadas posteriormente. Evidencia-se assim a promoção da saúde como uma intervenção social ativa que permite influenciar as decisões, sendo que os profissionais deverão orientar a sua intervenção de forma a ajudar os indivíduos e grupos a construírem a sua autonomia e responsabilidade. Deverá assim ser vista como um poder partilhado da tomada de decisão, visando a transformação social e o empoderamento pessoal e comunitário, assumindo-se a promoção da saúde como um princípio chave do desenvolvimento global (Figueiredo & Amendoeira, 2018; Santos, Parente, Ribeiro & Pontes, 2015).

Neste contexto, surge a conceptualização da capacitação como um processo que se aproxima do conceito de *empowerment*, em que se dá o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas, de forma a que sejam produzidas mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para a resolução de problemas de forma eficaz, podendo ser também entendido como um processo de cidadania (Laverack, 2008). Para tal, o Plano Nacional de Saúde (PNS), na sua extensão a 2020, pressupõe que os ganhos em saúde irão ser o resultado da melhor conjugação entre as necessidades de saúde e serviços, e da relação entre recursos e desempenho. Deste modo, apresenta um modelo conceptual, constituído por quatro eixos estratégicos (a referir: cidadania em saúde; equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; qualidade em saúde; e políticas saudáveis) que, sendo transversais, devem estar refletidos nas ações e intervenções do sistema de saúde e em todos os setores que nela causem impacto. Com o seu modelo conceptual, propõe assim a realização de ações de promoção da literacia em saúde com foco nas medidas de promoção, proteção da saúde e prevenção, bem como tratamento da doença, integrando os diferentes setores no âmbito do conceito de políticas saudáveis e num sentido de equidade, proporcionando cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, face às necessidades da população, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2015).

Estas medidas foram reiteradas recentemente, na 9ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, que decorreu em Shanghai (OMS, 2016). Esta, deu ênfase à importância da Literacia em Saúde de forma a alcançar as ambições sociais, económicas e ambientais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, tendo-se definido como âmbito de intervenção um domínio de ação que incluísse todos os setores da sociedade. Neste sentido, a promoção da saúde deve mobilizar e incorporar a participação de novos agentes para além dos profissionais de saúde (Allmark, 2015; Loureiro & Miranda, 2016).

Considerado um elemento chave para o desenvolvimento da saúde pública, a promoção da saúde tem, no entanto, necessariamente de englobar uma componente de educação com foco na saúde, de forma a que haja compreensão das políticas públicas, sua aceitação, e que as mesmas sejam implementadas de forma uniforme. Neste contexto, surge a educação, num paradigma sistémico, como um instrumento que permite a construção de um sistema de valores, permitindo ao mesmo tempo a aprendizagem de novos conhecimentos e capacidades que são necessárias para o exercício da cidadania (Loureiro & Miranda, 2016; Rosa et al., 2020).

A educação para a saúde, enquanto componente integrante da promoção da saúde não pode ser vista apenas como uma transmissão de conhecimentos, mas acima de tudo como um meio através do qual o enfermeiro vai potencializar a capacidade de cuidar e capacitar os indivíduos para a promoção da sua autonomia, de forma a poderem fazer as suas próprias escolhas, o que levará a uma melhoria da sua qualidade de vida e ao fortalecimento do próprio indivíduo. Deste modo, a educação condiciona fortemente os comportamentos e o estado de saúde, dada a sua influência no acesso à informação na sua capacidade de mobilização dos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis (Loureiro & Miranda, 2016; Ministério da Saúde, 2018).

### 1.1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA SEGUNDO O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

A intervenção de enfermagem, com a sua vertente formativa, seja ela associada à educação permanente, seja à educação para a saúde, é primordial no sentido de contribuir para uma vivência saudável e permitir a tomada de decisão informada. Com a sua vocação para a capacitação dos cidadãos no desenvolvimento do seu próprio projeto de saúde, é das disciplinas que mais contribui para garantir que indivíduos e comunidades tenham acesso à informação adequada, compreendam a mesma e como a utilizar (Gusmão & Vilela, 2019; Brito, Vicente, Reis & Amendoeira, 2015; Hughes, 2016).

No entanto, para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada em enfermagem comunitária e para a construção de competências para o desenvolvimento de

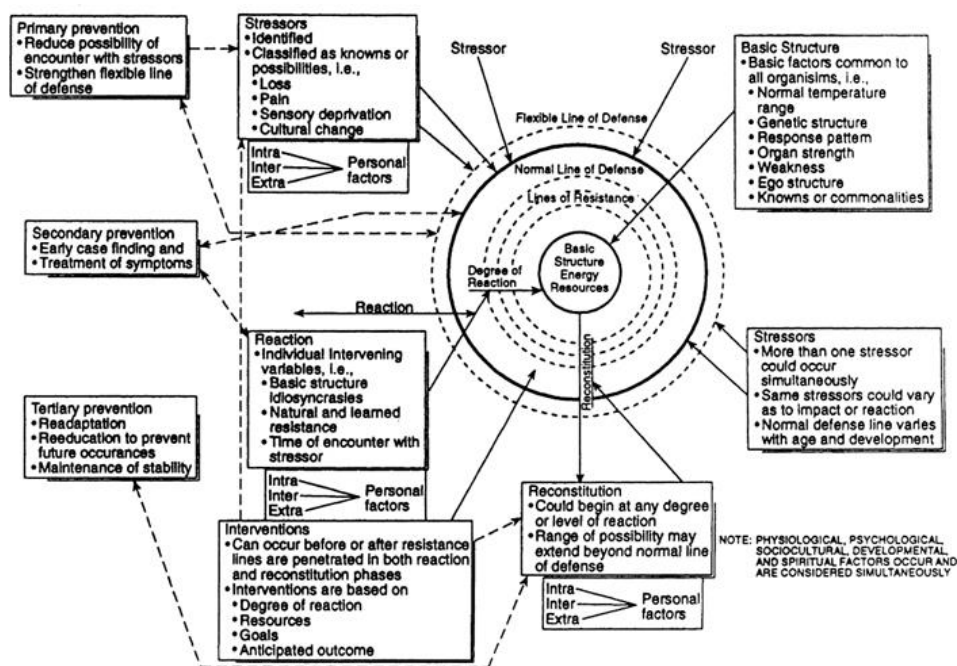
um exercício profissional diferenciado, é necessária a ancoragem em referenciais. Tal, vai permitir perspetivar processos de tomada de decisão em situações complexas, sistematizar novas aprendizagens e perspetivas de intervenção, e a análise de soluções e possibilidades alternativas. Ao centrar as atividades em fundamentos teóricos, o caráter da enfermagem como disciplina, será reforçado e haverá uma melhoria da qualidade dos cuidados (Arif, Ali & Hussain, 2019; Rosa et al., 2020; Zarzycka et al., 2013). Neste sentido, recorreu-se ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) como Modelo orientador da prática. Caraterizado pela sua flexibilidade e universalidade, amplamente usado em todas as áreas da prática de enfermagem e visto como facilitador de um sistema que esteja planeado em parceria com comunidades, o mesmo proporciona um modo de medir resultados (Allgood, 2018; George, 2000).

Este Modelo conceptual, com a sua génese em 1970, tem sofrido alterações ao longo dos anos, acompanhando o desenvolvimento e as novas evidências, mas mantendo o seu desenho original. Tendo como base filosófica o holismo, encontra-se organizado pelos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. Apresenta uma abordagem em que o cliente, que pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto, é visto como um sistema aberto, em que todos os elementos estão em interação dinâmica. Tem como base uma relação recíproca e contínua entre o cliente e o ambiente e os seus *stressores* (quer sejam internos ou externos), que têm o potencial de causar uma reação. Estes últimos, são identificados como estímulos, produtores de tensão, que vão causar uma influência, que poderá ser quer positiva quer negativa, resultando em *stress* (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Neuman & Fawcett, 2011; Stanhope & Lancaster, 2020).

Neste, o Sistema cliente é representado como uma estrutura básica, comum, mas única e própria de cada indivíduo, que apresenta um conjunto de respostas transversais a todos os seres humanos. É composto por cinco variáveis interativas, em diferentes graus de desenvolvimento (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) que consideradas em simultâneo funcionam, de forma ideal, em harmonia e estabilidade em relação às influências dos *stressores* ambientais (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Neuman & Fawcett, 2011).

Esta estrutura, por sua vez, é rodeada por um conjunto de anéis concêntricos, designados de “linhas de resistência”, “linha normal de defesa” e “linha flexível de defesa”, que são identificados como mecanismos de defesa da estrutura básica contra a invasão dos

referidos *stressores*. Assim sendo, as “linhas de resistência” contêm fatores de proteção, que são ativados quando a linha normal de defesa é invadida, ajudando à reconstituição do sistema quando este é ameaçado e protegendo a estrutura base. Por seu turno, a “linha normal de defesa” é representativa do nível habitual de bem-estar do Sistema cliente, sofrendo alterações ao longo do tempo, como resultado do confronto de uma quantidade de *stressores*, que se expande ou contrai de modo a manter a estabilidade do Sistema (Neuman & Fawcett, 2011; Stanhope & Lancaster, 2020). Mais externamente, está a “linha flexível de defesa”, anel que corresponde à resposta inicial ou protetora do Sistema, que expande ou contrai conforme se afasta ou aproxima da linha normal de defesa, sendo assim extremamente dinâmica, uma vez que pode ser alterada num período relativamente curto de tempo (Alligood, 2018; George, 2013; Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Neuman & Fawcett, 2011). O diagrama representativo do Modelo está representado abaixo (Figura 1).



**Figura 1** – Diagrama representativo do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011)

Fonte: Neuman & Fawcett (2011)

Por sua vez, o Ambiente, identificado como fenómeno básico, estabelece com a Pessoa uma relação recíproca, que rodeia ou interage com o Sistema cliente, influenciando-o em qualquer altura como Sistema aberto. Subdivide-se em ambiente interno, externo e

criado, em que o último funciona como uma reserva para a restauração ou manutenção da integridade do Sistema, de modo consciente, inconsciente ou em simultâneo.

Este Modelo conceptual, tem como objetivo central a manutenção da estabilidade do Sistema cliente, através da avaliação rigorosa dos fatores de *stress* que surgem dentro e fora do mesmo, seguida da implementação de intervenções. Estas últimas correspondem às ações que ajudam o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade adequadas, de forma intencional, limitando ou reduzindo os fatores de *stress* e condições adversas que afetam ou podem afetar o Sistema cliente. O fundamento é assim que, quanto mais estável for o Sistema, mais saudável este será (Alligood, 2018; George, 2000; Neuman & Fawcett, 2011).

O enfermeiro é visto como um participante ativo com o cliente, estando relacionado com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos *stressores*. Do mesmo modo a prevenção é vista como intervenção, ao nível da prevenção primária, secundária ou terciária (Alligood, 2018; Neuman & Fawcett, 2011). Por sua vez, a promoção da saúde, enquanto componente da prevenção primária, é um objetivo específico das intervenções de enfermagem, estando ligada a atividades que melhorem o bem-estar (potencial ou condicional), e que incluam a educação e a mobilização de recursos de apoio. Ao fazê-lo vai ser criado um suporte das linhas de defesa do sistema cliente, reduzindo o efeito de um fator de *stress* e aumentando a sua resistência (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013; Neuman & Fawcett, 2011). Torna-se assim imprescindível o envolvimento da Pessoa no planeamento, intervenção e avaliação dos resultados dos cuidados de saúde, de forma a conseguir ter a capacidade de solicitar os serviços de saúde que melhor respondam não só às suas necessidades, mas também aos seus recursos (Stanhope & Lancaster, 2020).

## 2. UM OLHAR SOBRE A COVID-19

O ano de 2020 começou repleto de simbolismo e significado para os enfermeiros, tendo sido declarado o Ano Internacional da Enfermagem, em celebração do bicentenário do nascimento de Florence Nightingale (1820-1910). Pioneira da enfermagem moderna, desde o cuidado aos soldados da Crimeia durante os anos de 1850, a sua contribuição trouxe um impacto profundo na saúde pública mundial. A sua preocupação com o ambiente, com destaque para a individualização do cuidado, o isolamento dos doentes, o papel terapêutico da alimentação, saneamento, higiene, lavagem das mãos, ventilação, redução do número de camas por enfermaria, no sentido de evitar infeções cruzadas, e a diminuição da circulação de pessoas fora do serviço, são conceitos que perduram até aos dias de hoje e que alicerçaram os fundamentos da epidemiologia e vigilância sanitária atuais e, concomitantemente, da disciplina de enfermagem (Martins & Benito, 2016; Nightingale, 1989; Oliveira, Freitas, Araújo & Gomes, 2020).

No entanto, o século XXI trouxe consigo uma quantidade de desafios, que suscitaram a necessidade de agir no sentido de preservação da vida humana, atuando na saúde global. De fato, os diversos surtos epidemiológicos registados, vieram demonstrar a importância da enfermagem nos aspetos ligados à saúde, nomeadamente com a sua ligação à saúde pública (Oliveira et al., 2020). A mais recente ameaça, surgiu em 2020, no âmbito da doença pelo novo Coronavírus, família *Coronaviridae*, cujo agente etiológico é o SARS-CoV-2 (Correia et al, 2020). Altamente transmissível, rapidamente alastrou à escala mundial (Anexo I). Declarado como pandemia pela OMS (DGS, 2020), têm sido emanadas diversas recomendações, nomeadamente o isolamento e distanciamento social, bem como a tomada de consciência para a mudança de comportamentos em relação às medidas de prevenção (tais como a higiene das mãos, pessoal e ambiental, alimentação adequada, acesso e cuidados hospitalares aos doentes, entre outras), o que nos remete para os pressupostos defendidos por Nightingale (1989) (Oliveira et al., 2020; Souza et al., 2020).

## 2.1. DESAFIOS E CONSEQUÊNCIAS

A ameaça à saúde vivida atualmente, tornou-se a preocupação dominante, prevalente sobre todas as outras questões, o que fez com que a saúde em todas as políticas se tornasse ainda mais uma realidade (Broucke, 2020). Responsável por 102 416 378 casos de infecções confirmados e 2 297 052 mortes a nível mundial, até 31 de janeiro de 2021 (OMS, 2021), a pandemia *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), tem vindo assim a causar um grande impacto não apenas na saúde global, mas também a nível sócio-económico. O encerramento de escolas, restrições de viagens, perda de empregos e a necessidade de abastecimento de produtos médicos, tem trazido desafios sem precedentes a toda a população a nível mundial (Cevik, Bamford & Ho, 2020; Nicola et al., 2020; OMSa, 2020).

Por ser um novo e desconhecido vírus, naturalmente surgiu a sede de informação clara, precisa e útil. O mundo uniu-se, e em tempo recorde foram publicados dados e estudos, tendo sido partilhadas informações a toda a população, contando com a contribuição da comunicação social. No entanto, tal deu origem à designada pela OMS “infodemia”, uma abundante quantidade de informações sobre a pandemia, o que dificultou o acompanhamento dos mesmos, para além de que nem toda a informação era confiável e credível, tendo provocado noções incorretas sobre o vírus (OMSa, 2020). Apesar de tal também ter sido sentido pelos profissionais de saúde, o esforço e acompanhamento que os mesmos têm tido perante a informação que tem surgido, bem como com a prática clínica em constante evolução, têm sido essenciais para o combate a esta pandemia (Cevik et al., 2020).

De forma a haver congruência, quase todos os países a nível mundial têm seguido como referência as orientações emanadas pela OMS. Esta, definiu como prioridades a avaliação de abordagens para o cuidado, utilizando os equipamentos de proteção individuais (EPI) adequados, de forma a prevenir um maior contágio. Definiu o uso de testes rápidos a nível comunitário, como essencial para o rastreio, e que a investigação de terapêutica e vacinas deveria ser acelerada utilizando protocolos básicos e testes de plataforma, de forma a acelerar o seu processo. Da mesma forma, a sua ação foi essencial para a agilização da partilha de materiais, amostras e dados além fronteiras, trabalhando a nível de parcerias, de forma a facilitar a acessibilidade e justiça no alcance às ferramentas necessárias para controlar a propagação do vírus SARS-CoV-2, mantendo atualmente esse apelo (OMSa, 2020).

No entanto, o principal desafio na gestão do vírus continua a ser o grande número de infectados. Por essa razão, um diagnóstico preciso, bem como a identificação precoce e a gestão de casos graves de alto risco, são essenciais (Cevik et al., 2020). Porém, apesar de a maioria das ações realizadas terem como finalidade a prevenção, muitas das medidas tomadas para evitar a propagação da infecção implicam a mudança de comportamento a nível da população (Broucke, 2020). Neste sentido, o conhecimento das disciplinas das ciências sociais e comportamentais podem ajudar nesta modificação tão necessária, em vista ao cumprimento das recomendações de epidemiologistas e especialistas em saúde pública (Bavel et al., 2020).

Perante tal, há diversas teorias que procuram explicar a adoção de comportamentos a nível da saúde, pelo que é essencial conhecê-las no âmbito do exercício profissional, enquanto base para estratégias de intervenção, motivação e apoio à mudança comportamental (Loureiro & Miranda, 2016; Yzer & Nagler, 2021). Destas, evidencia-se a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, que em 1986 revolucionou a prática e investigação nesta área, tendo sido incorporada em numerosas teorias comportamentais que se lhe sucederam. A mesma destaca a relação recíproca através da interação entre fatores comportamentais, cognitivos e ambientais, considerando que cada indivíduo tem a capacidade de organizar e executar o seu próprio comportamento, de forma contínua. Deste modo, reforça que é necessário que cada um desenvolva os meios para exercer controlo (auto-eficácia) sobre a sua motivação e conduta, relacionados com a saúde, de forma a que os hábitos de promoção da saúde e as mudanças comportamentais sejam duradouras (Bandura, 2005; Loureiro & Miranda, 2016; Yzer & Nagler, 2021).

Com o alcance de mudanças a nível comportamental em larga escala, não só através das medidas já referidas, referentes ao distanciamento/isolamento sociais, lavagem das mãos, entre outros, mas também da diminuição do toque no rosto e o uso de máscaras em público, uma vez que a doença é transmitida principalmente através de microgotas infectadas, o controlo sobre o vírus será facilitado e a sua propagação menor. Dado que o período de incubação da doença varia de 2 a 14 dias, e os sintomas são variados (Anexo II), apesar de muitas vezes não haver evidência de sintomas, mesmo com um teste positivo, o seguimento das orientações emanadas a nível de saúde global é primordial (Bavel et al., 2020; Cevik et al., 2020; Lauer et al., 2020; OMSa; OMSb, 2020).

Deste modo, é essencial promover a saúde relativamente a todos esses aspetos, aumentando a literacia em saúde e a compreensibilidade das indicações divulgadas pelas autoridades de saúde, tendo em conta a complexidade das dimensões social e política da pandemia. Torna-se, portanto, imprescindível capacitar os indivíduos para o aumento do controlo sobre a sua saúde e determinantes da mesma, atuando com foco na promoção da saúde, no âmbito da saúde pública, através da mudança do comportamento individual e gestão da doença, de intervenções que afetam organizações e comunidades, e por meio de políticas de informação que digam respeito diretamente à população. A ação dos educadores e promotores de saúde é assim essencial para a mudança de comportamentos, contribuindo para o alcance das políticas de saúde de cada governo (Broucke, 2020; Souza et al., 2020).

De entre os profissionais de saúde, os enfermeiros assumem-se como recursos preciosos, não somente no reconhecimento das manifestações clínicas da doença, necessidades dos indivíduos, práticas de cuidado baseadas na evidência, e todas as suas competências de gestão, mas também devido ao trabalho que desenvolvem no âmbito da capacitação dos cidadãos. Assume-se assim como uma das disciplinas que mais contribui para que o indivíduo desenvolva o seu próprio projeto de saúde, através da garantia de que, quer a título particular, quer comunitário, todos tenham acesso à informação adequada, compreendam a mesma e como a utilizar (Brito et al., 2015; Galehdar, Toulabi, Kamran & Heydari, 2020; Hughes, 2016).

### **3. A REALIDADE DO ENVELHECIMENTO E O CUIDADOR COMO RESPOSTA**

O aumento da esperança média de vida, combinado com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, levou a uma aceleração do envelhecimento da população a nível mundial. Estas alterações demográficas trouxeram consequências inegáveis para a saúde, uma vez que também a procura dos serviços de saúde por parte deste grupo populacional tem aumentado e evoluído nas últimas décadas, levando também ao aumento da prevalência de doenças crónicas (Alves, Araújo, Coimbra & Leitão, 2020; OMS, 2015; Silva, Silva, Sanglard & Damasceno, 2020). O reflexo na saúde é notório, trazendo grandes desafios à saúde pública, não apenas ao nível dos sistemas de saúde, na adequação dos serviços e sua acessibilidade, mas também à disponibilidade de estruturas físicas e tecnologias específicas, incluindo os custos económicos associados, bem como a escassez de profissionais capacitados (Alves et al., 2020; OMS, 2015).

Em Portugal, tal como em muitos outros países, tem-se verificado um envelhecimento populacional cada vez mais notório. Efetivamente, é o 3º país da Europa com maior índice de envelhecimento, segundo a estatística mais recente, referente ao ano de 2018 (PORDATAa, 2021).

No entanto, envelhecer é parte integral do processo de desenvolvimento natural do homem, sendo caracterizado por mudanças complexas que provocam destruição a nível molecular e celular, que com o tempo levam a uma perda gradual das reservas fisiológicas, aumento do risco de determinadas doenças, e a um declínio das capacidades. Mas estas alterações não são lineares, assim como o seu curso, pelo que cada vez mais a perspectiva de de que esse processo é caracterizado por um conjunto rígido de fases (infância, fase escolar, período definido de trabalho e reforma), se tem vindo a demonstrar desenquadrada (Herdy, 2020; OMS, 2015).

Envelhecer de forma saudável é assim uma preocupação, pelo que urge a atenção das políticas públicas para que se consigam alcançar mudanças no estilo de vida, hábitos

alimentares e físicos, entre outros, fatores que caracterizam um envelhecimento saudável (Herdy, 202; Queiroz et al., 2020). Neste contexto, Portugal identifica como uma das metas previstas no PNS, o aumento em pelo 30% do número de anos de vida saudável, para homens e mulheres (DGS, 2015). Neste contexto, têm vindo a ser desenvolvidas um conjunto de estratégias de intervenção, incluindo formas de as operacionalizar ao longo da vida, de forma a proporcionar as respostas adequadas às necessidades das pessoas nesta faixa etária, nomeadamente através do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) emitido pela DGS. Este, assenta em três domínios fundamentais: a promoção de um envelhecimento activo; adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas; e a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (DGS, 2006). Porém, o aumento da longevidade não está diretamente relacionado com a dimensão das oportunidades, pois está dependente de um aspeto fundamental, que é a saúde, cuja presença ou falta, vai ditar a forma como o indivíduo irá viver esses anos (OMS, 2015).

### 3.1. O CUIDADOR FORMAL ENQUANTO SISTEMA

O envelhecimento populacional tem trazido diversos desafios, quer aos governos, família, bem como à sociedade em geral, para os quais os mesmos não estavam preparados. Sendo associado ao surgimento de doenças crónicas não transmissíveis, incapacitantes e complexas, em que há a perda de funções cognitivas, um declínio da função sensorial, acidentes e isolamento social, surge muitas vezes a perda da capacidade funcional dos idosos, tornando-os dependentes de outrém para a prestação do cuidado diário. Neste sentido, surge a exigência de uma resposta por parte das políticas e, consequentemente, sistemas de saúde, de forma a fazer face às necessidades decorrentes do envelhecimento da população, pois muitos deles exigem a presença de um cuidador para assegurar esses cuidados (Diniz et al., 2018; Carvalho, 2020). Mas cuidar do Outro, independentemente da idade, implica ter atenção à sua individualidade e necessidades, com o fim de alcançar o bem-estar, num sentido de atenção e respeito pelas limitações da pessoa cuidada, promovendo a sua autonomia (Cardoso, 2015; Pinto & Róseo, 2014). Neste sentido, é importante uma relação de confiança mútua de base entre o cuidador e aquele que usufrui

do cuidado, implicando dar atenção a todas as suas dimensões: física, psicológica, social e espiritual (Cardoso, 2015; Diniz et. al.,2018).

Sendo um conceito central da disciplina de enfermagem, e fazendo parte da sua essência, influenciando a teoria, investigação, prática e ensino (Leininger, 1988; Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves, & Cantarino, 2016), o “Cuidar” é acima de tudo uma ação inerente à condição humana e essencial para a sua continuidade (Colliére, 2000). Mas se o cuidado em enfermagem vai para além do cuidar instrumental (o prestar) e se situa na atitude, disponibilidade, desenvolvimento de competências relacionais que se possam assumir como terapêuticas, é importante salientar que o tipo de cuidado, está dependente das necessidades da pessoa, o que também determinará a sua frequência e intensidade, bem como qual o papel da pessoa que cuida (Sequeira, 2018). Faz assim sentido a distinção proposta por Leininger (1988) de várias tipologias de cuidados: genéricos, profissionais e profissionais de enfermagem.

No entanto, importa salientar que também o “cuidado” tem vindo a sofrer alterações. Apesar de ser comum, e estar presente em todas as culturas, difere na sua forma de expressão, tendo em conta as suas dimensões psicológicas, físicas, sociais e culturais (Ribeiro, 2019; Sequeira, 2018), representando um problema de saúde pública relevante a nível mundial, associado ao elevado envelhecimento populacional e carência de respostas (Touhy & Jett, 2018). Efetivamente, a globalização e urbanização, provocaram um aumento da migração e uma alteração a nível dos mercados de trabalho. Tal, fez com que muitos indivíduos de gerações mais antigas permanecem em áreas rurais mais pobres, enquanto as gerações mais novas se deslocaram para áreas de crescimento, alterou as estruturas familiares e redes de segurança sociais e de apoio e até mesmo as normas de género sofreram alterações. Se no passado as famílias, maioritariamente as mulheres, tinham um papel muito direcionado para o cuidado, tanto de crianças como de idosos, sendo a maioria das vezes parentes, atualmente esse paradigma sofreu uma mutação e os modelos antigos tornaram-se muitas das vezes insustentáveis (Ferreira, Isaac & Ximenes, 2018; Figueiredo, Gutierrez, Darder, Silva & Carvalho, 2021; OMS, 2015; Sequeira, 2018; Touhy & Jett, 2018). A definição de cuidador tornou-se assim mais abrangente, podendo distinguir-se atualmente em dois tipos: cuidador formal ou informal.

O cuidado informal encontra-se muito ligado ao passado, em que a responsabilidade do cuidado à pessoa idosa pertencia às pessoas mais próximas (família, pessoas contíguas à

sua habitação – tais como vizinhos ou amigos com laços afetivos), sendo os cuidados prestados maioritariamente na sua residência e não remunerados (Sequeira, 2018). Dado as alterações que têm vindo a surgir, Portugal tem procurado dar uma resposta adequada, nomeadamente através da aprovação do Estatuto do Cuidador Informal (portaria n.º 2/2020), aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Este, tem-se demonstrado essencial, na medida em que os cuidadores informais assumem um papel extremamente importante na sociedade, tendo particular relevância a nível económico, social e humano. Do mesmo modo, o familiar cuidador, tendo em conta os laços afetivos, uma vez que não apresente incapacidade, é visto como o elemento que pode cuidar de forma mais adequada do idoso (Sequeira, 2018).

No entanto, atualmente, apesar de esse modelo de cuidado se continuar a verificar, cada vez mais há uma procura maior de instituições e recursos sociais de forma a dar resposta à necessidade de cuidados que a pessoa idosa requer, surgindo assim a tipologia do cuidador formal (Sequeira, 2018). Este, é referente ao cuidado prestado por profissionais devidamente qualificados, quer seja ao nível domiciliário e/ou institucional, que têm uma preparação específica para desempenhar esse papel. Estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, são por isso remunerados (Batista, Almeida & Ancman, 2014; Chambel, 2016; Sequeira, 2018). Neste sentido, as redes sociais de suporte, caracterizadas pelo conjunto de recursos humanos e serviços referentes a instituições que constituem as relações que a pessoa que é cuidada tem à sua disposição e que podem prestar apoio no contexto domiciliário e comunitário (portaria n.º2/2020), têm-se revelado essenciais.

Já desde 2004 que estes profissionais são definidos como trabalhadores auxiliares, com qualificações diversas, que prestam cuidados aos idosos com a supervisão de um profissional devidamente qualificado (OMS, 2004). Sendo profissionais contratados, e devidamente habilitados, devem estar preparados adequadamente, para prestar os cuidados no domicílio ou nas instituições sociais (Sequeira, 2010; 2018; Sousa, 2011). Devem assim possuir competências para um trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar, tal como conhecimentos, de modo a poderem intervir de forma adequada, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam apoiando-os na realização das suas atividades de vida diárias (King et al., 2012; Sequeira, 2018).

Deste modo, para a prestação do cuidado formal, é necessário que a sua ação não se centre apenas na técnica, mas que entre também no campo dos afetos, devendo possuir

capacidades como ética, profissionalismo, relação interpessoal com o utente/família, empatia, pontualidade e assiduidade, discrição e escuta ativa (Pinto & Róseo, 2014). Como tal, o cuidado formal deverá ser intencional sobre a pessoa e estruturado, incluindo-a no seu processo de envelhecimento, promovendo a sua autonomia e tornando-a um agente ativo e participativo. Deverá ser prestado de forma profissional e holística, englobando valores, princípios, emoções e sentimentos, com afeto, dedicação e empatia, essenciais para uma relação interpessoal, devendo os cuidadores serem pessoas íntegras e de confiança (Pinto & Róseo, 2014; Queirós et al. 2016; Suleman, 2014).

Apesar de tudo, os cuidadores formais estão sujeitos a danos físicos e desgaste emocional, muito associado ao horário laboral e à baixa valorização pela sociedade (Pinheiro & Beringuilho, 2017). Outro fator coadjuvante, está relacionado com a formação. Apesar do investimento cada vez maior nestes profissionais, ainda há falhas a este nível, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados. Muitos iniciam a sua atividade laboral sem que haja uma formação regular e específica, o que faz com que haja dificuldade na resposta às complexas necessidades daqueles de quem cuidam, o que leva à desmotivação e insatisfação profissionais, bem como uma diminuição da humanização dos cuidados (Cardoso, 2015; Pinheiro & Beringuilho, 2017; Sousa, 2011).

Torna-se assim importante um investimento na formação e na valorização da profissão (Cardoso, 2015; Sousa, 2011), sendo essencial a sua qualificação, de forma a que tenham uma formação adequada. Tal trará benefícios não só para o próprio cuidador formal, visto que a qualidade do seu desempenho profissional e de vida melhorarão, mas também para a pessoa cuidada, na medida em que a qualidade da sua prestação de cuidados será melhor (Pinheiro & Beringuilho, 2017). Assim, entender a realidade dos cuidadores formais é essencial, de modo a conhecer a complexidade das suas ações, experiências pessoais e relacionais que envolvem o cuidado (Figueiredo et al., 2021).

#### **4. PLANEAMENTO EM SAÚDE**

O sistema de saúde, sendo entendido como o conjunto dos serviços de saúde e as ações de saúde pública, tem como ponto de partida a população e, mais particularmente, a identificação das necessidades de saúde da mesma. Como tal, é essencial que, para a satisfação dessas necessidades, se proceda à seleção, organização e avaliação das atividades mais eficazes, atendendo aos recursos disponíveis para uma determinada população (Loureiro & Miranda, 2016; Pineault, 2016). Neste sentido, surge o Planeamento em Saúde, como um processo de intervenção face à realidade sócio-económica, ou outra das suas vertentes, como a saúde, agindo sobre essa realidade e transformando-a, assumindo-se como um dos elementos da tomada de decisão (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

O Planeamento em Saúde, é um processo dinâmico e contínuo, do qual decorrem seis fases: diagnóstico de situação; definição de prioridades; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução; e avaliação. É um processo cíclico, sendo que uma etapa nunca poderá ser considerada totalmente concluída, uma vez que, mediante nova recolha de informação, é sempre possível refazê-la. É portanto necessária a sua construção, realizando cada fase antes de passar à seguinte. Com a avaliação, regressa-se à etapa do diagnóstico, atualizando-o e melhorando-o (Imperatori & Giraldes, 1993).

##### **4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Dando início à primeira fase, foi elaborado o diagnóstico de situação, correspondendo às necessidades de saúde da população. A concordância entre diagnóstico e necessidades irá determinar a pertinência do projeto a desenvolver, justificando as atividades realizadas e servindo como padrão de comparação no momento da avaliação, como medida do alcance

das mesmas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Para a elaboração do mesmo, procedeu-se à caracterização do local onde decorreu o estágio, de forma a identificar o nível de saúde da população, após o que foi determinado o foco de intervenção, bem como as necessidades de saúde. De modo a melhor organizar o trabalho a desenvolver, foi elaborado um projeto de estágio (Anexo III).

#### **4.1.1 Caracterização do contexto de estágio e necessidades de saúde**

O estágio decorreu na UCC “Saúde a Seu Lado”, sediada no ACES Loures-Odivelas, criado pela portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Das quatro freguesias do concelho de Odivelas, em que está inserida, dá resposta a três, nomeadamente a União das freguesias de Ramada e Caneças, União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto e Odivelas (BI-CSP, 2021), distribuídas numa área geográfica de 17,29 km<sup>2</sup> (Fonseca, 2018).

A população abrangida pela UCC tem vindo a aumentar, a par com o aumento da população residente, correspondendo atualmente a um total de 103 071 utentes (BI-CSP, 2021), perante um total de 160 688 habitantes, segundo os dados estatísticos mais recentes (referentes ao ano de 2019). De referir ainda que este é o segundo município com maior densidade populacional do país (PORDATA, 2021).

Apresentando uma elevada taxa bruta de natalidade (PORDATA, 2021) e uma proporção de população jovem e em idade ativa significativa, ao analisar os residentes por grupo etário, verifica-se que existe um grande número de habitantes com idades acima dos 65 anos, correspondendo a um total de 23 056 utentes. Torna-se assim relevante o índice de dependência nos idosos, que se situa nos 36,08% perante um total de dependentes de 61,29% (BI-CSP, 2021).

A UCC tem a missão de contribuir para melhorar o estado de saúde da população, na sua área de abrangência, assegurando respostas integradas, articuladas e diferenciadas de forma aproximada às necessidades em cuidados, de saúde e sociais, tendo como parceiros órgãos da comunidade local. Na sua estrutura funcional engloba a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e a Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária. É assim constituída por uma equipa multidisciplinar, sendo que alguns dos recursos humanos são

partilhados com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, que saiu formalmente do âmbito da UCC em janeiro de 2018 (Fonseca, 2018).

Tendo em conta a população da sua área de influência, em linha com o PNS, que propõe, entre outros, a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos) e a melhoria da esperança média de vida saudável (aos 65 anos), o Plano de Ação da UCC estabeleceu áreas prioritárias de intervenção, dentro das quais se destacam a intervenção com indivíduos dependentes e suas famílias/cuidadores, bem como a promoção e proteção da saúde ao longo do ciclo de vida, em diferentes momentos e contextos, intervindo a nível de programas de saúde já existentes, reforçando assim a colaboração intersectorial.

Os programas da sua carteira de serviços têm como base os problemas e prioridades definidos, tendo como suporte os programas nacionais. Incluem ainda diversos projetos direcionados para as maiores necessidades da população, na sua maioria dirigidos à população idosa. Dentro destes destaca-se o Projeto “Formar para Cuidar”, dirigido aos cuidadores formais, cujo objetivo é a formação contínua das Ajudantes de Ação Direta, em parceria com as Instituições Públicas de Solidariedade Social (IPSS) que assistem os doentes na área geográfica de atuação da UCC, fomentando o bem-estar e conforto dos utentes e seus cuidadores informais. Relativamente às competências inerentes às funções dos cuidadores formais, através da transmissão de conhecimentos, informação e ensinamentos sobre a prestação de cuidados, contribuem para o seu desempenho e motivação profissionais, minimizando o risco de *burnout* (Fonseca 2017; 2018).

Perante tudo isto, e de modo a identificar as necessidades de saúde (reais e/ou sentidas, expressas e não expressas, segundo Imperatori e Giraldes [1993]) para a elaboração de um diagnóstico de saúde adequado, para além da consulta de diversas fontes de informação e revisão bibliográfica, foi ainda realizada uma entrevista formal, não estruturada (segundo Azevedo & Azevedo, 2008), à coordenadora da UCC (Anexo IV). Desta, revelou-se como maior necessidade, na atualidade, a intervenção comunitária ao nível das IPSS da área geográfica de abrangência da UCC, uma vez que os recursos humanos são escassos e houve a necessidade de priorizar áreas de intervenção face à pandemia. Neste contexto, foi efetuada outra entrevista formal, não estruturada, à Coordenadora do projeto “Formar para Cuidar” (Anexo V). A mesma corroborou a necessidade sentida pela coordenadora da UCC, salientando a necessidade de formação aos cuidadores formais pertencentes às IPSS, nomeadamente ao nível da sua capacitação para lidar com todos os aspetos referentes à pandemia COVID-19.

Dado esta também ser uma área de interesse pessoal, sendo vista como uma intervenção de saúde pública essencial a nível mundial, foi identificada como a área alvo de programação, um requisito indispensável para o planeamento (Imperatori & Giraldes, 1993), tendo-se assumindo como foco os cuidadores formais. Atendendo ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a necessidade identificada enquadra-se na promoção da saúde, nomeadamente ao nível da prevenção primária. Assim, a capacitação de cada grupo enquanto Sistema, assume-se uma intervenção essencial, contribuindo para o reforço das respetivas linhas de defesa flexíveis, permitindo uma maior proteção face aos *stressores* a que estão sujeitos, derivados da situação pandémica atual (Neuman & Fawcett, 2011).

## 4.2. TIPO DE ESTUDO

Tendo sido definido como sujeito de intervenção os cuidadores formais das IPSS, procurou-se identificar quais as necessidades sentidas pelos mesmos. Apesar de também terem sido utilizadas como recurso técnicas de análise quantitativa, nomeadamente para a caracterização da amostra, foi através da colheita e análise de dados, com a aplicação do tipo de estudo qualitativo, que foi possível concretizar o diagnóstico. Assente na descoberta, descrição, compreensão e interpretação de fenómenos, esta metodologia permite ver o problema integrado no seu contexto (Fortin, 2006; Streubert & Carpenter, 2011; Polit & Beck, 2019).

### 4.2.1. Seleção da população e amostra

Analisando as IPSS existentes na área de abrangência da UCC, foram identificadas 10 instituições, com um total de 74 cuidadores formais. O plano de formação, com base no levantamento das necessidades formativas, incluiu o controlo de infeção, higiene, respostas de saúde e sociais e a prevenção de úlceras de pressão (às pessoas em situação de dependência), ética e deontologia profissional e demências (Fonseca, 2018). Das colheitas de dados mais recentes, realizadas pela equipa, verificou-se que as necessidades formativas prioritárias incidiam no controlo de infeção.

Atendendo ao fator tempo, o contexto de pandemia e recursos, em consenso entre o mestrando e as orientadoras clínica, científica, bem como com a coordenadora do projeto “Formar para Cuidar”, foi definido que a intervenção seria efetuada a apenas 3 do total das IPSS existentes na área geográfica de atuação da UCC. Para a sua escolha, foi utilizado um método de amostragem não probabilística por conveniência, que envolve a seleção das pessoas mais acessíveis e é vantajoso por ser rápido e fácil, apesar de os seus resultados apenas se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para a população (Hill & Hill, 2005; Hicks, 2006; Polit & Beck, 2019). Dado este fator, os resultados obtidos não poderão ser generalizados entre IPSS’s.

Tendo em conta as questões éticas inerentes ao desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, foram requeridas as devidas autorizações para a sua realização, considerando os deveres deontológicos inscritos no Código Deontológico do enfermeiro (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro) e o direito da saúde, incluindo a lei de proteção de dados (regulamento nº 798/2018 de 30 de novembro).

Atendendo ao fato de, apesar de estar afeto ao ACES Loures - Odivelas, me encontrar na condição de mestrando, foi efetuado um pedido de autorização ao respetivo Diretor Executivo (Anexo VI), que obteve um parecer positivo. Foram tomadas as mesmas providências face ao presidente de cada uma das IPSS alvo de intervenção (Anexo VII). Para os mesmos foi ainda enviada uma síntese do projeto de intervenção comunitária a efetuar (Anexo VIII). Não havendo nada a opor na concretização do mesmo por parte de todos os contactados, foi dado seguimento ao trabalho. Foi efetuado o mesmo procedimento para com os participantes, solicitando a sua colaboração e autorização para a cedência e tratamento dos dados biográficos, em formato escrito, no qual foi dada informação acerca do âmbito do projeto e seu objetivo geral (Anexo IX). Estes pedidos fundamentaram a decisão ética de enfermagem, tendo permitido a ação considerando a Pessoa, bem como as suas necessidades e dignidade (Deodato, 2014).

Concomitantemente, foram definidos os critérios de inclusão de cada Sistema na amostra, tal como se pode verificar no quando seguinte (Quadro 1).

**Quadro 1** – Critérios de inclusão dos participantes na amostra

Critérios de Inclusão
- Cuidadores formais que exerçam funções nas IPSS que participam no projeto;
- Cuidadores formais que entregarem o consentimento informado assinado, autorizando a aplicação do questionário e análise dos dados;
- Cuidadores formais com capacidade de leitura, compreensão e escrita.

#### **4.2.2. Método de colheita de dados**

De forma a perceber quais as necessidades sentidas pelos cuidadores das IPSS's, e a elaborar o projeto de intervenção sobre uma perspetiva organizacional, alcançando assim um diagnóstico de situação que vá ao encontro às mesmas, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas como método de recolha de dados. Estas foram escolhidas por permitirem ao entrevistado a expressão dos seus sentimentos e opiniões sobre o tema escolhido (Fortin, 2006; Ribeiro, 2010). As mesmas foram efetuadas tendo como base o diagnóstico de situação efetuado até ao momento, bem como pesquisa bibliográfica referente à temática, de forma a que o seu conteúdo permita obter dados específicos para a intervenção na população alvo definida. Tiveram por isso como foco principal as necessidades de formação dos cuidadores, nomeadamente face ao vírus SARS-CoV-2, tendo esta sido definida como uma categoria *a priori* a emergir dos dados obtidos.

Dadas as limitações impostas pelo contexto de pandemia, optou-se pela realização de uma entrevista dirigida a informantes chave de cada IPSS, que ficaram definidos como elos de ligação entre o mestrando e os cuidadores. Atendendo ao Modelo teórico que sustenta este trabalho, assumiu-se cada IPSS como um Sistema, enquanto grupo, como passarão a ser designados de agora em diante (Sistemas A, B e C). Estes foram analisados de forma singular, quer a nível de *stressores*, necessidades, ambiente e intervenção.

As entrevistas foram efetuadas presencialmente, em cada local, respetivamente, e foi realizado um registo áudio das mesmas, com a devida autorização dos intervenientes. Tendo em atenção a “regra da homogeneidade”, em que os documentos devem ser homogéneos, ou seja, obedecer a critérios precisos de escolha, não apresentando demasiada singularidade fora destes critérios de escolha (Bardin, 2015), apesar de as entrevistas terem sido semi-estruturadas, foi utilizado como base o mesmo guião (Anexo X). As mesmas foram posteriormente sujeitas à análise de conteúdo, segundo Bardin (2015). Esta, é utilizada

baseado-se em inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspeto. Assim, às entrevistas efetuadas, foi aplicada esta técnica, respeitando as três fases cronológicas definidas pela autora: a pré-análise do material; sua exploração; e tratamento dos resultados (Anexo XI).

Após as duas primeiras fases, os resultados foram tratados, tendo sido organizados em unidades de contexto e unidades de registo (UR). Na análise efetuada, foi dada relevância ao significado das expressões e não à sua dimensão ou frequência. Na fase de categorização, emergiram 3 dimensões (incluindo a definida *à priori*), nomeadamente “Necessidades de formação”, “Necessidades de recursos materiais” e “Necessidades de apoio emocional”. Perante o conteúdo apresentado, foi efetuada uma categorização mista, através de deduções e inferências específicas,

O tema “Necessidades de formação”, foi identificado por todas as entrevistadas, estando patente em expressões como:

“Temos aventais, mas elas sentem-se muito mais protegidas com as batas, porque ao realizarem a higiene protegem os braços.”<sup>A1.2</sup>

“(…) quando estando nas suas mesas alguém mostra algo no seu telemóvel e levantam-se sem máscara e vão ver, juntando-se umas com as outras.”<sup>B6.1</sup>

“É mais no cuidado, identificação de sintomas e atuação e prevenção. Ou seja, o que ter em atenção, o que fazer, para onde encaminhar.”<sup>C3.2</sup>

Também todas elas sugeriram conteúdos a abordar com os cuidadores, quer direta ou indiretamente, perceptível através do discurso. Surgem assim conteúdos considerados prioritários pelas mesmas acerca do que deve ser transmitido aos cuidadores, que se encontram diretamente relacionados com a promoção e a educação para a saúde, nomeadamente ao nível da prevenção primária, atendendo ao Modelo teórico em utilização. Os mesmos acentam nas precauções básicas de controlo de infeção; acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) em tempo de pandemia; risco de contágio de SARS-CoV-2 em contexto laboral: e normas e procedimentos relativos ao SARS-CoV-2.

Outro tema que emergiu, nomeadamente as “Necessidades de recursos materiais”, foi evidente em expressões como:

“De momento as batas descartáveis, são a nossa maior dificuldade.”<sup>A10.1</sup>

“Nós temos estado a salvaguardar este material mas (...) existe uma gestão financeira complicada.” B11.1

Com a análise das UR, pode verificar-se que existe uma limitação a nível do material, embora mais relacionada com a sua gestão e custo, mais especificamente ao nível da fraca disponibilidade e acessibilidade ao material e dificuldades financeiras. Por outro lado, segundo pesquisa bibliográfica, esse é um problema major de fornecimento a nível nacional e até mesmo internacional. Foi identificado, no entanto, que todos os Sistemas têm tido apoio neste aspeto, como é o caso da Proteção Civil. As UR seguintes exemplificam estas inferências:

“Muitas vezes (...) porque não havia equipamentos para comprar, contamos e continuamos a contar com a Proteção Civil, que nos vem trazer material uma ou duas vezes por semana.” B11.2

Relativamente às “Necessidades de apoio emocional”, tema que emergiu da análise do discurso, também em todos os Sistemas, estão evidentes em UR como:

“Nós nessa altura já estávamos a funcionar com equipas espelho e aí houve medo.” A15.1

“Hoje (...) o que essa funcionária nos disse foi: «Mas querem-nos matar a todas!». Existe um receio muito grande.” B14.1

“Eu acho que eles estão mais receosos é em termos das suas famílias (...)” C11.1

Ficou assim evidente a necessidade de apoio emocional e conhecimento perante os medos e receios face à pandemia, bem como a prevenção do *stress*, nomeadamente ao nível do bem-estar psicológico e do risco de sobrecarga e *burnout*.

Perante os dados obtidos com a análise de conteúdo, tornou-se importante perceber em que medida os mesmos se aproximam das necessidades reais. Foi elaborada uma *scoping review* acerca das necessidades de educação para a saúde dos cuidadores formais (Falcão, Santos, Fonseca & Coelho, 2020). A evidência revelou que a necessidade mais premente, associada à situação pandémica vivida a nível mundial que veio alterar de forma muito significativa todos os comportamentos e forma de estar, viver e agir em sociedade, é o apoio para a aquisição e manutenção de uma saúde mental saudável. Tal inclui o bem-estar psicológico e espiritual, bem como o saber identificar as próprias necessidades para evitar a

sobrecarga e o *burnout*. Foi ainda identificada como necessidade a formação contínua, com ênfase nos cuidados prestados no quotidiano, bem como a comunicação. Foram também evidentes as necessidades de haver o envolvimento de profissionais de saúde qualificados, bem como a existência e fácil acessibilidade a documentação científica acerca dos cuidados que os cuidadores formais prestam diariamente. A bibliografia consultada vai ao encontro dos resultados obtidos, salientando ainda, entre outros, a falta de recursos humanos e materiais e uma excessiva carga de trabalho como fatores que podem influenciar negativamente a prestação de cuidados. Tendo em atenção o contexto atual, através do aumento da literacia em saúde, investindo na educação para a saúde, haverá um contributo para o controlo da infeção, não apenas no que se refere aos cuidados a doentes com COVID-19 mas acima de tudo atuando a nível da sua prevenção (Falcão et al., 2020).

Atendendo ao fato de as necessidades de formação terem sido o tema central, foi realizada outra *scoping review*, direcionada para essa temática. Partindo da questão “Quais as necessidades de formação nos cuidadores formais?”, procurou-se mapear as mesmas (Anexo XII). Com a sua realização, apesar da pouca bibliografia encontrada sobre a temática, verificou-se que as necessidades de formação relacionam-se diretamente com o contexto de trabalho e área de atuação, sendo que a disponibilidade e criação de materiais de consulta, no trabalho realizado a nível da comunidade, se revelou como um fator relevante. Do mesmo modo, foi também evidente a necessidade de formação acerca dos aspetos sobretudo emocionais, mas também práticos do cuidar, tudo na ótica de uma melhoria da prestação de cuidados. Conclui-se assim que os resultados obtidos com a análise de conteúdo aproximam as necessidades expressas e sentidas com as necessidades reais.

#### **4.2.3. Caracterização da amostra**

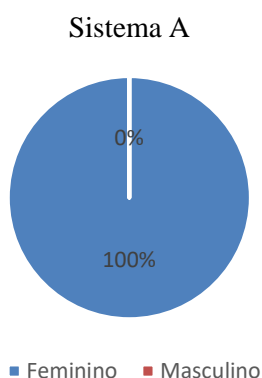
Tendo em atenção que o diagnóstico de situação é um processo contínuo, importa o conhecimento da população alvo de intervenção, de forma a melhor adequar a mesma. Atendendo a cada grupo de cuidadores formais como um Sistema, foi assim desenvolvido um questionário que permitisse caracterizar cada um individualmente (Anexo XIII). Antes do preenchimento dos mesmos, foram entregues os pedidos de autorização (através dos informantes chave de cada Sistema), tendo sido recolhidos pelo mestrando aquando da

primeira intervenção. Foram dados no mínimo 5 dias úteis em cada Sistema para a sua análise e preenchimento.

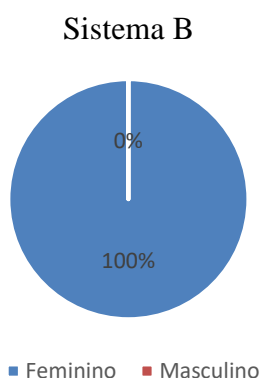
Todos os cuidadores aceitaram participar e fizeram-no de forma voluntária. Importa referir que em todos os Sistemas houve cuidadores que não se encontravam ao serviço durante o período em que decorreu a intervenção. Deste modo, no Sistema A, de uma equipa de 10 cuidadores formais, 1 estava ausente e no Sistema B, de um total de 14 cuidadores, 2 encontravam-se ausentes, em ambos devido a baixa de assistência à família. No Sistema C, uma das cuidadoras estava ausente, sendo o único que funcionava em “espelho”. Assim sendo, apenas foram contabilizados os profissionais que se encontravam ao serviço como potenciais integrantes na amostra, e aos quais foram entregues os pedidos de autorização e, subsequentemente, o questionário.

Recorrendo à análise de dados estatística, que consiste numa ferramenta fundamental para a elaboração de conclusões fundamentadas a partir da análise e interpretação de dados (Almeida, 2017), caracterizou-se a amostra. Esta foi composta por 24 cuidadores formais, 9 pertencentes ao Sistema A, 12 ao Sistema B e 3 ao Sistema C. Desses, 23 pertenciam ao género feminino (n= 9, 12 e 2 respetivamente) e 1 ao género masculino (n= 0, 0 e 1 respetivamente), tal como pode ser observado em detalhe nos gráficos seguintes (Gráficos 1, 2 e 3).

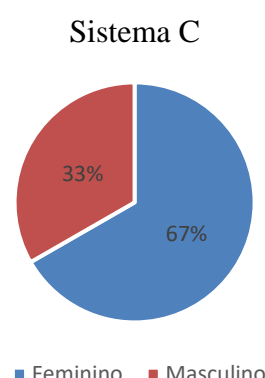
**Gráfico 1** – Distribuição dos cuidadores formais por género no Sistema A



**Gráfico 2** – Distribuição dos cuidadores formais por género no Sistema B



**Gráfico 3** – Distribuição dos cuidadores formais por género no Sistema C



Relativamente à idade, a mesma é variável entre os 32 e os 62 anos, situando-se a média nos 45 anos no Sistema A, 49 anos no Sistema B e 40 anos no Sistema C. Por sua vez,

os dados referentes às habilitações literárias foram compilados nas tabelas abaixo (Tabelas 1, 2 e 3).

**Tabela 1 – Habilitações literárias relativas ao Sistema A**

<b>Sistema A (n=9)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não sabe ler nem escrever	0	0
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	0	0
1º Ciclo (4º ano concluído)	1	11
2º Ciclo (6º ano concluído)	1	11
3º Ciclo (9º ano concluído)	5	56
Secundário (12º ano concluído)	2	22
Bacharelato	0	0
Licenciatura	0	0
Mestrado	0	0
Doutoramento	0	0

**Tabela 2 – Habilitações literárias relativas ao Sistema B**

<b>Sistema B (n=12)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não sabe ler nem escrever	0	0
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	0	0
1º Ciclo (4º ano concluído)	2	17
2º Ciclo (6º ano concluído)	7	58
3º Ciclo (9º ano concluído)	3	25
Secundário (12º ano concluído)	0	0
Bacharelato	0	0
Licenciatura	0	0
Mestrado	0	0
Doutoramento	0	0

**Tabela 3 – Habilitações literárias relativas ao Sistema C**

<b>Sistema C (n=3)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não sabe ler nem escrever	0	0
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	0	0
1º Ciclo (4º ano concluído)	0	0
2º Ciclo (6º ano concluído)	0	0
3º Ciclo (9º ano concluído)	0	0
Secundário (12º ano concluído)	3	100
Bacharelato	0	0
Licenciatura	0	0
Mestrado	0	0
Doutoramento	0	0

Apesar de os dados serem limitados (remetendo ao contacto inicial, foi dada a informação pelos informantes chave de cada Sistema, que poderia haver dificuldade na

resposta a questionários complexos por baixa literacia nos Sistemas, pelo que se optou por um questionário simples e apenas incluir as questões que servissem para o propósito deste projeto), foi possível analisar os dados da perspetiva do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011). Constatou-se que os Sistemas diferem bastante entre si, não apenas relativamente à sua estrutura básica, tal como é evidente nos dados apresentados acima que caracterizam a amostra, mas também em relação ao ambiente.

Relativamente à sua estrutura básica, verificou-se que os cuidadores formais eram na sua maioria do género feminino, à excepção do Sistema C, que incluía um elemento do género masculino. Evidenciou-se ainda nos Sistemas A e B um nível mais baixo de escolaridade, comparativamente com o Sistema C. Através das entrevistas realizadas aos informantes chave, identificou-se ainda uma baixa literacia em saúde relacionada com o vírus SARS-CoV-2 e a COVID-19 em todos os Sistemas, com maior evidência no Sistema B. A literacia em saúde, enquanto determinante da saúde e da qualidade de vida, assume-se como uma ferramenta essencial para a redução das desigualdades (Fernández-Gutiérrez et al., 2017; Loureiro, 2015). A bibliografia caracteriza Portugal como o país com menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde, encontrando-se no 2º lugar no que concerne à percentagem de pessoas com nível suficiente (conforme dados apresentados no “European Health Literacy Survey”, comparativamente com os outros países participantes). Simultaneamente, foi também identificado um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado em cerca de 60% da população inquirida (DGS, 2019; Pedro, Amaral & Escoval, 2016). Este aspeto é fundamental pois, como é referido pelo Ministério da Saúde (2018), a educação é uma condicionante essencial a nível dos comportamentos e estado de saúde, dada a sua influência no acesso à informação, capacidade de mobilização dos conhecimentos e adoção de comportamentos saudáveis, o que será primordial na capacitação de cada Sistema.

Por sua vez, o ambiente externo, correspondente aos *stressores* inter ou extrapessoais (Neuman & Fawcett, 2011), difere de Sistema para Sistema. Avaliado no momento das entrevistas e visita inicial às IPSS’s, concluiu-se que havia um bom ambiente relacional entre todos os elementos dos Sistemas, embora tenha sido referido que no Sistema A os períodos de reunião e partilha eram por vezes dificultados pela participação de um elemento, mais reivindicativo. Relativamente às instalações, todos os Sistemas tinham um espaço adequado para sessões de formação e já definidas áreas de acordo com as normas preconizadas pela DGS. No entanto, o Sistema C possuía uma área exígua a nível de vestiários, apesar de

também apresentar um número mais reduzido de elementos. No Sistema B foi referido na entrevista que existiam vários elementos fumadores, que na sua pausa se reuniam num banco no jardim contíguo à instituição, não cumprindo por vezes o distanciamento no convívio social.

Sendo um fenómeno básico do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), fator de influência contínua que rodeia o Sistema, é essencial a sua análise. Tal decorre do fato de, como a bibliografia sugere, numa intervenção há que ter em conta que também o ambiente em que a pessoa está inserida pode ser visto como um estimulante para uma mudança positiva ou ser um fator desfavorável para que tal aconteça (Loureiro & Miranda, 2016).

Através da análise dos dados obtidos, e de acordo com o Modelo, foi possível identificar algumas ameaças à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas. Com a análise de conteúdo efetuada, verificou-se que as principais ameaças se relacionam com as necessidades identificadas, nomeadamente “Necessidades de formação”, “Necessidades de recursos materiais” e “Necessidades de apoio emocional”, em consonância com a revisão da literatura efetuada.

#### 4.3 ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES

Após a identificação das necessidades, através do diagnóstico de situação, surge a responsabilidade da tomada de decisões de modo a dar-lhes resposta, num contexto de escassez de recursos. Tal obriga, portanto, ao estabelecimento de prioridades. Procedeu-se assim a uma hierarquização dos problemas, tendo em conta que os promotores de saúde devem identificar os problemas previamente a partir de uma lógica organizacional, que dê suporte à prática e motive para a ação. Esta etapa do Planeamento em Saúde foi determinante para a tomada de decisão acerca de quais os problemas prioritários para cada Sistema, possibilitando a fixação de objetivos e o estabelecimento dos resultados pretendidos para a população alvo de intervenção, bem como as estratégias para os colmatar, de forma a elaborar um projeto de intervenção comunitária dirigido (Imperatori & Giraldes, 1993; Loureiro & Miranda, 2016; Pineault, 2016; Tavares, 1990).

É a partir da definição de critérios e sua ponderação que se obtém a lista final ordenada de problemas, pelo que estes são cruciais (Tavares, 1990). Tendo em consideração sobretudo o limite temporal estabelecido, foram determinadas as necessidades alvo de intervenção através da utilização dos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, relacionados com o diagnóstico de situação efetuado.

O critério de magnitude, o mais simples e conhecido segundo Imperatori & Giraldes (1993), caracteriza o problema consoante a sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo. Tendo isto em conta, e fazendo o paralelo com os dados obtidos com o diagnóstico de situação, foram quantificados os mesmos conforme as suas UR. Tendo em atenção a transcendência como a importância segundo grupos etários e a vulnerabilidade como a possibilidade de prevenção (Imperatori & Giraldes, 1993), foram relacionados os critérios referidos com o diagnóstico de situação efetuado, tal como se pode verificar no quadro seguinte (Quadro 2).

**Quadro 2** – Determinação de prioridades conforme os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Critério	Necessidades		Justificação
Magnitude	47 UR	Necessidades de formação	- Número de UR identificadas através da análise do discurso das entrevistas dirigidas, com a realização de deduções e inferências específicas através da técnica da análise de conteúdo
	14 UR	Necessidades de recursos materiais	
	18 UR	Necessidades de apoio emocional	
Transcendência	Valorização da temática por parte dos peritos e informantes chave		- Enquadramento teórico; - Análise de documentação e entrevistas às coordenadoras da UCC e do projeto “Formar para Cuidar”; - Reconhecida a pertinência do tema com a realização de deduções e inferências específicas através da técnica da análise de conteúdo
Vulnerabilidade	Redução da morbilidade por SARS-CoV-2 através da formação adequada às necessidades		- Enquadramento teórico

Tendo em atenção os dados, foram determinadas como prioridades as “Necessidades de formação” e “Necessidades de apoio emocional”, quantificadas com 47 UR e 18 UR respetivamente. Dado o campo da formação ser bastante vasto, através da análise dos dados, foi possível inferir que este se podia agrupar em quatro áreas distintas, nomeadamente “Precauções básicas de controlo de infeção”; “Risco de contágio de SARS-CoV-2 em contexto laboral”; “Normas e procedimentos relativos ao SARS-CoV-2”; e “Acesso ao SNS em tempo de pandemia”. Verificou-se ainda, direta ou indiretamente, que eram elementos comuns nos diferentes Sistemas.

Deste modo, após a priorização de intervenção, atendendo ao diagnóstico efetuado e ao contexto do projeto, as necessidades identificadas foram hierarquizados recorrendo ao Método de Hanlon (Tavares, 1990), cujos critérios e respetivo peso atribuído foram baseados no consenso entre o mestrando e a orientadora clínica, na qualidade de perita (Anexo XIV). A partir destes, foi possível ordenar as necessidades da seguinte forma:

- |   |  |
|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidades de apoio emocional</li><li>• Necessidade de formação em “Risco de contágio de SARS-CoV-2 em contexto laboral”</li><li>• Necessidade de formação em “Normas e procedimentos relativos ao SARS-CoV-2”</li></ul> |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de formação em “Precauções básicas de controlo de infeção”</li></ul>   |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de formação em “Acesso ao SNS em tempo de pandemia”</li></ul>  |

Não desvalorizando a duração temporal de estágio, mas atendendo à importância do desenvolvimento dos diagnósticos efetuados perante a situação pandémica atual e a evidência de necessidades comuns nos três Sistemas cliente (razão pela qual foi efetuada a priorização conjuntamente), bem como à sua exequibilidade, optou-se por assumir como alvo de intervenção todas as necessidades. No entanto, atendendo aos dados colhidos relativos à caracterização de cada Sistema, será feito uso de uma abordagem diferente, adequada de forma individual a cada Sistema. Serão no entanto privilegiados os pontos 1 e 2, decisão tomada em consenso com a orientadora clínica.

### 4.3.1. Diagnósticos de Enfermagem

Perante tudo isto, a definição dos diagnósticos de enfermagem assume-se como essencial para o processo de tomada de decisão, nomeadamente das atividades a desenvolver para a consecução efetiva do projeto de intervenção comunitária, permitindo assim a continuidade do processo de Planeamento em Saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993). Os mesmos foram definidos à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) e, tendo em atenção o desenvolvimento científico moderno, foi aplicada, concomitantemente, a terminologia padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – versão 2015 –, uma vez que esta surge como um recurso fiável para a documentação e evidência da prática de enfermagem (ICN, 2016). A relação entre o diagnóstico de situação e os diagnósticos de enfermagem identificados é evidenciada em seguida (Quadro 3).

**Quadro 3** – Diagnósticos de enfermagem segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) e segundo a CIPE®

Diagnóstico de Situação	Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) (Neuman & Fawcett, 2011)	CIPE® (versão 2015) (ICN, 2016)
Necessidades de apoio emocional	Potencial ameaça à estabilidade da linha flexível de defesa e bem-estar dos Sistemas	Risco de medo, sofrimento e <i>burnout</i>
Necessidade de formação em “Risco de contágio de SARS-CoV-2 em contexto laboral”	Risco aumentado de contágio por SARS-CoV-2 em contexto laboral, com o potencial surgimento de <i>stressores</i> intra, inter e extrapessoais, desestabilizando o Sistema cliente nas variáveis física, e psicológica.	Risco de infeção por SARS-CoV-2 em serviço de cuidados no domicílio
Necessidade de formação em “Normas e procedimentos relativos ao SARS-CoV-2”	Ambiente criado diminuído relativo às normas e procedimentos relativos ao SARS-CoV-2, contributivo para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> nos Sistemas	Défice de conhecimento sobre linhas de orientação relativas ao SARS-CoV-2
Necessidade de formação em “Precauções básicas de controlo de infeção”	Risco aumentado de contágio por SARS-CoV-2 por incumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, com o potencial surgimento de <i>stressores</i> intra, inter e extrapessoais, desestabilizando o Sistema cliente nas variáveis física, e psicológica.	Risco de infeção por SARS-CoV-2 por incumprimento das precauções básicas de controlo de infeção
Necessidade de formação em “Acesso ao SNS em tempo de pandemia”	Ambiente criado diminuído relativo ao acesso ao SNS, contributivo para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> nos Sistemas	Potencial de risco na ação ou aconselhamento acerca do acesso ao SNS

### 4.3.2. Fixação de objetivos

Após a definição dos diagnósticos de enfermagem, atendendo ao diagnóstico e à hierarquização dos problemas identificados, surge como essencial uma correta fixação dos objetivos a atingir face a cada problema e num determinado período temporal. Os mesmos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Deste modo, foi definido como objetivo geral: “Contribuir para o aumento da Literacia em Saúde sobre SARS-CoV-2 nos cuidadores formais de IPSS da área de atuação da UCC «Saúde a Seu Lado»”. Para alcançar o mesmo, foram propostos objetivos, definidas as atividades a desenvolver e estabelecidas as metas a alcançar, de forma a atingi-los (Anexo XV). Os mesmos foram delineados conforme não só o consenso de peritos, nomeadamente as orientadoras clínica e científica, mas também tendo em conta a sua exequibilidade face ao tempo de estágio, tendo como orientação base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011).

Esta etapa, fundamental no processo de Planeamento em Saúde, irá permitir a avaliação *à posteriori* dos resultados obtidos com a execução do projecto de intervenção comunitária, pelo que é fundamental a sua correcta definição (Imperatori & Giraldes, 1993). Foram assim definidos os indicadores, de forma a ser possível a medição do alcance da intervenção que melhor traduza a dimensão atual dos problemas identificados, nomeadamente os de atividade e de resultado (Tavares, 1990).

Perante o exposto, foi assim definido como indicador de atividade, o número de sessões realizadas em relação ao número de sessões programadas, expressa através da seguinte relação:

$$\frac{\text{Número de sessões realizadas}}{\text{Número de sessões programadas}} \times 100$$

Como indicador de resultado foram definidos: a “importância do tema abordado”, a “aprendizagem de novos conteúdos”, e a “satisfação de cada participante” para cada intervenção. Deste modo, recorrendo novamente à análise estatística, foi elaborada uma escala tipo Likert (Anexo XVI). Sendo a mais utilizada para a avaliação de atitudes, consiste em afirmações perante as quais cada sujeito indica a sua concordância ou discordância tendo em consideração uma escala de intensidade, resultando numa escala ordinal (Ribeiro, 2007). Sendo um tipo de questionário vantajoso na facilidade de análise das respostas, uma vez que

é composto por perguntas fechadas, torna-se limitativo pela mesma razão (Gerrish & Lathlean, 2015; Hill & Hill, 2005). Deste modo, foi incluído um item de resposta aberta, designado de “Sugestões?”.

De forma a obter informações mais detalhadas, foi ainda avaliado o índice de atenção e de participação percebidos, bem como a observação não estruturada. Muito utilizada na enfermagem, esta última permite a compreensão e o estudo de um fenómeno, através das manifestações comportamentais através do que é testemunhado pelo próprio observador, assumindo-se como um processo ativo de colheita de dados acerca das pessoas, comportamentos, interações ou eventos (Azevedo & Azevedo, 2008; Gerrish & Lathlean, 2015; Parahoo, 2014).

#### 4.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Para alcançar os objetivos propostos anteriormente, bem como as metas estabelecidas, e de forma a sensibilizar os Sistemas envolvidos, foram selecionadas estratégias, adequadas e operacionalizáveis. Esta etapa define o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários e onde são definidas as formas de atuação, requerindo não apenas criatividade, mas também um conjunto de passos para a concepção e seleção das estratégias a adoptar (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

De forma a delinear a intervenção face às necessidades de formação, bem como o suporte digital e escrito para a realização das mesmas, foi realizada revisão bibliográfica relativa à temática, tendo em conta as diretrizes, normas e orientações mais recentes emanadas pela DGS, e consultados autores de referência na área da formação em contexto de trabalho e formação de pares. Sendo esta última considerada uma estratégia que leva a ganhos em saúde, não apenas para os enfermeiros, como para a instituição, a mesma estimula à mudança do comportamento nos elementos de um determinado grupo, levando também à mobilização de diversos tipos de saberes (Gonçalves, 2012). Do mesmo modo, e tal como referem Rodrigues e Ferrão (2016), as necessidades de formação surgem, muitas vezes, das necessidades levantadas pela instituição, quer seja por necessidade de novas qualificações dos profissionais ou por novas situações de trabalho. Tal ficou evidente com a análise de

conteúdo efetuada e é válido para o contexto atual, em que os profissionais se vêm perante um vírus novo, acerca do qual têm vindo constantemente a surgir novas e recentes evidências bem como normas e orientações.

Por sua vez, a aquisição de conhecimento pode ser feita de duas formas distintas: de modo participativo (nomeadamente através do envolvimento ativo), ou de modo passivo (através da absorção de conhecimentos fornecidos por uma fonte de informação reconhecida) (Stanhope & Lancaster, 2020).

De forma a melhor identificar a forma de promover a saúde junto de cada Sistema, procurou-se conhecer o espaço físico de cada IPSS, as condições laborais existentes, os recursos e obter informação inicial acerca das características de cada Sistema individual, bem como definir a melhor forma de realizar as sessões de formação (via presencial ou *webinar*), foi programada, com os respetivos diretores técnicos, uma visita às respetivas instalações. Tal permitiu identificar que em todas as IPSS a intervir, a sala formação reunia condições para ser efetuada de forma presencial.

Foram assim planeadas 2 sessões de formação (SF) para cada Sistema, a decorrer entre 16 de novembro a 03 dezembro de 2020. Para a programação de cada sessão, foram realizados diversos contatos telefónicos com os informantes chave, dado o trabalho domiciliário já programado e a possibilidade de um surto de infeção por COVID-19, em cada Sistema, de forma a permitir que estivessem presentes o máximo de cuidadores possíveis, atendendo ao princípio da equidade. Perante isto, foi definido que no Sistema B os elementos seriam divididos em dois grupos de forma a não haver falhas nos cuidados aos utentes. Apesar disso, a análise foi feita em conjunto, dado que era o mesmo Sistema.

Por sua vez, as sessões foram elaboradas com recurso a estratégias de formação (interrogativas, holísticas e dinâmicas de grupo, utilizando técnicas como o *brainstorming*), de modo a permitir não só a transmissão de informação e a aquisição de novos conhecimentos da forma mais adequada, mas também a sensibilizar os Sistemas para esta nova realidade imposta pela COVID-19. Foi ainda tido em consideração, dado que a identificação das necessidades de formação foi efetuada através de informantes chave, em proporcionar um momento para o esclarecimento de dúvidas, em cada sessão, permitindo uma maior interação entre o formador e cada Sistema. Simultaneamente, e tal como refere Conceição (2012), é preciso ter presente que a formação não acenta apenas na aquisição de novas competências profissionais, mas também carece de atualizações e uma atualização dos

conhecimentos já adquiridos. Tendo ainda em consideração o princípio ético da igualdade, apesar das diferentes características de cada Sistema, bem como necessidades e realidades, não deixando de ter em conta as suas características distintas, optou-se por elaborar sessões com conteúdos semelhantes, adaptando-as a cada um deles individualmente, quer a nível de linguagem quer de complexidade e/ou informação mais relevante a nível das apresentações.

Em consonância com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), a promoção da saúde, enquadrada na prevenção primária, surge assim no sentido do fortalecimento das linhas flexíveis de defesa. Para o alcançar, foram utilizadas como recurso técnicas de comunicação clínica, tais como a informação, questionamento, orientação, interpretação, sumarização/síntese, *feedback*, explicitação/clarificação (Sequeira, 2016). Do mesmo modo, segundo a bibliografia, em contexto profissional é fundamental incluir na formação suporte escrito e digital, de forma a sensibilizar para os avanços da investigação e a sua difusão e apropriação (Loureiro & Miranda, 2016), bem como as evidências resultantes das *scoping review* efetuadas, foi desenvolvido um “Panfleto Informativo para Profissionais – COVID-19” (Anexo XVII), para deixar disponível para consulta em cada local onde foi realizada a intervenção. Este foi elaborado no sentido de conter informação rápida, útil e proveniente de fontes de informação credíveis e fidedignas relativas ao novo vírus, bem como fácil de consultar, no caso de surgir alguma dúvida durante a prática dos cuidadores formais. O mesmo foi revisto e organizado tendo em conta as orientações emanadas pela DGS, contendo conceitos, normas e diretrizes nacionais relativas à COVID-19.

## **5. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “CAPACITAR PARA CUIDAR PERANTE A PANDEMIA SARS-CoV-2”**

Após definição das linhas gerais de intervenção, foi criado o projeto, designado de “Capacitar para cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2”, seguindo-se a preparação da execução. De modo a efetivar o projeto, procedeu-se assim à elaboração de um plano para cada SF, programando-se não só a abordagem dos conteúdos mas também a criação de um momento de partilha e colocação de questões. Os mesmos foram elaborados de acordo com o diagnóstico de situação, tendo em conta as características de cada um. Para tal, a etapa anterior revelou-se essencial, tendo permitido essa adaptação *à priori*. Optou-se assim por construir um plano igual para a SF 1 e SF 2, para todos os Sistemas, mutáveis e adaptáveis às características de cada um, nomeadamente a diferenciação na linguagem e ênfase na abordagem dos diferentes conteúdos.

Foi elaborado como linha orientadora um Cronograma de GANTT de acordo com Imperatori e Giraldes (1993) (Anexo XVIII). Sendo a metodologia do planeamento um processo dinâmico, no decorrer da intervenção houve a necessidade de adaptar as atividades previamente programadas às circunstâncias.

### **5.1 EXECUÇÃO DA AÇÃO**

Tal como planeado, foram desenvolvidas 2 SF para cada Sistema, sendo que o Sistema B se subdividiu em dois grupos, face às necessidades da IPSS. No entanto, os prazos previstos inicialmente para a realização das mesmas tiveram de ser ajustados a pedido das instituições.

No que concerne à **SF 1** (Anexo XIX), foi realizada uma breve apresentação pessoal e do âmbito do projeto, assim como as necessidades que emergiram do diagnóstico de situação efetuado previamente. Após uma breve introdução sobre os conceitos de SARS-CoV-2 e COVID-19, foram abordados os dados epidemiológicos mais recentes, contextualizando a realidade do concelho de Odivelas e as estatísticas nacionais.

Apesar de as SF nos três Sistemas terem sido em tudo semelhantes, no decorrer das mesmas foram identificadas e esclarecidas diferentes dúvidas em cada um, sendo que a maioria, em todos os Sistemas, se centravam nos modos de transmissão do vírus. Deste modo, a utilização correta das medidas de precaução básica de controlo de infeção e EPI's bem como a desinfeção de superfícies, foi o principal foco em todas as sessões. De referir que no Sistema B, os formandos, nos dois grupos, estavam muito focados no vírus da gripe e preocupados com a imunização para o mesmo, associado ao facto de que estava a decorrer a campanha de vacinação da gripe sazonal a nível nacional. Surgiu assim a necessidade de salientar a diferença dos vírus e sua atuação, tendo as formandas referido que ficaram esclarecidas.

Todos os formandos estiveram presentes e participaram ativamente, sendo que o Sistema A foi aquele onde houve maior participação de todos os intervenientes, tendo contado com a presença não só das nove formandas, mas também de seis elementos do corpo técnico, nomeadamente a diretora da IPSS, a diretora técnica, a responsável do serviço de apoio domiciliário, a gestora da qualidade, a responsável pelo sector infantil e o animador sociocultural. Foi o Sistema onde houve maior dinamismo e uma reflexão mais aprofundada e maior debate acerca da temática apresentada, tendo sido colocadas questões por todos os participantes. No Sistema B, tendo sido repartidos os elementos em dois momentos de formação, verificou-se uma maior dificuldade na expressão e alguma contenção inicial na colocação de questões e dúvidas. Houve assim a necessidade de criar um ambiente empático, com recurso à comunicação, para estimular a sua participação, com sucesso, tendo havido apenas um elemento que não colocou nenhuma questão. No Sistema C, na qual, para além dos formandos, também esteve presente a assistente social, a maior participação surgiu da parte do elemento do Sistema que estava a frequentar uma licenciatura em enfermagem. Apesar de os outros elementos não terem sido tão interativos, também foram bastante participativos, tendo sido colocadas questões por todos.

No final da SF do Sistema A, surgiram espontaneamente temas que os formandos

gostariam de abordar na sessão seguinte, nomeadamente a vacinação e aspetos relacionados com a mesma, como as últimas evidências e avanços na mesma, bem como o *stress* emocional, *burnout* e sua gestão. Deste modo, nas SF seguintes foi dado espaço para também cada Sistema, individualmente, dar a conhecer as suas maiores necessidades. Perante tal, do Sistema B não emergiram aspectos que gostassem de ver desenvolvidos sobre a COVID-19, embora tenham demonstrado interesse acerca da importância da vacinação contra a gripe sazonal, enquanto que no Sistema C referiram que gostariam de saber mais acerca dos avanços da vacinação e forma de atuação das vacinas, bem como conceitos de imunidade adquirida e complicações da COVID-19.

Para a realização das SF 2 (Anexo XX), apesar de ter sido apresentado um conteúdo semelhante a todos os Sistemas, o mesmo foi adaptado, personalizando a sessão e conteúdos para cada Sistema. Este surgiu assim não só do diagnóstico de situação, mas também da incorporação das temáticas solicitadas e dúvidas relevantes que emergiram da SF anterior, para cada Sistema.

Nos Sistemas A e C o conteúdo de formação visou dar resposta às temáticas solicitadas nas SF's anteriores, tendo sido realizado também um breve resumo acerca da vacinação contra a gripe sazonal no Sistema B, incidindo novamente na literacia sobre a temática relativa ao SARS-CoV-2. Dado a temática da saúde mental ser relevante no contexto atual, algo evidenciado pela *scoping* efetuada (Falcão et al., 2020), apesar de apenas ter sido solicitada pelo Sistema A, foi falada em todas as segundas sessões, apesar de mais desenvolvida no Sistema A.

Mais uma vez, todos os elementos estiveram presentes, nos Sistemas A e C. Em relação ao Sistema B, tendo em conta a existência de um surto na instituição e a necessidade do cumprimento do isolamento profilático pelas funcionárias, foi proposta a realização da sessão via *webinar*. Não havendo condições técnicas e recursos materiais para o efetivar, e dado o período temporal estipulado para o final do estágio, a sessão foi ministrada à responsável pelo serviço de apoio domiciliário da instituição, que se comprometeu a transmitir a informação aos elementos do Sistema *à posteriori*.

Em ambos os Sistemas A e C, foram colocadas diversas questões acerca das temáticas abordadas, tendo sido demonstrando interesse principalmente no que concerne à saúde mental, essencialmente nas estratégias para a sua promoção. De modo a capacitar para a procura de informação fidedigna e atualizada, foram incorporados excertos de notícias na

apresentação. Tendo sido dada abertura para tal, todos os intervenientes colocaram pelo menos uma questão.

## 5.2 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Com a finalidade de corrigir ou melhorar, comparando algo com um padrão, a avaliação permite a reformulação dos conteúdos, afinando as atividades realizadas ou planeando de forma mais eficiente, sendo por isso uma etapa essencial do planeamento. Permite determinar o valor das intervenções efetuadas, isto é, o grau de sucesso na consecução de um objetivo. Deverá ser baseada em informações pertinentes, perceptíveis e fáceis de obter, de forma a que se possam tirar conclusões coerentes bem como propostas úteis (Imperator & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Neste sentido, foram definidos indicadores de atividade e resultado, que traduzissem de forma fidedigna o alcance da intervenção, tendo-se recorrido ainda à observação, através dos índices de atenção e participação percebidos para cada sessão de formação. Foram também estabelecidas metas para alcançar os objetivos definidos.

No que diz respeito ao indicador de atividade, nomeadamente o número de sessões realizadas em relação ao número de sessões programadas, o mesmo foi alcançado a 100% nos Sistemas A e C, tendo assim sido efetivadas 2 sessões para cada Sistema, tal como previsto. Relativamente ao Sistema B, foram também realizadas 2 sessões, embora a última tenha sido exclusivamente com o elemento de referência, dado o surto identificado na instituição, que ficou de replicar a SF. Deste modo, apesar de ter sido cumprido o indicador, não foi efetivado diretamente (Tabela 4).

**Tabela 4** – Percentagem de sessões realizadas nos Sistemas A, B e C

	% de sessões realizadas		
	Sistema A	Sistema B	Sistema C
Indicador de atividade	100	100*	100

- 
- segunda SF realizada à responsável pelo serviço de apoio domiciliário da instituição

Por sua vez, o indicador de resultado foi avaliado com base na análise da escala de avaliação tipo Lickert elaborada, que permitiu a avaliação da satisfação e eficácia. Para a efetivação da mesma foi realizada uma análise dos dados recorrendo à estatística não-paramétrica (Ribeiro, 2007). Deste modo, foi atribuído um valor entre 1 e 5 a cada possibilidade de resposta, para cada questão, sendo que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”. As questões foram codificadas como Q1 (O tema abordado foi importante), Q2 (Aprendi algo de novo com esta sessão) e Q3 (Gostei desta sessão). De referir que não houve questões não respondidas nem rasuradas (que teriam sido consideradas nulas). Sendo que a última SF no Sistema B foi realizada apenas à responsável dos serviços, dado o surto na instituição, não foi aplicada a escala na mesma, pelo que não será contabilizada. A análise das médias de resposta demonstram uma avaliação satisfatória na sua generalidade, sendo que todas as questões foram avaliadas numa classificação média acima dos 4 valores (cuja correspondência é a seguinte: 4 – concordo; 5 – concordo totalmente). Tal como se pode verificar esquematizado na tabela abaixo (Tabela 5).

**Tabela 5** – Médias das avaliações em cada SF nos Sistemas A, B e C

	SF 1			SF 2		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
<b>Sistema A</b>	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8
<b>Sistema B</b>	4,8	4,8	4,8	_____	_____	_____
<b>Sistema C</b>	5	4,7	5	5	5	5

Relativamente à questão aberta incluída no mesmo, não foi preenchida por nenhum elemento dos Sistemas. No entanto, na SF 1 surgiram temas que gostariam de ver desenvolvidos na sessão seguinte, tal como se pode ver resumido no quadro seguinte (Quadro 4).

**Quadro 4** – Temas solicitados em cada Sistema para a SF 2

Sistema A	Sistema B	Sistema C
- Vacinação: <ul style="list-style-type: none"> <li>informação científica sobre as vacinas em desenvolvimento para a COVID-19</li> </ul> - Gestão do <i>stress</i> emocional e <i>burnout</i>	Demonstrado interesse acerca da importância da vacinação contra a gripe sazonal	- Vacinação: <ul style="list-style-type: none"> <li>informação científica sobre as vacinas em desenvolvimento para a COVID-19;</li> <li>atuação das vacinas</li> <li>conceito de imunidade adquirida</li> </ul> - Complicações da COVID-19

Considerando os índices de atenção e de participação, percebidos através da observação, verificou-se que, em todos os Sistemas, os participantes se mantiveram atentos ao que foi sendo exposto. Observou-se ainda agrado com a forma como as sessões foram efetivadas, tal como com o horário (dado que todos conseguiram participar). Ao longo das sessões foi estabelecida uma relação empática com os participantes, que sentiram abertura para a colocação de questões, pertinentes e adequadas à temática.

No que concerne às metas estabelecidas para a consecução dos objetivos, verificou-se que também estas foram alcançadas nos Sistemas A e C, à exceção do Sistema B (associado ao surto de COVID-19). Constatou-se que em relação à meta a) 80% dos cuidadores formais presentes em cada Sessão, em cada Sistema a mesma foi atingida a 100% em todas as SF, e em relação à meta b) que pelo menos 30% dos cuidadores formais coloquem questões, em cada Sistema, a avaliação é também positiva, tal como se pode verificar na tabela abaixo (Tabela 6).

**Tabela 6** – Percentagem do número de participantes e de questões colocadas, em cada SF, em cada Sistema

Sessões	% do número de participantes			% de questões		
	Sistema A	Sistema B	Sistema C	Sistema A	Sistema B	Sistema C
SF 1	100	100	100	100	92	100
SF 2	100	_____	100	100	_____	100

Relativamente ainda ao “Panfleto Informativo para Profissionais – COVID-19”, e atendendo ao referido por Rodrigues e Ferrão (2016), em que deverá ser tido em conta se o profissional utiliza o instrumento de trabalho fornecido nas suas funções e com que regularidade, salienta-se que não foi possível efetuar essa avaliação. No entanto, estando o trabalho integrado nas regulares funções da enfermeira orientadora, a mesma fica pendente, como sugestão e continuidade de desenvolvimento do projeto por parte da UCC.

## **6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

O desenvolvimento e a aquisição de competências faz parte integrante da disciplina de enfermagem, e assume-se como essencial para fazer face a uma realidade de cuidados cada vez mais complexa e em constante mutação. Enquanto EEEEC, a desempenhar funções numa Unidade de Saúde Familiar, essa necessidade tem-se demonstrado ainda mais relevante, uma vez que diariamente temos que dar resposta a um grande leque de necessidades, que englobam todo o ciclo de vida. Perante isto, é essencial que, cada vez mais, seja incorporada a prática baseada na melhor evidência científica, de forma a prestar cuidados de qualidade nos diferentes domínios da enfermagem (LoBiondo-Wood & Haber, 2018).

Sendo a minha área de intervenção a enfermagem comunitária, tenho vindo a adquirir um conhecimento e competências cada vez mais aprofundadas nesta área, não esquecendo, no entanto, as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas (regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro), necessárias e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolvendo a educação de clientes e pares, orientação, aconselhamento, liderança e incluindo ainda a responsabilidade de descodificar, divulgar e efetuar investigação relevante, é essencial ter presente estes conhecimentos, capacidade e habilidades comuns e saber mobilizá-los no contexto da prática clínica. Este aspeto é fundamental para agir face às necessidades de saúde daqueles de quem cuidamos, em todos os contextos de vida e níveis de prevenção. No decorrer da minha prática profissional, tenho procurado atuar tendo presente os quatro domínios descritos no mesmo, a referir: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e das aprendizagens profissionais.

Durante a realização dos estágios, procurei aprofundar as competências específicas do EEEEC, nomeadamente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária, conforme o descrito no regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, desde a mobilização da metodologia científica do Planeamento em Saúde, tal como está refletido no presente relatório, em todas

as suas fases, à vigilância epidemiológica. Esta última foi possível não só através da monitorização de fenómenos de saúde-doença, interpretação dos dados epidemiológicos em Portugal e no mundo, relacionados principalmente com a atual pandemia, mas também pelo papel ativo que o desenvolvimento deste projeto permitiu, na análise das potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas e na participação da vigilância epidemiológica a nível da área geográfica da comunidade. Com a realização deste projeto também foi possível contribuir para a promoção da capacitação de grupos e comunidades, nomeadamente os cuidadores formais das IPSS selecionadas como amostra através do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária. Para tal, tive de adequar a minha prática, englobando referências e habilidades na área da comunicação e dinâmicas de grupo, ajustando às necessidades que foram surgindo, de que é exemplo o caso da última sessão efetuada ao Sistema B, associado ao surto de COVID-19 na instituição. Foram ainda integradas orientações técnico-normativas, como as emanadas pela DGS, no sentido da consecução dos objetivos previstos no PNS. Com a realização deste projeto de intervenção, foi necessário mobilizar essas competências, que apesar de já adquiridas previamente, estando em constante evolução, foram reforçadas e cimentadas, dado que, tal como refere a bibliografia, o enfermeiro deverá consolidar os seus conhecimentos e promover a procura pela formação contínua (Soares, 2021).

O trabalho desenvolvido durante o estágio, não limitado às questões relacionadas com o projeto, mas englobando todas as ações desenvolvidas no decorrer do mesmo, permitiu um crescimento não só profissional mas também pessoal. As ferramentas adquiridas possibilitaram uma reflexão sobre a prática, de forma crítica e responsável, interligando-a com a investigação e a teoria, sustentando-a no mais recente conhecimento disponível, tendo ao mesmo tempo facilitado a aprendizagem autónoma e independente. Estas competências, relativas ao grau académico de mestre, conferido na especialidade de enfermagem comunitária e descritas no Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013), foram o foco principal com as ações levadas a cabo nestes estágios. Neste contexto, as atividades desenvolvidas no decorrer dos mesmos, foram orientadas para a sua aquisição.

A ampla mobilização de conteúdos teóricos e práticos necessários para a efetivação deste projeto, foi um fator essencial. Efetivamente, a mobilização da teoria aliada à prática exigiu um maior conhecimento sobre os fundamentos teóricos, não apenas os já aprendidos,

desenvolvendo-os e aprofundando-os, mas também o desenvolvimento de novos, aplicando-os num novo contexto. Como exemplo salienta-se a teoria de Sistemas de Betty Neuman (2011), bastante complexa, mas cuja mobilização facilitou a reflexão sobre os diferentes fenómenos e conceitos metaparadigmáticos da enfermagem no desenvolvimento do projeto. A procura do conhecimento mais atualizado e fidedigno, aliada à quantidade de publicações e dissertações sobre a temática da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, agravada pela anterior falta de informação sobre a mesma e a urgência de encontrar uma resposta para fazer face aos problemas à escala mundial que provocou, revelou-se uma tarefa hercúlea. Isto porque torná-la mais acessível e de fácil compreensão, compilando-a de uma forma lógica para um momento definido, não foi de todo simples e exigiu muito tempo, procura e foco nos objetivos definidos. Simultaneamente, surgiu a necessidade da utilização na prática de diferentes metodologias e de conhecimentos de outras áreas do conhecimento, entre os quais a análise de dados não só qualitativa mas também estatística (nomeadamente para a caracterização da população) e psicologia, o que se constituiu como um desafio.

Para a concretização do projeto de intervenção foi necessária a construção de uma tomada de decisão constante, em diferentes domínios, incluindo o da ética e deontologia da profissão, tendo sido amplamente ponderados. Deste modo, procurou-se durante o desenvolvimento do mesmo, agir tendo como base todos os fundamentos que constituem a decisão ética de enfermagem (Deodato, 2014). Foi neste contexto que foram efetivados os pedidos de consentimento aos diretamente relacionados com o projeto, respeitando ao mesmo tempo a direito à escolha de uma participação livre e informada nomeadamente por parte dos cuidadores formais em cada sessão de formação. Procurou-se ao mesmo tempo promover o direito ao anonimato e confidencialidade dos dados, tal como é previsto por lei, promovendo os direitos de cada Sistema individual enquanto Pessoa e sua dignidade, tal como foi o caso no processo de recolha de dados. O mesmo sucedeu para a realização, gravação e utilização das entrevistas, numa lógica de proteção de dados individual e coletiva, tendo em conta o direito à privacidade.

Para a concretização do projeto foi necessária a realização de diversas reuniões, bem como visitas às IPSS alvo de intervenção. Tal, permitiu a sua sensibilização e envolvimento no projeto, bem como um comprometimento para a ação e capacitação. O fato de ter sido feito contato presencial, permitiu ainda o estabelecimento de parcerias futuras com os mesmos, incluindo a abertura para o desenvolvimento do projeto “Formar para Cuidar” no Sistema C, com o qual a equipa não tinha conseguido operacionalizar recentemente e o

restabelecimento da parceria. A formação para a capacitação dos cuidadores formais surge assim como um projeto com futuro, assente na ponte entre a ECCI e as IPSS.

A reciprocidade e abertura de uma espaço para a colocação de dúvidas, em cada sessão de formação, também se revelou essencial na medida em que permitiu identificar as necessidades de cada Sistema mais diretamente, colmatando assim a lacuna deixada pelo fato de a entrevista ter sido realizada apenas a um informante chave, reforçando assim as suas linhas de defesa no que se refere à aquisição de conhecimento. A disponibilização de um "Panfleto informativo para profissionais" e das apresentações em vídeo, revelou-se também extremamente relevante, tendo implicado o estabelecimento de uma parceira com uma equipa de audiovisual de forma a fornecer materiais de qualidade passíveis de serem usados sem dificuldades ou dúvidas.

Os imprevistos, muitos deles associados à pandemia, que foram surgindo no decorrer da execução do projeto, revelaram-se também um desafio, na medida em que foi necessário um ajuste constante para fazer face aos mesmos e concretizar os objetivos propostos. Procurei assim lidar com essas questões e resolver os problemas que foram surgindo da melhor forma, encontrando as soluções mais adequadas a cada dia, conforme, por exemplo, os surtos identificados.

No decorrer dos estágios, foi possível acompanhar o trabalho desenvolvido na UCC, no seio da equipa multidisciplinar, incluindo toda a dinâmica que envolve a ECCI, o que permitiu enriquecer a minha prática profissional. Procurei ainda participar em ações de formação, promovendo assim a formação contínua e aquisição de conhecimento pessoal/profissional, não só relativas ao COVID-19, mas também a outras áreas do saber da disciplina de enfermagem. Do mesmo modo, procurei contribuir com a partilha do conhecimento adquirido, tendo surgido a oportunidade da realização de um poster, ao qual foi atribuído o 1º prémio, no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, e de uma comunicação oral nas II Jornadas Internacionais de Enfermagem do Desporto – este último no âmbito profissional, mas enquadrado na temática da pandemia – ambos da Universidade Católica Portuguesa. De referir ainda que o resumo da comunicação oral foi já publicado em formato e-book, sendo que o resumo do poster se encontra no prelo para o mesmo efeito. Ao mesmo tempo, e também enquadrado na temática desenvolvida com a realização deste projeto, fui co-autor do projeto "Talk with a Doc", estabelecido no meu local de trabalho, em parceria com a equipa multidisciplinar, que implicou a agilização de

diversos recursos e o estabelecimento de parcerias. Este, foi um projeto que surgiu devido à impossibilidade de realização das sessões do já existente projeto “Walk With a Doc São João da Talha” no contexto da pandemia e às restrições impostas pela mesma. Entre outubro e dezembro de 2020 foram realizadas duas sessões via *webinars*, subordinadas aos temas “Gripe e COVID-19 – os mitos, as dúvidas e as respostas!” e “O Segredo da Saúde – 1º mandamento: saber comer bem”. Com o objetivo de aumentar a literacia em saúde na comunidade, teve um *feedback* muito positivo (Anexo XXI).

A reflexão sobre a prática, para a qual a elaboração deste relatório muito contribuiu, revelou-se uma ferramenta essencial para a construção de uma prática baseada na evidência, ressaltando o valor da formação e a aplicação da evidência científica mais atual. Com a efetivação deste projeto de intervenção comunitária, procurou-se dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro EEEEC, cuja ação é cada vez mais relevante, tendo em atenção a crise de saúde pública vivida atualmente. Este projeto, foi desenvolvido no sentido de contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, quer a nível pessoal quer coletivo. Com o desenvolvimento académico conferente do grau de mestre e da prática clínica especializada, foi assim possível chegar a conclusões e conhecimentos efetivos para a melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo não só para a construção do conhecimento mas também para ganhos efetivos em saúde na comunidade.

## 7. CONCLUSÃO

Este relatório procurou dar visibilidade ao percurso efetuado no decorrer do estágio, em particular ao desenvolvimento de competências como mestre, na área de especialidade de enfermagem comunitária. Foi dada evidência à metodologia científica do Planeamento em Saúde e ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), o Modelo teórico que sustentou o trabalho desenvolvido, através da descrição das atividades realizadas.

O diagnóstico de situação surgiu de um ponto de vista organizacional, relacionando as necessidades reais, expressas e sentidas. O recurso ao estudo do tipo qualitativo, permitiu a exploração do fenómeno integrado em cada contexto específico, tendo possibilitado a expressão da opinião dos informantes chave sobre a temática em análise, valorizando-a e permitindo o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção que fosse ao encontro das necessidades de cada Sistema. Para tal, o contributo da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2015) foi inegável, tendo possibilitado objetivar o conteúdo das entrevistas que foram realizadas e a criação de inferências.

O foco de intervenção identificado foram os cuidadores formais de 3 IPSS da área de atuação da UCC, selecionadas como amostra, os quais foram reconhecidos como Sistema enquanto grupo. Na área de atuação relacionada com a pandemia pelo SARS-CoV-2, identificada como aquela na qual seria necessário intervir, verificou-se que as maiores necessidades se encontravam relacionadas com a “formação”, “recursos materiais” e “apoio emocional”.

A partir deste diagnóstico, foram definidas as prioridades de intervenção, que assentaram nas temáticas das necessidades de apoio emocional e de formação sobre SARS-CoV-2, nas vertentes de “Risco de contágio de SARS-CoV-2 em contexto laboral”; “Normas e procedimentos relativos ao SARS-CoV-2”; “Precauções básicas de controlo de infeção”; “Acesso ao SNS em tempo de pandemia”. A partir destes, foram fixados os objetivos e selecionadas as estratégias a realizar, resultantes não só da revisão da literatura efetuada mas também da articulação com os informantes chave de cada Sistema e respetiva caracterização

da amostra, incluindo os aspetos identificados à luz do Modelo teórico mobilizado.

Foi assim desenvolvido o projeto “Capacitar para Cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2”. Atuando globalmente a nível da capacitação através da formação de pares, a fase de execução revelou-se como a mais desafiante, tendo em consideração o contexto atual. Apesar disso, as atividades desenvolvidas permitiram contribuir diretamente para a formação dos profissionais. A avaliação do projeto foi em tudo positiva, tendo o mesmo contribuído para o fortalecimento da linha de defesa contra a SARS-CoV-2 e também para a sensibilização e o despertar para os cuidados e procedimentos a ter no combate contra este novo vírus. Considera-se assim que o objetivo geral proposto foi atingido.

As limitações provocadas pela pandemia, nomeadamente a limitação do contato social e a imposição do distanciamento pelas autoridades, apesar de necessárias, dificultaram bastante a intervenção. O surto existente no Sistema B também se revelou um aspeto difícil de gerir, tendo havido a necessidade de adaptar as estratégias para não perder a oportunidade de formação.

Dado ao fator tempo, não foi possível alargar o projeto a outras IPSS, sendo que a sua continuidade seria um fator abonatório para o fortalecimento das mesmas e, conseqüentemente, uma adjuvante na prevenção da propagação da infeção. Estando o estágio integrado nas regulares funções da enfermeira orientadora, esta premissa estabeleceu-se como sugestão de intervenção futura na UCC.

As atividades e o trabalho desenvolvidos permitiram a aquisição de competências, não apenas ao nível profissional mas também pessoal. Baseando a prática na evidência científica, foi possível compreender e dar um sentido a todas as ações desenvolvidas, desde a génese do projeto. Todo este processo trouxe benefícios a diferentes níveis (académico, pessoal e profissional), que contribuíram para o alargamento da minha prática nos cuidados de saúde primários a novas realidades, na exploração de fenómenos sob outra perspectiva, e na colaboração com outros profissionais, contribuindo assim para uma melhoria da prática clínica e para a aquisição de ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R. (2008). *Empowerment, participation and social work*, 4ª edição. Macmillan International Higher Education
- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P., Direção-Geral do Ensino Superior (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*, 1ª edição
- Allmark, P. (2015). Health Promotion in Public Health: Philosophical Analysis. In Schramme, T., Edwards, S., (Eds.). *Handbook of the Philosophy of Medicine*. (1-20). Springer. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2\\_53-1](https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_53-1)
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde: Um guia com o SPSS*, 1ª edição. Loures: Lusodidacta
- Alves, A. D. S., Araújo, D. M., Coimbra, D. G. L., Leitão, S. M. A. (2020). *Envelhecimento populacional: desafios e possibilidades para a saúde pública* [Comunicação oral]. Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 1º CONGERU – Congresso Online de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 1(1)
- Amendoeira (s.d.) *Documento orientador à elaboração do relatório – obtenção do grau de mestre*. IPS – ESSS
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*, 6ª edição. Washington: American Psychological Association
- Arif, S., Ali, A., Hussain, N. (2019). Nursing Theories: foundation of nursing profession. *I-manager's Journal on Nursing*, novembro 2019 – janeiro 2020. 9(4): 45-50
- Azevedo, C. A. M., Azevedo, A. G. (2008). *Metodologia científica: contributos paráticos para a elaboração de trabalhos académicos*, 9ª edição. Universidade Católica Portuguesa

- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An International Review* 54(2) 245-254. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x>
- Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., Ancman, S. (2014). Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context, outubro/dezembro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 17:4, 879-885. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>
- Bavel, J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, maio. 4: 460–471. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Brito, A., Vicente, B., Reis, A., Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 3(5): 75-90. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/91>
- Broucke, S. V. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, abril. 35(2): 181–186. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>
- Cardoso, A. S. S. (2015). “Cuidar para apessoar”: proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para ajudantes de ação direta que trabalham em respostas sociais para a população idosa. [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Disponível em: [www:<http://hdl.handle.net/10071/10941](http://hdl.handle.net/10071/10941)
- Carvalho, A. C. F. (2020). *Análise de função: os cuidadores formais em Portugal e Holanda*. [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/21032>
- Cevik, M., Bamford, C. G. G., Ho, A. (2020). COVID-19 pandemic – a focused review for clinicians. *Clinical Microbiology and Infection*, julho. 26(7): 842-847
- Chambel, D. A. A. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. Cuidadores Formais De Idosos*

*Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20Idosos%20Institucionalizados%20An%C3%A1lises%20dos%20Níveis%20de%20Sobrecarga%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf>

Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados-Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. [Dissertação de Mestre em Gerontologia Social, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa]

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almeida

Direção-Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS

Direção-Geral de Saúde (2019). *Plano de ação para a Literacia em Saúde 2019-2121 – Portugal*. Ministério da Saúde

Direção-Geral de Saúde (2020). *Covid 19 | Pandemia*. Lusa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/11/covid-19-pandemia/>

Diniz, M. A. A., Melo, B. R. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. O., Gratão, A. C. M. (2018). Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, novembro. 23(11): 3789-3798. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>

- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., Coelho, R. (2020). *Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presente para atuar no futuro* [Poster]. III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, 27 de novembro
- Fernandéz-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., Romero-Sánchez, J. M. (2017). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International Nursing Review*. 65(1): 54-64. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/inr.12373>
- Ferreira, C. R., Isaac, L., Ximenes, V. S. (2018). Cuidar de idosos: um assunto de mulher?. *Estudos Interciplinares em Psicologia*, janeiro/fevereiro. 9(1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n1/a07.pdf>
- Figueiredo, M., C., Amendoeira, J. (2018). Intervenção contextualizada no domínio da promoção da saúde. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. VI(2), 62-68. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Figueiredo, M. L. F., Gutierrez, . M. D., Darder, J. J. T., Silva, R.F., Carvalho, M. L. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, janeiro. 26(1):37-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>
- Fonseca, I. M. M. N. (2017). *Plano de ação da UCC “Saúde a Seu Lado” ACES Loures Odivelas Triénio 2017-2019*. ARSLVT, IP
- Fonseca, I. M. M. N. (2018). *Relatório de atividades de UCC “Saúde a Seu Lado” ACES Loures Odivelas, Ano 2017*. ARSLVT, IP
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galehdar, N., Toulabi, T., Kamran, A., Heydari, H. (2020). Exploring nurses’ perception of taking care of patients with coronavirus disease (COVID-19): A qualitative study. *NursingOpen*, janeiro. 8(1): 171-179. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.616>

- Gerrish, K., Lathlean, J. (2015). *The research process in Nursing*, 7ª edição. Wiley Blackwell.
- Gonçalves, A. C. (2012). *A formação pelos pares: um contributo para melhorar a avaliação das necessidades dos utentes*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.15/1232>
- Gusmão, C. M. P., Vilela, R. Q. B. (2019). A capacitação pedagógica na formação em enfermagem: tensionamentos do currículo. *Brazilian Applied Science Review*. 3(1), jan, fev: 26-35
- Herdy, J. S. (2020). Envelhecimento: Aposentadoria e Velhice – Fases da vida. *GIGAPP Estudos Working Papers*. 7(152): 242- 260. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-0717-0745>
- Hill, M. M., Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*, 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hughes, F. (2016). Health literacy: a key educational role for nurses and a vital tool for improving health. *International Nursing Review*. 63(3): 304-305. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/inr.12311>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, 3ª edição. Lisboa: Obras Avulsas Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém (2012) *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. IPS – ESSS
- International Council of Nurses (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2015*. ICN
- King, R. B., Hartke, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B. S., Raad, J. (2012). A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 37(5): 231–243. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/rmj.039>
- Lauer, S., Grantz, K. H., Bi, Q., Jones, F. K., Zheng, Q., Meredith, H. R., Azman, A. S., Reich, N. G., Lessler, J. (2020). The incubation period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and

- application. *Annals of Internal Medicine*. 172: 577–582. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M20-0504>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde – poder e empoderamento*. Loures: Lusociência
- Leininger, M. (1988). *Care: the essence of nursing and health*. Wayne State University Press
- LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2018). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*, 9ª edição. ELSEVIER
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33(1):1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>
- Loureiro, I., Miranda, N. (2016). *Promover a Saúde: dos fundamentos à ação*, 2ª edição. Coimbra: ALMEDINA
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde, Portugal*. Lisboa
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery*, junho. 78: 185-193. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Nightingale, F. (1989) *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*, 5ª edição. EUA: PEARSON
- Nutbeam, D. (2019). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*. 78(6): 705-709. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>
- Oliveira, K. K. D., Freitas, R.J.M., Araújo, J.L., Gomes, J.G.N. (2020). Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 42(esp):e20200120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200120>
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. *Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*.

- Organização Mundial de Saúde (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. *WHO Centre for Health Development*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
- Organização Mundial de Saúde (2015). Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.0\\_1\\_por.pdf;jsessionid=C3B990523D176743F4CBD7E477669357?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.0_1_por.pdf;jsessionid=C3B990523D176743F4CBD7E477669357?sequence=6)
- Organização Mundial de Saúde (2020a). A year without precedent: WHO's COVID-19 response. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response>
- Organização Mundial de Saúde (2020b). Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
- Organização Mundial de Saúde (2021). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponível em: <http://covid19.who.int/>
- Parahoo, K. (2014). *Nursing research: principles, process and issues*, 3ª edição. Reino Unido: PALGRAVE MACMILLAN
- Pedro, A. R., Amaral, O., Escoval, A. (2016). Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34(3) 259-275. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pinheira, V., Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*. 2(1): 225-236. Disponível em: <https://doi.org/10.17060/ijodaep>
- Pinto, L. & Róseo, F. (2014). Envelhecer com Saúde: o desafio do cuidar humanizado. *Revista Interfaces de Saúde*, junho. 1: 20-29
- PORDATA (2021a). Base de dados de Portugal contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>

- PORDATA (2021b). Base de dados de Portugal contemporâneo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Queirós, P., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M. & Cantarino, S. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, julho/agosto. Série IV, 10: 85-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>
- Queiroz, M. G., Aquino, M. L. A., Brito, A. D. L., Medeiros, C. C. M., Simões, M. O. S., Teixeira, A., Carvalho, D. F. (2020). Envelhecimento saudável prejudicado pela obesidade: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, março/abril. 3(2): 2309- 2316. Disponível em: <http://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-082>
- Ribeiro, José L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia em Saúde*, 2ª edição. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Rodrigues, M., Ferrão, L. (2016). *Formação Pedagógica de Formadores*, 10ª edição. Lisboa: LIDEL
- Rosa, M., Godinho, C., Matos, A. D., Gil, E. B., Calado, M. J. M., Mendes, M. N., Bispo, S. M., Pedrosa, S. G. (2020). Refletindo em cuidados continuados: o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 8(1): 203-214. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Santos, L., Parente, C., Ribeiro, J., Pontes, Â. (2015). *Promoção da saúde: Da investigação à prática*, 1ª edição. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Editora, LDA
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: LIDEL
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*, 2ª edição. Lisboa: LIDEL
- Silva, M. S. A., Silva, G. H. M., Sanglard, C., Damasceno, M. R. (2020). *Envelhecimento populacional: marcos legais e desafios*. [Comunicação oral] *Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 1º CONGERU – Congresso Online de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG*. 1(1)

- Soares, F. M. M. (2021). Uso de simulação clínica no ensino de enfermagem: incorporação de evidências científicas. *Revista Enfermagem Atual*. 95(33). Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.1009>
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Princípios
- Souza, C. T. V., Santana, C. S., Ferreira, P., Nunes, J. A., Teixeira, M. L. B., Gouvêa, M. I. F. S. (2020). Cuidar em tempos da COVID-19: lições aprendidas entre a ciência e a sociedade. *Cadernos de Saúde Pública*, junho. 36(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115020>
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2020). *Public health nursing: population-centered health care in the community*, 10ª edição. St. Louis: ELSEVIER
- Streubert, H., Carpenter, D. (2011). *Investigação qualitativa em Enfermagem, avançando o imperativo humanista*, 5ª edição. Loures: Lusociência
- Suleman, F. (2014). The employment relationship in an (almost) structureless labour market: the case of domestic work. *Cambridge Journal of Economics*. 39(3): 733-750. Disponível em: <https://academic.oup.com/cje/article-abstract/39/3/733/1715708?redirectedFrom=fulltext>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde Ed.
- Touhy, T., T. A., Jett, K. F. (2018). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging*, 5ª edição. St. Louis: ELSEVIER
- Yzer, M., Nagler, R. H. (2021). Theories of Behavior. In Thompson, T. L., Schulz, P. J. (Eds.), *Health Communication Theory* (pp. 178-199). John Wiley & Sons
- Zarzycka, D., Dobrowolska, B., Slusarska, B., Wronska, I., Cuber, T., Pajnkihar, M. (2013). Theoretical foundation of nursing practice in Poland. *Nursing Science Quarterly*, SAGE. 26(1): 80-84. Disponível em: <http://10.1177/0894318412466736>

## LEGISLAÇÃO

Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Diário da República nº 181/2015, Série I, 8059-8105

Portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro. Aprovada em Diário da República nº 231/2012, 1º Suplemento, Série I, 6832-(5) a 6832-(11)

Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro. Aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro que aprovou o Estatuto do Cuidador Informal. Aprovada em Diário da República n.º 7/2020, Série I de 2020-01-10, 5-9

Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Aprovado pelo Diário da República nº35/2011, Série II, 8648-8653

Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Aprovado em Diário da República nº 135/2018, Série II, 19354-19359

Regulamento nº 798/2018 de 30 de novembro. Proteção de dados pessoais e à livre circulação aprovado pelo Diário da República nº 231/2018, Série II, 32031-32032

## **ANEXOS**

ANEXO I – RESUMO EPIDEMIOLÓGICO RELATIVO AO SARS-CoV-2

## EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA A NÍVEL MUNDIAL

**31 dezembro 2019:** reportados à OMS os primeiros casos de pneumonia de etiologia desconhecida em trabalhadores e frequentadores de um mercado de peixe, mariscos vivos e aves na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China

**9 janeiro 2020:** identificado um novo vírus da família dos coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença

**30 janeiro 2020:** declarada a doença por novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional, pela OMS

**11 março 2020:** declarado SARS-CoV-2 como pandemia pela OMS

**até 31 janeiro 2021:** 102 416 378 casos confirmados de COVID-19 e 2 297 052 mortes em todo o mundo (OMS, 2021)

## EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA A NÍVEL EUROPEU

**24 janeiro 2020:** identificado o 1º caso diagnosticado com SARS-CoV-2

**13 março 2020:** declarada a Europa como o novo epicentro da pandemia pela OMS

## EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM PORTUGAL

**2 março 2020:** confirmado o 1º caso de SARS-CoV-2

**16 março 2020:** declarada a 1ª vítima mortal (Mário Veríssimo)

**18 março 2020:** decretado 1º estado de emergência (16 dias após 1º confirmação do 1º caso) --- pela primeira vez na história da vida democrática do país

**3 abril 2020:** decretado 2º estado de emergência

**10 abril 2020:** pico de 1516 novos casos

**18 abril 2020:** decretado 3º estado de emergência

**9 novembro 2020:** decretado 4º estado de emergência

**16 novembro 2020:** pico de 8371 novos casos

**24 novembro 2020:** decretado 5º estado de emergência

**9 dezembro 2020:** decretado 6º estado de emergência

**24 dezembro 2020:** decretado 7º estado de emergência

**27 dezembro 2020:** início vacinação (profissionais de saúde)

**8 janeiro 2021:** decretado 8º estado de emergência

**15 janeiro 2021:** decretado 9º estado de emergência

**28 janeiro 2021:** pico de 16432 novos casos

**29 janeiro 2021:** decretado 10º estado de emergência

**até 31 de janeiro 2021:** total de 711 018 casos confirmados e 12 179 óbitos

ANEXO II – DEFINIÇÃO DE CASO DE COVID-19 (NORMA 020/2020 DE 09-11/2020)

## NORMA

NÚMERO: 020/2020

DATA: 09/11/2020

---

ASSUNTO: **COVID-19: Definição de Caso de COVID-19**

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; SARS-CoV-2; Caso confirmado; Caso possível; Caso provável; Critérios; Investigação Epidemiológica

PARA: Sistema de Saúde

CONTACTOS: [sinave@dgs.min-saude.pt](mailto:sinave@dgs.min-saude.pt)

---

A Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto instituiu um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública que devem ser abrangidos pela rede de informação e comunicação estabelecida pelo Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), competindo à Diretora-Geral da Saúde definir quais as doenças transmissíveis de notificação obrigatória e outros riscos para a saúde pública e que devem ser abrangidos pela rede de informação e comunicação estabelecida pelo SINAVE.

Decorridos mais de sete meses desde o reconhecimento da COVID-19 como pandemia pela Organização Mundial de Saúde importa atualizar a Definição de Caso de infeção por SARS-CoV-2/ COVID-19, considerando o atual conhecimento científico.

Assim, ao abrigo do disposto nas alíneas b), c), d) e e) do art. 9.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto e nos termos da alínea a) do n.º 2 do art. 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Norma:

1. É revogada a Orientação 002A/2020 da DGS.
2. **Critérios para a Definição de Caso de COVID-19:**
  - a. **Critérios clínicos:** Qualquer pessoa que apresente, pelo menos, um dos seguintes critérios:
    - i. Tosse de novo ou agravamento do padrão habitual;
    - ii. Febre (temperatura corporal  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ) sem outra causa atribuível;
    - iii. Dispneia / dificuldade respiratória sem outra causa atribuível;
    - iv. Anosmia de início súbito;
    - v. Disgeusia ou ageusia de início súbito.
  - b. **Critérios epidemiológicos:** Qualquer pessoa que apresente, pelo menos, um dos seguintes critérios nos 14 dias antes do início de sintomas:

- i. Contacto com um caso confirmado de COVID-19;
- ii. Residente ou trabalhador numa instituição onde se encontrem pessoas em situações vulneráveis (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Estabelecimento prisional, Abrigo, Casa de Acolhimento ou instituição equiparada) e onde existe transmissão documentada de COVID-19;
- iii. Exposição laboratorial não protegida a material biológico infetado/contendo com SARS-CoV-2.

c. **CrITÉRIOS imagiolÓgicos:**

- i. Na radiografia do tÓrax: hipotransparências difusas, de contornos irregulares, com distribuição bilateral periférica e/ou subpleural, com predomÍnio nos lobos inferiores, e/ou consolidaÇão com distribuição periférica e basal.
- ii. Na tomografia computadorizada do tÓrax: hipodensidades em vidro despolido, com uma distribuição periférica e subpleural; consolidaÇões segmentares multifocais, com distribuição predominante subpleural ou ao longo dos feixes broncovasculares; consolidaÇão com sinal de halo invertido, sugerindo pneumonia organizativa.

d. **CrITÉRIOS laboratoriais:**

- i. DetecÇão de ácido nucleico (RNA) de SARS-CoV-2 através de teste molecular de amplificaÇão de ácidos nucleicos (TAAN) em pelo menos uma amostra respiratória;
- ii. DetecÇão de antigénio de SARS-CoV-2 através de Testes Rápidos de Antigénio (TRAg) em pelo menos uma amostra respiratória, realizados nos termos da Norma 019/2020 da DGS.

### 3. **ClassificaÇão do Caso de COVID-19:**

- a. **Caso PossÍvel:** pessoa que preencha os crITÉrios clÍnicos.
- b. **Caso ProvÁvel:** pessoa que preencha um dos seguintes crITÉrios:
  - i. CrITÉrios clÍnicos e crITÉrios epidemiolÓgicos;
  - ou
  - ii. CrITÉrios clÍnicos e crITÉrios imagiolÓgicos.
- c. **Caso Confirmado:** pessoa que preencha os crITÉrios laboratoriais.



Graça Freitas  
Diretora-Geral da Saúde

ANEXO III – PROJETO DE ESTÁGIO



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**



**8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**COMUNITÁRIA UC – ESTÁGIO E RELATÓRIO DE**  
**INTERVENÇÃO COMUNITARIA 2º ANO – 1º SEMESTRE**

# **Projeto de Estágio**

## **“Capacitar para Cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2”**

**Intervenção de enfermagem  
comunitária ao cuidador formal**

**Discente:**

Rui Coelho

**Orientadora Local:**

Enfª Especialista e Mestre Isabel Nunes

**Docente:**

Professora Doutora Irene Santos

junho, 2020

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>2</b>
<b>1.INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....</b>	<b>4</b>
1.1 OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	5
<b>2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>17</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade Enfermagem Comunitária, a Unidade Curricular – Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária (ERIC), lança o desafio de um primeiro contacto com a prática enquanto especialista e futuro mestre. A aquisição de competências específicas e dirigidas para a comunidade assume assim um papel de extrema importância, que serão a base para a prática, atuale futura.

Seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde, com base em Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1990), pretende-se com este projeto delinear o percurso a seguir para o desenvolvimento do estágio a realizar na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) de Odivelas “Saúde a Seu Lado”, situada na Póvoa de Santo Adrião, que atualmente e face ao contexto de pandemia SARS-COV-2, utiliza provisoriamente as instalações da Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) de Caneças.

De acordo com o documento orientador, os objetivos dirigidos ao estágio são:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

O referido documento estabelece os seguintes objetivos dirigidos ao relatório:

- Enquadrar a prática clínica na evidência com recurso à Revisão Sistemática da Literatura (RSL);
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

No decorrer do meu percurso profissional como enfermeiro, tive a possibilidade

de adquirir experiências e conhecimentos relevantes no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, pelos quais sempre tive interesse e predileção. Desempenhei funções na prestação de cuidados e gestão de equipa Cuidados Continuados de Sacavém e presentemente na USF São João da Talha (ACES Loures Odivelas). Este projeto representa um desafio pessoal e profissional, que abraço com motivação e entusiasmo.

Enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), irei utilizar as competências específicas da minha área de Especialidade conforme descritas no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (regulamento nº 428/2018 de 16 de julho). Com a realização deste estágio, procurarei colaborar no desenvolvimento de projetos da UCC, contribuindo para a melhoria do estado de saúde de uma população. Deste modo, pretendo adquirir competências conducentes com o grau académico de mestre, de acordo com o descritivo Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações (DGS, 2013). Para tal, procurarei desenvolver e aprofundar as competências já adquiridas, aplicando-as nas diferentes situações com as quais irei lidar em diferentes contextos. Ao intervir, num contexto de pandemia em que é obrigatório o distanciamento social, procurarei solucionar os problemas que surgirem, agindo num contexto alargado e multidisciplinar. Privilegiando sempre a reflexão sobre a prática, de forma crítica e responsável, emitindo juízos e desenvolvendo as soluções mais adequadas face aos problemas que surjam, tal processo será facilitador de uma aprendizagem independente e autónoma. Procurarei ainda sustentar todas as atividades desenvolvidas inerentes ao projeto de forma clara e perceptível a todos através da elaboração à *posteriori* do relatório final.

Perante tudo isto, este projeto pretende dar visibilidade aos objetivos propostos e atividades que se esperam desenvolver para os alcançar, pelo que segue essa linha orientadora.

## **1. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

As UCC são definidas como unidades funcionais que prestam “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (nº 1 do Artigo 11º do decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

As necessidades em saúde têm vindo a mudar, nos últimos anos, quer devido às alterações do perfil demográfico, quer aos indicadores de morbilidade, havendo atualmente uma crescente incidência de doenças crónicas. Neste sentido, os cuidados de saúde primários têm vindo a representar um papel cada vez mais importante, nomeadamente na capacitação do cidadão para responder aos problemas, com o objetivo de construir uma sociedade mais forte e dinâmica.

Neste sentido, o enfermeiro mestre, especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, assume um papel preponderante, na medida em que, no âmbito dos cuidados de saúde primários, tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante no tratamento da doença e acima de tudo na sua prevenção (regulamento nº 428/2018 de 16 de julho).

De forma a melhor identificar as atividades a desenvolver, foram definidos os objetivos gerais e específicos, interligando-os com as competências do EEEC e as competências que conferem o grau de mestre, para uma melhor compreensão.

## 1.1 - OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

### Objetivo Geral:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária

Objetivos específicos	Competências	Atividades	Duração
<p>- Elaborar o diagnóstico de situação de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir a área de intervenção;</li> <li>• Caracterizar a população alvo;</li> <li>• Identificar problemas de especial complexidade no contexto de intervenção.</li> </ul> <p>- Definir prioridades de intervenção.</p>	<p>- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;</li> <li>• Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade</li> </ul> <p>(regulamento nº 428/2018 de 16 de julho)</p> <p>- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que:</p>	<p>- Conhecer a dinâmica da UCC de Odivelas;</p> <p>- Entrevista formal com a coordenadora da UCC;</p> <p>- Consulta dos documentos disponíveis na UCC tais como Plano de Ação, Relatório de Anual de Atividades, Normas, Protocolos;</p> <p>- Caracterizar a população sobre o ponto de vista demográfico e social;</p> <p>- Identificar os principais problemas de saúde da população da área de abrangência da UCC de Odivelas;</p> <p>- Integrar-me na equipa multidisciplinar;</p> <p>- Participar ativamente nas atividades desenvolvidas pela UCC e ECCL;</p>	<p>22/06/20 a 31/07/20 &amp; 14/09/20 a 28/09/20</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;</li> <li>• Sejam capazes de desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação.</li> </ul> <p>(DGS, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar programas e projetos de intervenção desenvolvidos pela UCC e ECCL;</li> <li>- Estabelecer prioridades de intervenção;</li> <li>- Identificar população alvo de intervenção: cuidadores formais;</li> <li>- Revisão bibliográfica referente aos cuidadores formais;</li> <li>- Identificar necessidades da população alvo de intervenção;</li> <li>- Entrevista formal com a enfermeira gestora do projeto “Formar para Cuidar”;</li> <li>- Integração do projeto “Formar para Cuidar”;</li> <li>- Identificar parceiros;</li> <li>- Realizar contacto com parceiros (IPSS), com pedido de colaboração para a realização do projeto de estágio;</li> <li>- Reunião com os parceiros das IPSS que deram resposta positiva, nomeadamente com as diretoras técnicas;</li> <li>- Proceder à definição da área de abordagem;</li> <li>- Realização dos pedidos de autorização para a elaboração do projeto do estágio.</li> </ul>	
--	---	---	--

**Objetivo geral:**

- **Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Duração</b>
<p>- Definir os objetivos a atingir;</p> <p>- Selecionar estratégias de intervenção;</p> <p>- Elaboração do projeto de intervenção.</p>	<p>- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;</li><li>• Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</li></ul> <p>- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;</li><li>• Integra, nos processos de mobilização e participação</li></ul>	<p>- Elaborar os objetivos e metas propostos de forma a atingir o objetivo geral do projeto de intervenção;</p> <p>- Selecionar os indicadores para posterior avaliação, nomeadamente de atividade/execução e de resultado/impacto.</p> <p>- Selecionar o processo mais adequado para a atingir os objetivos e metas propostos – elaboração de estratégias adequadas e operacionalizáveis;</p> <p>- Revisão da literatura relativa a Práticas Básicas de Controlo de Infeção, com ênfase no SARS-COV-2 e metodologia adequada face aos cuidadores formais;</p> <p>- Identificar as limitações impostas pela pandemia SARS-COV-2;</p> <p>- Identificar a metodologia de intervenção mais adequada face às limitações – Educação para a Saúde através de Sessões de educação para a saúde;</p>	<p>27/07/20</p> <p>a</p> <p>31/07/20</p> <p>&amp;</p> <p>14/09/20</p> <p>a</p> <p>16/11/20</p>

	<p>comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</li></ul> <p>(regulamento nº 428/2018 de 16 de julho)</p> <p>- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.</p> <p>- Possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.</p> <p>(DGS, 2013)</p>	<p>- Definir o número de sessões de educação para a saúde a efetivar;</p> <p>- Elaborar o projeto de intervenção “Capacitar para Cuidar”;</p> <p>- Elaborar um plano por cada sessão referente aos objetivos da mesma e atividades a desenvolver para os alcançar.</p>	
--	--	--	--

**Objetivo geral:****Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Duração</b>
<p>- Agir de forma crítica e refletida sobre as intervenções de enfermagem;</p> <p>- Refletir sobre as competências adquiridas enquanto Mestre e o desenvolvimento das competências enquanto EEEC na área de saúde pública.</p>	<p>- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.</p> <p>- Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.</p> <p>(regulamento nº 428/2018 de 16 de julho)</p> <p>- Possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo</p>	<p>- Integrar na prática as medidas e atividades dos Programas Nacionais de Saúde, seguindo as suas orientações;</p> <p>- Refletir sobre as intervenções efetuadas, adequando-as e alterando-as quando necessário;</p> <p>- Refletir sobre as questões ético-legais subjacentes às ações a efetuar;</p> <p>- Incluir um capítulo no relatório onde são descritas de forma mais específica as competências adquiridas enquanto mestre e as desenvolvidas enquanto EEEC na área de saúde pública.</p>	<p>22/06/20 a 31/07/20 &amp; 14/09/20 a 20/11/20</p>

	<p>reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.</p> <p>(DGS, 2013)</p>		
--	---	--	--

**Objetivo geral:**

- Enquadrar a prática clínica na evidência científica com recurso à Revisão Sistemática da Literatura (RSL)

Objetivos específicos	Competências	Atividades	Tempo
- Elaborar uma <i>Scoping review</i> .	<p>- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.</li></ul> <p>(regulamento nº 428/2018 de 16 de julho)</p> <p>- Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.</p> <p>(DGS, 2013)</p>	<p>- Recorrer, no decorrer das atividades propostas e da elaboração do relatório, à revisão da bibliografia de forma a haver evidência científica que fundamente as ações e atividades propostas, bem como base teórica que as sustente;</p> <p>- Tendo como base o protocolo de <i>The Joanna Briggs Institute</i>, efetivar uma revisão de escopo numa área relevante para a temática em desenvolvimento com a intervenção.</p>	14/09/20 a 05/10/20

**Objetivo geral:****Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Tempo</b>
- Integrar conhecimento, teoria e investigação, utilizando como suporte teórico um Modelo de Enfermagem.	- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades;</li></ul>	- Identificar qual o modelo teórico mais adequado que suporte a intervenção (Modelo de Sistemas de Betty Neuman); - Elaborar os diagnósticos de enfermagem não só segundo a CIPE® (terminologia padronizada) mas	22/06/20 a 31/07/20 &

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.</li> </ul> <p>- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Monitoriza os fenómenos de saúde -doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica.</li> <li>○ Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica.</li> </ul> <p>(regulamento nº 428/2018 de 16 de julho)</p> <p>- Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.</p> <p>(DGS, 2013)</p>	<p>também com base na teórica de enfermagem selecionada.</p> <p>- Integrar a teoria ao longo ao longo de todo o processo de planeamento em saúde e das etapas que forem sendo desenvolvidas.</p>	<p>14/09/20 a 04/12/20</p>
--	---	--	------------------------------------

**Objetivo geral:****Avaliar, registar e divulgar os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Tempo</b>
- Avaliar a intervenção decorrente do projeto.	<p>- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</li></ul> <p>- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geodemografia.</li></ul> <p>(regulamento nº 428/2018 de 16 de julho)</p> <p>- Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os seus conhecimentos e</p>	<p>- Recorrer aos indicadores de atividade/execução e de resultado/impacto identificados;</p> <p>- Avaliar cada sessão individualmente através da aplicação de um questionário com escala tipo Lickert;</p> <p>- Identificar o feedback dos responsáveis designados/diretores técnicos de cada parceiro, nomeadamente através de uma reunião no final das atividades.</p> <p>- Integrar no relatório final todas as etapas do planeamento em saúde, detalhando-as.</p>	<p>12/10/20 a 04/12/20</p>

	<p>raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.</p> <p>(DGS, 2013)</p>		
--	---	--	--

## **2. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A construção deste projeto de estágio constituiu um recurso fundamental, dinâmico, que permitiu delinear, planificar e estruturar os diversos objetivos a concretizar no Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária (ERIC). A sua realização contribuiu para uma reflexão sobre a ação de forma crítica e na incluir elementos chave na prática, integrando elementos e conceitos de Enfermagem Avançada.

Este documento tem sido sujeito a um processo dinâmico de atualização e reestruturação, pois tal como refere Tavares (1990), “Em Saúde, planejar é um processo contínuo de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (p.29)

Utilizando como base o método científico do planeamento em saúde, este projeto pretende assim dar resposta às necessidades sentidas e reais da UCC de Odivelas “Saúde a Seu Lado” onde o estágio decorre, colaborando para a melhoria do estado de saúde dessa população.

O principal enfoque com a realização deste estágio, é o aprofundar das competências específicas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Pública (tendo como base o mais recente regulamento publicado), bem como o desenvolvimento das competências que me irão conferir o grau de mestre, de acordo com os descritores de qualificação de Dublin.

### **3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

DGS (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P., 1ª edição.

Imperatori, E., Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, 3ª edição Lisboa, Obras Avulsas, Ed.

Tavares, António (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Cadernos de Formação nº 2, Ministério da Saúde, Lisboa.

### **Legislação**

Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro

Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho

ANEXO IV – ENTREVISTA FORMAL REALIZADA À COORDENADORA DA UCC

**ENTREVISTA FORMAL REALIZADA À COORDENADORA DA UCC  
(ENFERMEIRA MESTRE E ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA)**

Foram abordadas as características da UCC, sua constituição e carteira de serviços. Fisicamente, no momento encontra-se sediada em instalações provisórias no edifício da Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Caneças. Referido que abrange a ECCI e a Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária (que engloba todos os outros projetos desenvolvidos, tais como a Saúde Escolar, entre outros), bem como referida a parceria com a Unidade de Saúde Pública.

Disponibilizados para consulta documentos informativos acerca da UCC e suas atividades, incluindo o Manual de Acolhimento, o Plano de Ação e o Relatório de Atividades.

Foram debatidos os objetivos, quer da coordenadora (também orientadora clínica) quer do mestrando, bem como os definidos pela escola para o estágio. Os objetivos do mestrando surgem aliados ao fato de já exercer funções nos cuidados de saúde primários, embora seja numa Unidade de Saúde Familiar. Desta forma, foi manifesta a vontade de plena integração na UCC, incluindo as suas diversas áreas de intervenção. Foi demonstrada abertura para o fazer por parte da coordenadora, principalmente ao nível da ECCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Tendo em atenção o fato de o mestrando já ser enfermeiro especialista, foi referido e definido como objetivo principal a aquisição de competências de mestre em enfermagem.

Relativamente aos objetivos por parte da UCC, os mesmos foram congruentes e orientados para o decorrer de um estágio rico na variedade de experiências, dentro do possível. Foi referido que a pandemia causada pelo COVID-19 causou muitas condicionantes ao trabalho desenvolvido pela UCC, não só no âmbito escolar, mas também da própria comunidade, principalmente devido à escassez de recursos humanos. O estágio também poderá ser condicionado pela mesma.

Perguntado quais as maiores necessidades de intervenção na comunidade que eram sentidas, tendo sido referido que as mesmas eram no âmbito da intervenção aos cuidadores formais das IPSS, dada a escassez de recursos humanos, face ao contexto pandémico e ao

fato de ter sido necessário priorizar outras áreas de intervenção, nomeadamente o trabalho desenvolvido pela ECCI. Neste contexto, foi sugerido contactar com a enfermeira Helena Falcão, coordenadora do projeto `Formar para Cuidar`, de forma a identificar as suas necessidades.

ANEXO V – ENTREVISTA FORMAL REALIZADA À COORDENADORA DO  
PROJETO “FORMAR PARA CUIDAR”

## **ENTREVISTA FORMAL REALIZADA À COORDENADORA DO PROJETO “FORMAR PARA CUIDAR”**

### **Quais as necessidades de saúde mais relevantes no contexto atual?**

- Fazer intervenção com as auxiliares de ação direta que fazem intervenção no domicílio e na própria instituição. Por exemplo, o controlo da infeção, suscitou sempre muitas dúvidas e muitas questões e as pessoas estão um bocado assustadas com o contexto atual no concelho de Odivelas (a pandemia). É necessário realizar um reforço sobre a temática, esclarecer dúvidas de quem está na intervenção em cuidados domiciliários, parece-me uma temática bastante pertinente. Elas também verbalizaram dúvidas no início da pandemia sobre a intervenção no utente suspeito de infeção por COVID-19. Se o utente estiver positivo, quais os cuidados a ter, o que é que nos vai acontecer a nós, etc.

### **Realizaram alguma formação sobre estas temáticas?**

- Não, não realizámos formação específica sobre COVID-19. Temos projetos de intervenção quer aos cuidados formais, como informais. Às cuidadoras formais o que temos feito, é uma intervenção de formação, uma vez por mês, que decorrem normalmente nas nossas instalações. A formação às auxiliares de ação direta, iniciou em 2015, de início com intervenções pontuais, mas depois estruturada com periodicidade, neste momento de pandemia não temos realizado. Desde fevereiro deste ano que as sessões tiveram de ser suspensas. Quando as instituições consideram pertinente enviam também as de Centro de Dia e as que estão em Internamento. Também no final de todos os anos nós enviamos para as diretoras técnicas, para as próprias auxiliares e para os colegas que prestam apoio domiciliário, a solicitação de temas que achem pertinentes de ser abordados. Nós não temos uma estrutura fixa e depois fazemos o planeamento anual. Temos alguns que fazemos questão de abordar todos os anos, um deles é este, as medidas de proteção individual. É um tema que não consideram propriamente interessante, consideram até aborrecido ao falarmos da higienização das mãos, mas é um tema sempre pertinente. Notamos que ao longo do tempo houve coisas que mudaram, desde que começamos com este projeto; muitas delas não tinham farda, uma maior compreensão da utilização dos EPI's. Por isso reforçamos sempre estes temas. A solução de base alcoólica, é algo que sempre foi muito complicado, pelo

transporte e utilização da mochila, nas deslocações a pé. Neste momento considero que estão muito mais motivadas para estes temas, nomeadamente a proteção individual dos profissionais, que desperta sempre grande interesse.

### **Quais as IPSS locais mais relevantes e pertinentes para intervenção?**

- Neste contexto de pandemia, a informação que temos é que os casos estão distribuídos um pouco por todo o concelho e as IPSS funcionam por áreas, pelo que seria pertinente ir a todas. Não podendo ir por áreas, na zona de Caneças, temos a Casa [ ] de [ ], mas que de momento tem muitos casos positivos. Visto terem situações positivas e alguém teve que fazer um reforço dos cuidados e medidas adotadas, porque tem internamento e serviço domiciliário. Existe outra na área de intervenção de Odivelas que é o [ ]. Na Póvoa de Santo Adrião existe o [ ], que também é uma zona que necessita de intervenção pela densidade populacional e possibilidade de ter um número elevado de casos positivos. Existe uma instituição que agradecemos a intervenção que é a [ ], porque nunca se mostrou disponível a receber-nos, que é a [ ]. Esta foi a única instituição que nunca conseguimos que viesse às nossas sessões, referindo que não conseguem dispensar profissionais. Nunca enviaram um único profissional às nossas formações e não sei em termos de formação qual as necessidades desses profissionais. Não sei se vai conseguir, porque já tentei fazer intervenção direta na instituição e não foram sensíveis a isso. Todos os anos voltamos a referir e a ser infrutífero. Não sei em termos de controlo de infeção o que estas pessoas têm, pois, as outras instituições já foram trabalhadas e esta não. Existe também o [ ], que é uma instituição que normalmente envia poucas funcionárias, envia uma ou duas funcionárias; neste caso o volume de funcionárias que não estão a ser trabalhadas ainda é um volume importante. É possível realizar as sessões nas instalações da [ ]. A [ ] é mais relevante para intervenção pois dá apoio a uma freguesia inteira, Olival Basto e a [ ] não, porque divide a intervenção em duas freguesias com a Casa de Repouso de Enfermagem.

**As IPSS possuem instalações adequadas para as sessões, tendo em consideração as recomendações de segurança da DGS?**

- A [ ] desconheço. O [ ] tem, é Centro de Dia e eu tem uma sala grande que suponho neste momento não estará a ser utilizada. O [ ] tem boas condições.

**Que outra temática considera relevantes?**

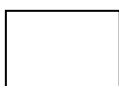
- Não vejo assim outro tema que tenha a mesma relevância. Abordamos outras temáticas, onde contactamos profissionais que tenham formação e sejam peritos na temática a intervir.

**De que forma validam os conhecimentos adquiridos nas sessões?**

- Fazemos sempre um questionário final, com o ´feedback` e a avaliação da qualidade da sessão, mediante diversos instrumentos de colheita de dados, num formato que procuramos que seja simples.

ANEXO VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES  
LOURES - ODIVELAS

## Pedido de autorização realização projeto, âmbito profissional



Rui Manuel Pereira Alves Coelho | USF SJTalha <ruip.coelho@arslvt.min-saude.pt>

15/10/2020 14:32



Para: Antonio João Alexandre | ACES Loures Odívelas - Diretor Executivo Cc: Irene Santos - ESSaude; Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca | UCC Odívelas; Rui Manuel Pereira Alves Coelho | USF SJTalha



Pedido autorização projeto...  
200,25 KB

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES Loures-Odivelas,

Eu, Rui Manuel Pereira Alves Coelho, enfermeiro, a exercer funções na USF São João da Talha (ACES Loures-Odivelas), venho por este meio solicitar autorização para a realização de um projeto, no âmbito profissional, no contexto da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, inserido no regular funcionamento da Sr.ª Enfermeira orientadora Isabel Mercedes Nunes, da Unidade de Cuidados na Comunidade de Odívelas, com vista à elaboração do relatório de estágio.

Tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018, peço ainda autorização para a divulgação do nome do orientador e da instituição no relatório final, que será tornado público.

Com os melhores cumprimentos,

Rui Coelho

## RE: Pedido de autorização realização projeto, âmbito profissional



Antonio João Alexandre | ACES Loures Odívelas - Diretor Executivo <antonio.j.alexandre>

15/10/2020 14:45



Para: Rui Manuel Pereira Alves Coelho | USF SJTalha Cc: Irene Santos - ESSaude; Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca | UCC Odívelas



Pedido autorização projeto...  
1,3 MB

Boa tarde,

Envio devidamente autorizado.

Cumprimentos,

**António João Alexandre**

Diretor Executivo

ACES Loures Odívelas

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

2685-160 Sacavém

Telefone: +351219492400

Email: [antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt](mailto:antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt)

[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)



Autorizado


Exmo. Sr. Diretor Executivo, do ACES Loures-Odivelas,

Eu, Rui Manuel Pereira Alves Coelho, enfermeiro, a exercer funções na USF São João da Talha (ACES Loures-Odivelas), com o nº mecanográfico 14317, venho por este meio solicitar autorização para a realização de um projeto, no âmbito profissional, no contexto da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, inserido no regular funcionamento da Sr.ª Enfermeira orientadora Isabel Mercedes Nunes, da Unidade de Cuidados na Comunidade de Odivelas, com vista à elaboração do relatório de estágio.

Tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018, peço ainda autorização para a divulgação do nome do orientador e da instituição no relatório final, que será tornado público.

Com os melhores cumprimentos.

São João da Talha, 15 de Outubro de 2020



ANEXO VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS PRESIDENTES DAS IPSS'S

## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS PRESIDENTES DAS IPSS'S

Foi enviado um documento igual para os presidentes dos Sistemas, sendo que todos responderam positivamente. O email abaixo serve como exemplo.

RE: Pedido de autorização para realização do projeto "Capacitar para cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2"



Rui Manuel Pereira Alves Coelho | USF SJTalha <rui.p.coelho@arslvt.min-saude.pt>

12/11/2020 11:01



Para: [redacted].org.pt;Cc: Irina Santos - ESSaude; Isabel Mercedes Mendes Nunes Forsaca | UCC Odívelas

Ao cuidado da Exma. Dra. [redacted]

Para conhecimento de

Exma. Sr. Presidente [redacted]

Dr. [redacted]

Eu, Rui Manuel Pereira Alves Coelho, Enfermeiro, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde de Santarém, encontrando-me a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Odívelas, do ACES Loures-Odívelas, orientado academicamente pela Sr.ª Professora Doutora Maria Irene Mendes Pedro Santos, e no contexto pela Sr.ª Enfermeira Isabel Nunes, venho por este meio solicitar autorização para a concretização de um Projeto na IPSS, no âmbito da formação aos cuidadores formais. O projeto a que me proponho tem como título "Capacitar para cuidar perante a pandemia SARS-CoV-2 – Intervenção de enfermagem comunitária ao cuidador formal".

A realização deste Projeto está integrada na área da Educação para a Saúde. O seu desenvolvimento compreende duas etapas essenciais, nomeadamente o Diagnóstico da Situação (realizado em Outubro de 2020) e posterior Intervenção de Enfermagem (a realizar em Novembro de 2020).

A sua implementação implicou a realização de uma entrevista formal não estruturada à diretora técnica da vossa instituição, de modo a identificar necessidades de formação no âmbito da temática do projeto e metodologias de formação e implementação adequadas. A avaliação da intervenção será efetuada *a posteriori* através da aplicação de um questionário às cuidadoras formais que frequentaram as sessões da intervenção.

A participação dos cuidadores formais neste projeto será voluntária e após consentimento livre e esclarecido dos mesmos. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos e assegurados os princípios éticos inerentes a este trabalho, ao longo de todo o processo.

Considero que este projeto constituirá certamente uma mais valia em termos de formação para a vossa instituição e contribuirá positivamente para a excelência e qualidade nos serviços prestados.

Ao vosso dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Rui Coelho

ANEXO VIII – SÍNTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

## **PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “CAPACITAR PARA CUIDAR PERANTE A PANDEMIA SARS-CoV-2”**

### **Autores:**

- Enfermeiro **Rui Manuel Pereira Alves Coelho**, a exercer funções na USF São João da Talha pertencente ao ACES Loures-Odivelas, Mestrando na Escola Superior de Saúde de Santarém, do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Odivelas, do ACES Loures-Odivelas, orientado no contexto pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária Isabel Nunes, coordenadora da UCC de Odivelas, e academicamente pela Sr<sup>a</sup> Professora Doutora Irene Santos.

### **Objetivo geral do projeto**

- Contribuir para o aumento da Literacia em Saúde sobre SARS-CoV-2 nos cuidadores formais de IPSS da área de atuação da UCC ‘Saúde a Seu Lado’.

### **Considerações éticas**

Este é um projeto do âmbito profissional, inserido nas regulares funções da enfermeira orientadora, Enf<sup>a</sup> Isabel Nunes. Foi dado conhecimento e requerido o consentimento à Direção do ACES. Da mesma forma foi também formalizado esse pedido à Direção das IPSS que participarão neste projeto.

Serão tomadas as mesmas diligências para com as cuidadoras formais alvo de formação no âmbito do projeto, através de um pedido de consentimento escrito para a aplicação de um questionário de caracterização da amostra (ainda em construção) e análise dos dados obtidos com o mesmo. A informação contida inclui o âmbito do projeto e seu objetivo, sendo disponibilizado contato na instituição para o esclarecimento de eventuais questões.

O instrumento será apenas fornecido aos cuidadores formais que autorizarem a sua aplicação.

Será assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados ao longo de todo o processo.

## **Metodologia**

O projeto é direcionado para os cuidadores formais das IPSS da área de Odivelas. Para a concretização do Diagnóstico de Saúde, com vista à identificação das principais necessidades, e para a identificação das prioridades de intervenção, será utilizado o método da entrevista formal semi-estruturada aos elementos da direção das IPSS/coordenadores técnicos (dado o contexto de pandemia).

Será ainda aplicado um instrumento de colheita de dados com questões direcionadas apenas para a caracterização da amostra (ainda em construção).

Como critérios de inclusão para a aplicação do instrumento de recolha de dados foram identificados os seguintes:

- Cuidadores formais que exerçam funções nas IPSS que participam no projeto;
- Cuidadores formais que entregarem o consentimento informado assinado, autorizando a aplicação do questionário e análise dos dados;
- Cuidadores formais com capacidade de leitura, compreensão e escrita.

Assumem-se como critérios de exclusão:

- Cuidadores formais que não exerçam funções nas IPSS que participam no projeto;
- Cuidadores formais que entreguem o consentimento informado recusando a aplicação do questionário e/ou a análise dos dados;
- Cuidadores formais que não entreguem o consentimento informado assinado, autorizando a aplicação do questionário e/ou a análise dos dados;
- Cuidadores formais que não tenham capacidade de leitura, compreensão e escrita.

A aplicação do instrumento e todas as sessões de formação serão realizadas de preferência presencialmente, nas instalações disponibilizadas pelas respetivas IPSS ou nas disponibilizadas pela UCC de Odivelas. Se tal não for possível, dado o contexto atual de pandemia, as sessões serão realizadas via Webinar com recurso a uma plataforma informática. Prevê-se que as sessões tenham a duração de aproximadamente 40/50 min.

**Recursos, Orçamento, protocolo financeiro e origem de eventuais financiamentos:**

Serão necessários uma sala, equipada com mesas, cadeiras e projetor com tela e/ou que cada participante tenha um telefone ou computador com acesso à internet, com a aplicação instalada da plataforma informática que será utilizada.

**Avaliação:**

A avaliação do projeto será efetuada ao longo de cada sessão através da aplicação de uma escala tipo Lickert no final de cada uma aos participantes, bem como através da observação não estruturada.

ANEXO IX – PEDIDO DE COLABORAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARTICIPANTES

Eu, Rui Manuel Pereira Alves Coelho, enfermeiro, a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Santarém, a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde a Seu Lado”, orientado no contexto clínico pela Srª Enfermeira Isabel Nunes e cientificamente pela Prof.ª Dr.ª Irene Santos, venho por este meio solicitar a sua colaboração e autorização, ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018, para a cedência e tratamento dos dados biográficos (nomeadamente sexo, idade e habilitações literárias) no contexto do Projeto de Intervenção Comunitária que me encontro a desenvolver, intitulado “Capacitar para Cuidar Perante a Pandemia SARS-CoV-2 – Intervenção de enfermagem comunitária ao cuidador formal”, que tem como objetivo geral contribuir para o aumento da Literacia em Saúde sobre SARS-CoV-2 nos cuidadores formais de IPSS da área de atuação da UCC.

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos e estes apenas poderão ser utilizados para a concretização deste projeto.

Agradeço desde já a sua colaboração,

Rui Coelho

**Por favor assine abaixo:**

➤ Autorizo: \_\_\_\_\_

➤ Não autorizo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**ANEXO X – GUIÃO DAS ENTREVISTAS DIRIGIDAS**

## GUIÃO DAS ENTREVISTAS DIRIGIDAS

- Poderia dizer de uma de uma forma sucinta o apoio que fazem e os serviços que disponibilizam?
  
- Qual foi a reação inicial das cuidadoras formais do Serviço de Apoio Domiciliário face à pandemia Covid-19?
  
- Houve alguma adaptação à forma de trabalhar perante esta nova realidade de pandemia?
  
- Tiveram sempre os EPI's necessários? Existiu alguma ruptura ou necessidade?
  
- Quais os focos de formação e/ou temáticas que considera mais necessários para contribuir para a capacitação dos cuidadores formais nesta fase?
  
- Que necessidades e temáticas identificam como sendo prioritárias?
  
- Quais as condições de que dispõem para a implementação da sessão de formação?

ANEXO XI – ANÁLISE DE CONTEÚDO

## ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para a elaboração do projeto, foi importante perceber as necessidades sentidas pelos cuidadores das IPSS's, de forma a elaborar o projeto de intervenção sobre uma perspetiva organizacional. Tal vai ao encontro do que é referido por Tavares (1990), que afirma que o projeto é elaborado para uma população-alvo, tendo em conta a dinâmica organizacional existente, desenvolvendo-se através de um conjunto de atividades, num período de tempo limitado, que irão contribuir para o alcance de um determinado resultado específico. Pretende-se assim identificar as necessidades sentidas e expressas dos cuidadores de forma a alcançar um diagnóstico de situação que vá de encontro às mesmas.

Dadas as limitações impostas pelo contexto de pandemia, optou-se assim pela realização de uma entrevista dirigida a elementos de referência de cada IPSS, que ficaram definidos como elementos de ligação chave entre o mestrando e os cuidadores. As mesmas foram efetuadas tendo como base o diagnóstico de situação efetuado até ao momento, bem como pesquisa bibliográfica referente à temática, de forma a que o seu conteúdo permita obter dados específicos para a intervenção na população alvo já definida. Estas tiveram por isso como foco principal a pandemia pelo SARS-CoV-2 e quais as necessidades de formação dos cuidadores, tendo esta sido definida como uma categoria a emergir dos dados obtidos.

As entrevistas foram efetuadas em cada IPSS respetivamente e foi realizado um registo áudio das mesmas, com a devida autorização dos intervenientes. Tendo em atenção a “regra da homogeneidade”, em que os documentos devem ser homogêneos, ou seja, obedecer a critérios precisos de escolha, não apresentando demasiada singularidade fora destes critérios de escolha (Bardin, 2015), apesar de as entrevistas terem sido semi-estruturadas, foi utilizado como base o mesmo guião para as três.

Para a sua análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2015), tendo sido respeitadas as três fases cronológicas sugeridas pela autora: a pré-análise do material; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise, a fase de organização, é correspondente a um período de intuições com o objetivo de fazer com que as ideias iniciais se tornem operacionais e sistematizadas, de forma a que seja construído um esquema preciso do desenvolvimento das ações seguintes,

num plano de análise. Engloba assim três aspetos fundamentais: a seleção dos documentos a utilizar, formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentarão a interpretação final. Os documentos de análise foram determinados *à priori*, tendo sido também definido um tema central para exploração na entrevista, nomeadamente, e tal como já referido, as necessidades de formação dos cuidadores. Desta forma, as entrevistas foram realizadas tendo como inquietações:

<b>Documento:</b>	Entrevista dirigida aos elementos de referência das IPSS's, tendo em conta as necessidades de formação
<b>Hipótese:</b> (uma confirmação provisória que nos propomos verificar)	Existem necessidades de formação emergentes na área do SARS-CoV-2 nas quais é possível intervir tendo como população alvo os cuidadores das IPSS
<b>Objetivo geral:</b> (a finalidade geral a que nos propomos verificar, o quadro teórico ou pragmático)	Identificar as necessidades dos cuidadores, em cada IPSS, relativas à formação sobre SARS-CoV-2
<b>Objetivos específicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar que intervenções podem ser desenvolvidas com a realização do projeto que vão colmatar as necessidades expressas</li> <li>- Definir as prioridades de intervenção</li> <li>- Identificar estratégias para atingir os objetivos propostos</li> <li>- Identificar os conteúdos prioritários na transmissão de informação</li> </ul>

De forma a poder confirmar a hipótese, o guião das entrevistas foi elaborado tendo em conta os objetivos geral e específicos. Para a exploração do material, uma fase que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, face a regras previamente formuladas, foram organizadas unidades de contexto e unidades de registo (UR). As primeiras servem de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo, correspondendo ao segmento da mensagem cujas dimensões (maiores) permitem uma melhor compreensão do significado exato da unidade de registo. As segundas, por sua vez, são a unidade de significação a codificar, correspondentes ao segmento de conteúdo que será considerado como unidade de base, com o objetivo de categorizar em seguida bem como a contagem frequencial. Após as duas primeiras fases, os resultados foram assim tratados, tendo sido organizados em unidades de contexto e UR. Atendendo ao Modelo Teórico que sustenta este trabalho, cada grupo de cuidadores de cada IPSS foi identificado como um Sistema.

## Entrevista dirigida aos Sistemas A, B e C

Unidades de contexto (maior)	Unidades de registo (menor)
Necessidades de formação	
<p>“Utilizamos as batas descartáveis, mas não as trocamos entre todos os utentes, porque não há capacidade económica. Temos aventais, mas elas sentem-se muito mais protegidas com as batas, porque ao realizarem a higiene protegem os braços.”<sup>A1</sup></p>	<p>“Utilizamos as batas descartáveis, mas não as trocamos entre todos os utentes ...”<sup>A1.1</sup></p> <p>“Temos aventais, mas elas sentem-se muito mais protegidas com as batas, porque ao realizarem a higiene protegem os braços.”<sup>A1.2</sup></p>
<p>“As funcionárias preferem e se sentem mais confortáveis com a bata. A bata é diária. Temos algumas situações identificadas, como já aconteceu, uma febre ou um mal estar num utente, em que teve teste negativo e continua com uns sintomas estranhos ou porque está a aguardar teste, nessas situações troca-se sempre o fardamento à saída. Ou seja, não se realiza somente a desinfecção.”<sup>A2</sup></p>	<p>“A bata é diária.”<sup>A2.1</sup></p> <p>“Temos algumas situações identificadas, como já aconteceu, uma febre ou um mal estar num utente, em que teve teste negativo e continua com uns sintomas estranhos ou porque está a aguardar teste, nessas situações troca-se sempre o fardamento à saída. Ou seja, não se realiza somente a desinfecção.”<sup>A2.2</sup></p>
<p>“Nós nos domicílios pedimos para quem esteja perto de nós tenha máscara, da mesma forma que os utentes, nós pedimos maioritariamente que eles tenham máscara.”<sup>A3</sup></p>	<p>“Nós nos domicílios pedimos para quem esteja perto de nós tenha máscara, da mesma forma que os utentes, nós pedimos maioritariamente que eles tenham máscara.”<sup>A3.1</sup></p>
<p>“Tivemos essa formação quer com a equipa de SAD, quer com o Centro de Dia, onde ela nos alertou para alguns cuidados: a questão da higienização das mãos, a questão da otimização dos recursos, para não entrarmos em ‘stress’, porque não era preciso a troca em todos os utentes, a troca de luvas... todos os procedimentos que já fazíamos, mantê-los. Na altura não eram identificadas as máscaras como EPI, ou seja não era conhecido o papel da máscara, nessa altura ainda não era e não se usava e também não havia disponíveis. E foi correndo...”<sup>A4</sup></p>	<p>“Tivemos essa formação quer com a equipa de SAD, quer com o Centro de Dia, (...) para não entrarmos em ‘stress’, porque não era preciso a troca em todos os utentes, a troca de luvas... todos os procedimentos que já fazíamos, mantê-los.”<sup>A4.1</sup></p> <p>“Na altura não eram identificadas as máscaras como EPI, ou seja não era conhecido o papel da máscara, nessa altura ainda não era e não se usava (...). E foi correndo...”<sup>A4.2</sup></p>
<p>“(...) nós pedimos ajuda ao centro de saúde e a temática desta segunda formação foi a mesma, o reforço e esclarecimento de dúvidas, sobretudo por causa dos casos positivos. As colaboradoras tinham dúvidas, nomeadamente sobre a quarentena, porque era isso que ouviam falar e achavam que essas colegas deviam de ficar de quarentena. E ela veio de fato dizer que não era esse o procedimento, que o risco era baixo e portanto só se sentissem algum sintoma.”<sup>A5</sup></p>	<p>“(...) nós pedimos ajuda ao centro de saúde e a temática desta segunda formação foi a mesma, o reforço e esclarecimento de dúvidas, sobretudo por causa dos casos positivos.”<sup>A5.1</sup></p> <p>“As colaboradoras tinham dúvidas, nomeadamente sobre a quarentena, porque era isso que ouviam falar e achavam que essas colegas deviam de ficar de quarentena. E ela veio de fato dizer que não era esse o procedimento, que o risco era baixo e portanto só se sentissem algum sintoma.”<sup>A5.2</sup></p>

<p>“Nós fizemos muitas formações no âmbito da APCER, nós somos certificados e fomos procurando e então fomos fazendo muito... as formações não eram direcionadas apenas a um tipo de população ou a um tipo de profissionais e nós juntámos todas as colaboradoras nessas formações. As formações eram em e-learning, as formações estavam disponíveis, e eram realizadas as inscrições.”<sup>A6</sup></p>	<p>“... as formações não eram direcionadas apenas a um tipo de população ou a um tipo de profissionais e nós juntámos todas as colaboradoras nessas formações. (...) eram em e-learning, (...) estavam disponíveis, e eram realizadas as inscrições.”<sup>A6.1</sup></p>
<p>“Fizemos bastantes procedimentos, fizemos o Plano de Contingência, logo quase no início, demos formação a toda a gente no Plano de Contingência, no plano das entradas, dos tapetes, da desinfecção de superfícies, desinfecção das mãos, a propensão para haver EPI’s espalhados, que às vezes acontecia... as colaboradoras do SAD vinham, pousavam por exemplo uma viseira no parapeito de uma janela porque iam almoçar... tudo isso foi trabalhado no sentido de não acontecer. A questão da medição da temperatura individual aos colaboradores... da responsabilização individual em casa... nós não monitorizamos cá, apenas monitorizamos nas crianças; nos adultos está implementada a auto-vigilância e o reforço que as pessoas têm de ser responsáveis por isso.”<sup>A7</sup></p>	<p>“(...) a propensão para haver EPI’s espalhados, que às vezes acontecia... as colaboradoras do SAD vinham, pousavam por exemplo uma viseira no parapeito de uma janela porque iam almoçar... tudo isso foi trabalhado no sentido de não acontecer.”<sup>A7.1</sup></p> <p>“(...) nós não monitorizamos cá, apenas monitorizamos nas crianças; nos adultos está implementada a auto-vigilância e o reforço que as pessoas têm de ser responsáveis por isso.”<sup>A7.2</sup></p>
<p>“Neste momento, não vou dizer racionalizar, mas estamos a tentar controlar a utilização de luvas, porque estamos a comprar as caixas de luvas a 12 euros... caixas de 100 luvas que eram a 2 euros e pouco. A única equipa em que não fazemos tanto controlo é o SAD, porque elas vão utilizando e gerindo. Há uns tempos atrás usavam luvas na troca de fraldas, neste momento nós dizemos que não é possível. Em fraldas somente com urina deixamos de permitir a utilização de luvas de látex ou vinil.”<sup>A8</sup></p>	<p>“Neste momento, não vou dizer racionalizar, mas estamos a tentar controlar a utilização de luvas...”<sup>A8.1</sup></p> <p>“A única equipa em que não fazemos tanto controlo é o SAD, porque elas vão utilizando e gerindo. Há uns tempos atrás usavam luvas na troca de fraldas, neste momento nós dizemos que não é possível. Em fraldas somente com urina deixamos de permitir a utilização de luvas de látex ou vinil.”<sup>A8.2</sup></p>
<p>“Nas formações presenciais a participação e ‘feedback’ têm sido positivos, elas gostam e aderem com muita facilidade. Elas buscam respostas.”<sup>A9</sup></p>	<p>“Nas formações presenciais a participação e ‘feedback’ têm sido positivos, elas gostam e aderem com muita facilidade. Elas buscam respostas.”<sup>A9.1</sup></p>
<p>“As funcionárias saíam da instituição equipadas «até aos olhos», o que aconteceu foi sobreprotecção tiveram muito receio inicial, nós sempre tentamos passar a informação que nós éramos o maior perigo para os utentes e não o</p>	<p>“As funcionárias saíam da instituição equipadas «até aos olhos» (...)”<sup>B1.1</sup></p> <p>“(...) o que aconteceu foi sobreprotecção tiveram muito receio inicial (...)”<sup>B1.2</sup></p>

<p>contrário, mas elas e ainda hoje há quem pense que eles são perigo para nós e não nós para eles.”<sup>B1</sup></p>	<p>“(…) nós sempre tentamos passar a informação que nós éramos o maior perigo para os utentes e não o contrário, mas elas e ainda hoje há quem pense que eles são perigo para nós e não nós para eles.”<sup>B1.3</sup></p>
<p>“Ainda hoje de manhã estive a passar essa informação a elas, porque são capazes de estar com as luvas na preparação dos almoços, toca o telefone vão atender com essas mesmas luvas e regressam à preparação dos almoços. Esta é uma informação que é repetida quase que constantemente, mas as pessoas caem sempre na tentação de procederem desta forma. Se nós não estivermos e não informarmos que têm que trocar as luvas, elas não trocam. É importante reforçar e trabalhar certos pormenores e circuitos dentro da IPSS na questão de troca de luvas e procedimentos.”<sup>B2</sup></p>	<p>“(…) porque são capazes de estar com as luvas na preparação dos almoços, toca o telefone vão atender com essas mesmas luvas e regressam à preparação dos almoços.”<sup>B2.1</sup>  “Esta é uma informação que é repetida quase que constantemente, mas as pessoas caem sempre na tentação de procederem desta forma.”<sup>B2.2</sup>  “Se nós não estivermos e não informarmos que têm que trocar as luvas, elas não trocam.”<sup>B2.3</sup>  “É importante reforçar e trabalhar certos pormenores e circuitos dentro da IPSS na questão de troca de luvas e procedimentos.”<sup>B2.4</sup></p>
<p>“Eu tenho muitas dúvidas que elas lavem as mãos, ou seja, a higienização correta das mãos. Porque como fazem uma grande e vasta utilização das luvas eu tenho dúvidas que haja por vezes essa preocupação pela crença de que eu tenho luvas, logo estou protegida. Transportam também um pequeno desinfetante com elas e na posse dessas duas coisas, tenho dúvidas que a lavagem das mãos seja assim tão efetiva como deveria ser.”<sup>B3</sup></p>	<p>“Eu tenho muitas dúvidas que elas lavem as mãos, ou seja, a higienização correta das mãos.”<sup>B3.1</sup>  “Porque como fazem uma grande e vasta utilização das luvas eu tenho dúvidas que haja por vezes essa preocupação pela crença de que eu tenho luvas, logo estou protegida.”<sup>B3.2</sup>  “Transportam também um pequeno desinfetante com elas e na posse dessas duas coisas, tenho dúvidas que a lavagem das mãos seja assim tão efetiva como deveria ser.”<sup>B3.3</sup></p>
<p>“Relativamente às funcionárias que fumam tenho muitas dúvidas que façam a remoção da máscara para fumar. Aqui na Instituição não o fazem, mas no exterior, tenho muitas dúvidas.”<sup>B4</sup></p>	<p>“Relativamente às funcionárias que fumam tenho muitas dúvidas que façam a remoção da máscara para fumar.”<sup>B4.1</sup>  “Aqui na Instituição não o fazem, mas no exterior, tenho muitas dúvidas.”<sup>B4.2</sup></p>
<p>“(…) já as informámos sobre os perigos de contágio de não manterem o distanciamento. Com supervisão, corre tudo às mil maravilhas, mas nós olhamos lá para fora, quando estão na sua pausa, estão sentadas e a fumar umas ao lado das outras. As funcionárias andam sempre em duplas, claro que com a pessoa que estão a trabalhar diretamente, as pessoas não vão andar na rua a 2 metros de distância uma da outra.”<sup>B5</sup></p>	<p>“(…) quando estão na sua pausa, estão sentadas e a fumar umas ao lado das outras.”<sup>B5.1</sup>  “As funcionárias andam sempre em duplas, claro que com a pessoa que estão a trabalhar diretamente, as pessoas não vão andar na rua a 2 metros de distância uma da outra.”<sup>B5.2</sup></p>
<p>“(…) o que não cumprem é quando estando nas suas mesas alguém mostra algo no seu telemóvel e levantam-se sem máscara e vão ver, juntando-se umas com as outras. Ou seja eu</p>	<p>“(…) quando estando nas suas mesas alguém mostra algo no seu telemóvel e levantam-se sem máscara e vão ver, juntando-se umas com as outras.”<sup>B6.1</sup></p>

<p>penso que a maior parte dos erros ocorre nos momentos de descontração e pausa, porque durante o trabalho estão concentradas e cumprem os passos e as rotinas, mas nos momentos de pausa existe algum relaxamento dessas mesmas medidas. Tudo o que está parametrizado, já está interiorizado e elas cumprem, contudo aquilo que foge ao serviço, como os momentos de pausa e convívio, elas não fazem um raciocínio tão lógico, cometendo assim erros.” B6</p>	<p>“(…) eu penso que a maior parte dos erros ocorre nos momentos de descontração e pausa…” B6.2  “ nos momentos de pausa existe algum relaxamento dessas mesmas medidas.” B6.3  “Tudo o que está parametrizado, já está interiorizado e elas cumprem, contudo aquilo que foge ao serviço, como os momentos de pausa e convívio, elas não fazem um raciocínio tão lógico, cometendo assim erros.” B6.4</p>
<p>“(…) ao saber dessa situação por telefone tentei reforçar a importância da administração da terapêutica, de recorrer ao centro de saúde porque a senhora estava receosa de se dirigir devido à situação de pandemia.” B7</p>	<p>“(…) recorrer ao centro de saúde porque a senhora estava receosa de se dirigir devido à situação de pandemia.” B7.1</p>
<p>“Tivemos muitos apoios domiciliários suspensos durante algum tempo, porque as pessoas não sabiam como deveriam proceder e depois foram retomando quando a situação começou a ser “mais normal”. B8</p>	<p>“(…) as pessoas não sabiam como deveriam proceder…” B8.1</p>
<p>“Considero que os meios de proteção individuais e os circuitos dentro da instituição, visando a diminuição do risco de contágio sejam temas relevantes. A desmistificação dos receios na procura de cuidados, não é assim tão relevante. Eu acho que para elas seria mais proveitoso as atitudes no dia a dia para minimizar os riscos, nomeadamente a socialização, além da instituição, mesmo no exterior.” B9</p>	<p>“Considero que os meios de proteção individuais e os circuitos dentro da instituição, visando a diminuição do risco de contágio sejam temas relevantes.” B9.1  “A desmistificação dos receios na procura de cuidados, não é assim tão relevante.” B9.2  “Eu acho que para elas seria mais proveitoso as atitudes no dia a dia para minimizar os riscos, nomeadamente a socialização, além da instituição, mesmo no exterior.” B9.3</p>
<p>“As nossas necessidades não são muito em termos práticos, como a utilização do EPI. Não é isso, porque elas sabem perfeitamente o procedimento de colocação e de remoção do EPI.” C1</p>	<p>“(…) elas sabem perfeitamente o procedimento de colocação e de remoção do EPI.” C1.1</p>
<p>“A questão que às vezes nos preocupa mais é a identificação de sintomas, porque eles têm uma tabela que têm de preencher com elementos à entrada e à saída, como registo de temperatura e de sintomas. Ou seja, efetivamente quais são os sintomas para os quais temos de estar em alerta. Porque depois há muitas questões, como se é com expectoração, se é tosse seca. E às vezes eles chegam aqui e dizem: “esta senhora está com uma tosse muito esquisita”. É mais</p>	<p>“A questão que às vezes nos preocupa mais é a identificação de sintomas” C2.1  “(…) efetivamente quais são os sintomas para os quais temos de estar em alerta. (...) É mais nestas situações que eles não sabem como agir.” C2.2</p>

nestas situações que eles não sabem como agir.” C2	
“Temos a vantagem de ter um funcionário que tem alguma formação a esse nível e que nos consegue fazer despiste e apoio ao utente. Isto quer dizer que salientamos logo à assistente social, quem deve de ser encaminhado para o Centro de Saúde e quem não deve de ser. É mais a este nível, porque só temos um elemento que tem essa formação. É mais no cuidado, identificação de sintomas e atuação e prevenção. Ou seja, o que ter em atenção, o que fazer, para onde encaminhar.” C3	“Temos a vantagem de ter um funcionário que tem alguma formação a esse nível e que nos consegue fazer despiste e apoio ao utente. Isto quer dizer que salientamos logo à assistente social, quem deve de ser encaminhado para o Centro de Saúde e quem não deve de ser. É mais a este nível, porque só temos um elemento que tem essa formação.” C3.1 “É mais no cuidado, identificação de sintomas e atuação e prevenção. Ou seja, o que ter em atenção, o que fazer, para onde encaminhar.” C3.2
“Podemos validar os conhecimentos adquiridos sobre os EPI’s.” C4	“Podemos validar os conhecimentos adquiridos sobre os EPI’s.” C4.1
“O tema exposição/risco acho adequado. Riscos que as pessoas inconscientemente podem correr, até mesmo no próprio cuidado, porque estão mais predispostos a protegerem-se do que numa situação informal.” C5	“O tema exposição/risco acho adequado. Riscos que as pessoas inconscientemente podem correr, até mesmo no próprio cuidado, porque estão mais predispostos a protegerem-se do que numa situação informal.” C5.1
“O tema circuito interno/pausa pode ser reforçado, porque é necessário sempre.” C6	“O tema circuito interno/pausa pode ser reforçado, porque é necessário sempre.” C6.1
“(…) por vezes as famílias vêm com determinados assuntos e nós temos que encaminhar para o centro de saúde e não querem ir. É nessas questões que eles têm mais dificuldade, pois referem que a senhora não quer ir e nós não podemos obrigar.” C7	“(…) por vezes as famílias vêm com determinados assuntos e nós temos que encaminhar para o centro de saúde e não querem ir. É nessas questões que eles têm mais dificuldade, pois referem que a senhora não quer ir e nós não podemos obrigar.” C7.1
<b>Necessidades de recursos materiais</b>	
“De momento as batas descartáveis, são a nossa maior dificuldade. Utilizamos as batas descartáveis, mas não as trocamos entre todos os utentes, porque não há capacidade económica.” A10	“De momento as batas descartáveis, são a nossa maior dificuldade.” A10.1 “Utilizamos as batas descartáveis, mas não as trocamos entre todos os utentes, porque não há capacidade económica.” A10.1
“Nós no início, quando um utente não tinha máscara adequada, oferecemos máscaras descartáveis, mas de momento não conseguimos assegurar essa entrega, nem a utentes novos que entretanto entraram. Quando disponibilizámos a máscara foi numa fase muito inicial, foi quando começámos a usar. Agora já é mais habitual, ou seja, eles próprios já sabem que se saírem à rua, já usam. As máscaras hoje em dia já têm um custo muito mais acessível, no início eram escassas e caras.” A11	“Nós no início, quando um utente não tinha máscara adequada, oferecemos máscaras descartáveis, mas de momento não conseguimos assegurar essa entrega…” A11.1

<p>“Houve uma altura difícil, mas de ruptura de stock nunca tivemos, mas comprámos-o a «preço de ouro»... garrações de 5 litros a 60 euros. Foi uma fase difícil. Tivemos alguns donativos, a ajuda da Proteção Civil, da Hovione, a qual nós fizemos um pedido. É claro que agora já estão mais acessíveis a nível de preços, é claro que se avizinha uma fase difícil pela frente e acho que as coisas vão voltar a subir. Neste momento, não vou dizer racionalizar, mas estamos a tentar controlar a utilização de luvas...” A12</p>	<p>“Houve uma altura difícil, mas de ruptura de stock nunca tivemos, mas comprámos-o a «preço de ouro»... (...) Foi uma fase difícil.” A12.1</p> <p>“Tivemos alguns donativos, a ajuda da Proteção Civil, da Hovione, a qual nós fizemos um pedido.” A12.2</p> <p>“(...) é claro que se avizinha uma fase difícil pela frente e acho que as coisas vão voltar a subir.” A12.3</p> <p>“Neste momento, não vou dizer racionalizar, mas estamos a tentar controlar a utilização de luvas...” A12.4</p>
<p>“De momento, com o avançar da situação, os materiais vão ficando mais acessíveis. (...). Os aventais foram sempre mais baratos do que as batas verdes. Existiu uma falta de disponibilidade em conseguir adquirir batas verdes, nós tivemos uma doação de batas, de uma senhora que veio fazer uma doação e temos ali essas batas para situações de limpeza de casas que estejam em mau estado e algumas situações pontuais em que as vamos usando.” B10</p>	<p>“De momento, com o avançar da situação, os materiais vão ficando mais acessíveis.” B10.1</p> <p>“Existiu uma falta de disponibilidade em conseguir adquirir batas verdes (...) temos ali essas batas para situações de limpeza de casas que estejam em mau estado e algumas situações pontuais em que as vamos usando.” B10.2</p>
<p>“Nós temos estado a salvaguardar este material mas depois existe também uma situação que não é fácil neste momento para as IPSS, pois existe uma gestão financeira complicada. Muitas vezes nós durante algum tempo, porque não havia equipamentos para comprar, contamos e continuamos a contar com a Proteção Civil, que nos vem trazer material uma ou duas vezes por semana.” B11</p>	<p>“Nós temos estado a salvaguardar este material mas (...) existe uma gestão financeira complicada.” B11.1</p> <p>“Muitas vezes (...) porque não havia equipamentos para comprar, contamos e continuamos a contar com a Proteção Civil, que nos vem trazer material uma ou duas vezes por semana.” B11.2</p>
<p>“A questão é que a proteção civil tem semanas em que nos traz uma caixa de máscaras de 50 unidades que se gastam em dois dias aqui na unidade. Estamos a utilizar as máscaras o dia inteiro e não fazemos a substituição de 4 em 4 horas.” B12</p>	<p>“A questão é que a proteção civil tem semanas em que nos traz uma caixa de máscaras de 50 unidades que se gastam em dois dias aqui na unidade.” B12.1</p> <p>“Estamos a utilizar as máscaras o dia inteiro (...).” B12.2</p>
<p>“EPI’s foram distribuídos de imediato às pessoas que estavam no serviço de SAD, com EPI completo, com viseira, óculos, porque estávamos a intervir na comunidade e o risco seria maior. Em termos de equipamento nós tivemos que fazer um reajuste, portanto eles ficaram isolados dos restantes colaboradores das outras respostas.” C8</p>	<p>“Em termos de equipamento nós tivemos que fazer um reajuste, portanto eles [pessoas no serviço de SAD] ficaram isolados dos restantes colaboradores das outras respostas.” C8.1</p>

Necessidades de apoio emocional	
<p>“Eu acho que passámos um bocadinho essa fase, houve uma fase inicial em que havia muitos receios... A enfermeira Helena e a enfermeira Isabel estiveram conosco e deram-nos alguma formação.”<sup>A13</sup></p>	<p>“(…) houve uma fase inicial em que havia muitos receios...”<sup>A13.1</sup></p>
<p>“Tínhamos todas essas situações que com o avançar do tempo, foram andando, por assim dizer e foram-se encaixando. Sem a questão do mito, daquele receio. Existe aquele receio, mas é um receio mais fundamentado, conhecido. Depois houve uma situação de uma utente positiva e com isso voltamos outra vez à «estaca difícil», mas no dia seguinte já se tranquilizaram mais.”<sup>A14</sup></p>	<p>“Existe aquele receio, mas é um receio mais fundamentado, conhecido.”<sup>A14.1</sup>  “Depois houve uma situação de uma utente positiva e com isso voltámos outra vez à «estaca difícil», mas no dia seguinte já se tranquilizaram mais.”<sup>A14.2</sup></p>
<p>“Nós nessa altura já estávamos a funcionar com equipas espelho e aí houve medo. Suspendemos as equipas em espelho, mas vamos retomar.”<sup>A15</sup></p>	<p>“Nós nessa altura já estávamos a funcionar com equipas espelho e aí houve medo.”<sup>A15.1</sup></p>
<p>“Nós tivemos muitas formações e-learning, a instituição esteve muito atenta a essa questão e foi trazendo e envolvendo os colaboradores, porque havia receio.”<sup>A16</sup></p>	<p>“Nós tivemos muitas formações (...) porque havia receio.”<sup>A16.1</sup></p>
<p>“Tivemos uma formação quase de «emergência» com a enfermeira Helena, informal, foi para acalmá-las quando começou a situação dessa utente positiva.”<sup>A17</sup></p>	<p>“Tivemos uma formação quase de «emergência» (...), foi para acalmá-las quando começou a situação dessa utente positiva.”<sup>A17.1</sup></p>
<p>“Havia o receio dos familiares em casa, dos filhos e dos maridos, se tinham de sair de casa e foi a partir daí que veio a utilização da máscara junto aos utentes, que elas já usavam e a importância dos utentes também usarem e familiares.”<sup>A18</sup></p>	<p>“Havia o receio dos familiares em casa, dos filhos e dos maridos, se tinham de sair de casa...”<sup>A18.1</sup></p>
<p>“Muito medo! Nós tivemos logo aqui no início uma situação complicada com o marido de uma funcionária que logo nos primeiros 15 dias ficou em casa e foi uma altura mesmo muito complicada em que as pessoas ficaram apavoradas.”<sup>B13</sup></p>	<p>“Muito medo!”<sup>B13.1</sup>  “(…) no início (...) as pessoas ficaram apavoradas.”<sup>B13.2</sup></p>
<p>“Hoje uma funcionária, que até é uma das funcionárias que considero que tem mais discernimento, numa reunião que tivemos hoje de manhã com elas, onde referi que ansiamos pela reabertura do centro de dia, o que essa funcionária nos disse foi: «Mas querem-nos matar a todas!». Existe um receio muito grande.”<sup>B14</sup></p>	<p>“Hoje (...) o que essa funcionária nos disse foi: «Mas querem-nos matar a todas!». Existe um receio muito grande.”<sup>B14.1</sup></p>

<p>“(...) hoje em dia, apesar dos receios que têm, já trabalham com maior à vontade, já não se nota aquele medo estampado no rosto pois inicialmente via-se que as pessoas estavam aterrorizadas com a situação.” B15</p>	<p>“(...) hoje em dia, apesar dos receios que têm, já trabalham com maior à vontade” B15.1  “(...) já não se nota aquele medo estampado no rosto pois inicialmente via-se que as pessoas estavam aterrorizadas com a situação.” B15.2</p>
<p>“Tivemos sentimentos de grande stress e `burnout` com uma grande sobrecarga de trabalho a todos os níveis (...).” B16</p>	<p>“Tivemos sentimentos de grande stress e `burnout` com uma grande sobrecarga de trabalho a todos os níveis (...).” B16.1</p>
<p>“(...) os colaboradores mostraram-se sempre predispostos a apoiar sem muito receio. Isto porquê? Porque nós como temos a resposta social de lar residencial, tudo começou mais cedo para nós, então o plano de contingência foi disseminado por todos os colaboradores.” C9</p>	<p>“(...) os colaboradores mostraram-se sempre predispostos a apoiar sem muito receio. (...) Porque (...) tudo começou mais cedo para nós, então o plano de contingência foi disseminado por todos os colaboradores.” C9.1</p>
<p>“Quando o jovem, ou o pai quis regressar ao lar, teve que ser testado e acusou positivo. A partir desse momento, nós isolamos os colaboradores que tinham ido até casa do utente e testaram negativo. A partir daí, começaram a prestar cuidados a um caso confirmado. Aí sim, a reação foi receosa, mas como eles iam muito protegidos, a carrinha só era utilizada nesse sentido e mais ninguém tinha contacto (a reação inicial é claro que havia algum receio, mas a proteção era tanta e a higienização era tanta e o cumprimento daquilo que constitui o plano de contingência era acérrimo), que não houve grande receio depois.” C10</p>	<p>“A partir daí, começaram a prestar cuidados a um caso confirmado. Aí sim, a reação foi receosa (...)” C10.1  “(...) [a reação inicial é claro que havia algum receio, mas a proteção era tanta e a higienização era tanta e o cumprimento daquilo que constitui o plano de contingência era acérrimo], que não houve grande receio depois.” C10.2</p>
<p>“Eu acho que eles estão mais receosos é em termos das suas famílias, porque alguns vivem em diferentes comunidades e algumas estão a ser mais afetadas do que outras, então a preocupação deles que no fundo é em termos das suas famílias, da ida dos filhos para a escola e o que poderá decorrer daí. Mas não os noto muito receosos.” C11</p>	<p>“Eu acho que eles estão mais receosos é em termos das suas famílias (...)” C11.1  “(...) a preocupação deles que no fundo é em termos das suas famílias, da ida dos filhos para a escola e o que poderá decorrer daí. Mas não os noto muito receosos.” C11.2</p>

Foi assim realizada uma análise qualitativa, que apesar de ser de caráter mais intuitivo é mais maleável e adaptável, permitindo estabelecer categorias mais discriminantes, sendo caracterizada pelo fato de a inferência ser fundamentada na presença do índice (tema, palavra, etc.) e não sobre a frequência da sua aparição. Deste modo, foi dada relevância ao significado das expressões e não à sua dimensão ou frequência, tendo sido efetuadas deduções e inferências específicas sobre o conteúdo apresentado. Na fase de categorização foi assim possível identificar o tema já definido: as necessidades de formação dos cuidadores.

Surgiram no entanto, mais 2 dimensões (temas) que resultaram da análise do discurso, nomeadamente as “Necessidades de recursos materiais” e as “Necessidades de apoio emocional”.

Podemos assim inferir que existem necessidades emergentes ao nível da formação dos cuidadores nas quais é possível intervir, o que confirma a hipótese levantada. Sendo esta a temática previamente definida, o componente central das entrevistas dirigidas, ficou evidente no discurso, estando evidente em expressões como: “Temos aventais, mas elas sentem-se muito mais protegidas com as batas, porque ao realizarem a higiene protegem os braços.”<sup>A1.2</sup>; “(...) quando estando nas suas mesas alguém mostra algo no seu telemóvel e levantam-se sem máscara e vão ver, juntando-se umas com as outras.”<sup>B6.1</sup>; “É mais no cuidado, identificação de sintomas e atuação e prevenção. Ou seja, o que ter em atenção, o que fazer, para onde encaminhar.”<sup>C3.2</sup>. Simultaneamente, todas as entrevistadas sugeriram conteúdos a abordar com os cuidadores, quer direta ou indiretamente. Surgem assim conteúdos considerados prioritários pelas mesmas acerca do que deve ser transmitido aos cuidadores nas sessões de formação, que se encontram diretamente relacionados com a promoção e a educação para a saúde, nomeadamente ao nível da prevenção primária, atendendo ao Modelo teórico em utilização. Da análise deste tema, foi assim possível identificar as suas categorias e sub-categorias, tal como se pode ver no quadro seguinte:

<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>
<b>Necessidades de formação</b>	Promoção e educação para a Saúde	Precauções básicas de controlo de infeção
		Acesso ao SNS em tempo de pandemia
		Risco de contágio de SARS-CoV-2 em contexto laboral
		Normas e procedimentos relativos ao SARS-COV-2

Por seu turno, as “Necessidades de recursos materiais”, está patente em expressões como “De momento as batas descartáveis, são a nossa maior dificuldade.”<sup>A10.1</sup>; “Nós temos estado a salvar este material mas (...) existe uma gestão financeira complicada.”<sup>B11.1</sup>. Com a análise das UR pode verificar-se que existe uma limitação a nível do material, embora mais relacionada com a sua gestão e custo. Através da mesma foi construído o seguinte quadro abaixo:

Tema	Categoria	Sub-categoria
Necessidades de recursos materiais	Gestão	Fraca disponibilidade e acessibilidade ao material
		Dificuldades financeiras

Outro tema que emergiu, nomeadamente as “Necessidades de apoio emocional”, tema que emergiu da análise do discurso, estão presentes em expressões como “Nós nessa altura já estávamos a funcionar com equipas espelho e aí houve medo.”<sup>A15.1</sup>; “Hoje (...) o que essa funcionária nos disse foi: «Mas querem-nos matar a todas!». Existe um receio muito grande.”<sup>B14.1</sup>; “Eu acho que eles estão mais receosos é em termos das suas famílias (...)”<sup>C11.1</sup>. As reações descritas, essencialmente perante casos suspeitos ou confirmados, bem como em relação àqueles que lhes são mais próximos, vai ao encontro do que a bibliografia evidenciou, com a realização da ‘scoping review’ acerca das necessidades de educação para a saúde dos cuidadores formais (Falcão et al., 2020). Ficou assim evidente a necessidade de apoio emocional perante os medos e receios face à pandemia, bem como a prevenção do ‘stress’. Esta análise permitiu a elaboração do quadro abaixo:

Tema	Categoria	Sub-categoria
Necessidades de apoio emocional	Promoção para a Saúde	Bem-estar psicológico
		Risco de sobrecarga e <i>burnout</i>

Para a análise de conteúdo, foram utilizadas as 3 entrevistas. Após a categorização, foi possível perceber que as necessidades identificadas são variadas, apesar de semelhantes entre os Sistemas, embora mais evidentes numas que noutras. Neste aspeto, importa ter em conta as características e realidades de cada Sistema, um fator determinante em todos estes aspetos. Pode assim inferir-se que as diferentes características das IPSS, associadas aos recursos humanos e físicos disponíveis em cada uma, sejam o fator que influencia esta diferença. No entanto, surgiram ainda elementos comuns que emergiram da análise do discurso, nomeadamente ao nível das necessidades de formação e de apoio emocional.

ANEXO XII – “NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM CUIDADORES FORMAIS: A  
SCOPING REVIEW”

## SCOPING REVIEW

### 1. Estrutura proposta no 'The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual', 2017)

#### 1.1 TÍTULO

“Necessidades de Formação em cuidadores formais: a scoping review”

#### 1.2 INFORMAÇÃO DOS AUTORES

O autor desta *scoping review* é:

Rui Coelho – rui\_work@live.com.pt – Unidade de Saúde Familiar de São João da Talha – Mestrando no Instituto Politécnico de Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

#### 1.3 SUMÁRIO EXECUTIVO

##### **Enquadramento:**

Para fazer face ao envelhecimento populacional, têm surgido diversas respostas por parte das políticas e sistemas de saúde (1)(2). Neste contexto, surge a definição de cuidador, que se tem tornado cada vez mais abrangente, podendo distinguir-se em dois tipos: cuidador formal ou informal. O cuidado informal encontra-se muito ligado ao passado, em que a responsabilidade do cuidado à pessoa idosa pertencia às pessoas mais próximas, sendo os cuidados prestados maioritariamente na sua residência e não remunerados (3). O cuidado formal é prestado por profissionais devidamente qualificados que, seja ao nível domiciliário

e/ou institucional, têm uma preparação específica para desempenhar esse papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional e sendo por isso remunerados (3)(4)(5).

No entanto, apesar do investimento cada vez maior nestes profissionais, ainda há falhas nomeadamente ao nível da sua formação, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados (6).

**Objetivo:**

Mapear as necessidades de formação nos cuidadores formais

**Questão:**

“Quais as necessidades de formação nos cuidadores formais?”

**CrITÉRIOS de Inclusão:**

População – cuidadores formais [profissionais devidamente qualificados, ao nível domiciliário e/ou institucional, que têm uma preparação específica para o cuidado, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional e sendo por isso remunerados (3)(4)(5)]; de qualquer idade, género, nacionalidade, cultura ou etnia

Conceito – necessidades de formação

Contexto – saúde

**EstratÉGIAS de Pesquisa:**

Informação “aberta” de três etapas, segundo o *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (7). A primeira permitiu a identificação dos descritores, validados no MeSH: "Allied health personnel"; "Needs assessment" e "education". A segunda consistiu numa pesquisa na “PubMed” e “EBSCO Host”, bem como “Google Scholar”, utilizando o operador booleano [AND]. Usados como limitadores: temporalmente 10 anos (alargado devido à existência de poucos artigos); *free full text*; língua portuguesa e inglesa. A terceira fase baseou-se na análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos.

**Extração de Resultados:**

Utilizada uma tabela que incluiu: Título; Autor(es); Ano; Tipo de Estudo; Objetivo; População; Conceito; Contexto; e Resultados.

### **Apresentação de Resultados:**

Identificados 222 artigos, dos quais 4 estavam duplicados. Foram excluídos 173 pelo título, 23 pelo resumo e 11 pela leitura integral do texto. Os restantes não tinham texto completo. Obteve-se uma amostra final de 2 artigos, que foram incluídos na revisão.

### **Conclusões:**

Com esta revisão foi possível mapear as necessidades de formação em cuidadores formais. A evidência identificou a saúde mental, mais direcionada para o contexto emocional, e a formação sobre a prática em cuidados paliativos bem como abuso de substâncias, como necessidades de formação em cuidadores formais, assim como a existência de materiais com conteúdos que contribuam para a prática e auto-eficácia dos cuidadores.

### **Implicações para a investigação e a prática:**

O fato de os artigos abordarem populações e contextos diferentes e não corresponderem ao enquadramento português; o tema da revisão ser limitado à formação e haver poucos artigos relacionados com o tema. Necessitam de ser desenvolvidos mais estudos neste âmbito. Sendo uma *scoping review*, os resultados não constituem recomendações para a prática baseada na evidência.

## 1.4 CORPO PRINCIPAL

O corpo principal desta *scoping review* segue a mesma estrutura do protocolo, detalhado em seguida.

### 1.4.1 Enquadramento

O envelhecimento populacional tem trazido diversos desafios, quer aos governos, família bem como à sociedade em geral, para os quais os mesmos não estavam preparados. Sendo o envelhecimento associado ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incapacitantes e complexas, em que há a perda de funções cognitivas, um declínio da função sensorial, acidentes e isolamento social, surge muitas vezes a perda da capacidade funcional dos idosos, tornando-os dependentes de outrem para a prestação do cuidado diário. Neste sentido, surge a exigência de uma resposta por parte das políticas e, conseqüentemente, sistemas de saúde, de forma a fazer face às necessidades decorrentes do envelhecimento da população, pois muitos deles exigem a presença de um cuidador para assegurar esses cuidados (1)(2).

Sendo um conceito central da disciplina de enfermagem e fazendo parte da sua essência, influenciando a teoria, investigação, prática e ensino (8)(9), o “Cuidar” é acima de tudo uma ação inerente à condição humana e essencial para a sua continuidade (10). Mas se o cuidado em enfermagem vai para além do cuidar instrumental (o prestar) e se situa na atitude, disponibilidade, desenvolvimento de competências relacionais que se possam assumir como terapêuticas, é importante salientar que o tipo de cuidado, está dependente na necessidade da pessoa idosa, o que também determinará a sua frequência e intensidade, bem como qual o papel da pessoa que cuida (3). Faz assim sentido a distinção proposta por Leininger de várias tipologias de cuidados: genéricos, profissionais e profissionais de enfermagem.

Mas também o “cuidado” tem vindo a sofrer alterações. Apesar de ser, e estar presente em todas as culturas, difere na sua forma de expressão, tendo em conta as suas dimensões psicológicas, físicas, sociais e culturais (3)(11), sendo considerado um problema de saúde pública relevante a nível mundial, associado ao elevado envelhecimento populacional e carência de respostas (12).

Neste sentido, a definição de cuidador tornou-se assim mais abrangente, podendo distinguir-se em dois tipos: cuidador formal ou informal. Enquanto o cuidado informal se encontra muito ligado ao passado, em que a responsabilidade do cuidado à pessoa idosa pertencia às pessoas mais próximas (família, pessoas contíguas à sua habitação, – tais como

vizinhos ou amigos com laços afetivos), sendo os cuidados prestados maioritariamente na sua residência e não remunerados (3) – o cuidado formal é relativo ao cuidado prestado por profissionais devidamente qualificados. Quer seja ao nível domiciliário e/ou institucional, os mesmos têm uma preparação específica para desempenhar esse papel. Do mesmo modo, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, são por isso remunerados (3)(4)(5).

Já desde 2004 que estes profissionais são definidos como trabalhadores auxiliares, com qualificações diversas, que prestam cuidados aos idosos com a supervisão de um profissional devidamente qualificado (13). Sendo profissionais contratados, e devidamente habilitados, devem estar preparados adequadamente, para prestar os cuidados no domicílio ou nas instituições sociais (3)(6)(14). Devem assim possuir competências para um trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar, tal como conhecimentos, de modo a poderem intervir de forma adequada, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam apoiando-os na realização das suas atividades de vida diárias (3)(15).

No entanto, apesar do investimento cada vez maior nestes profissionais, ainda há falhas nomeadamente ao nível da sua formação, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados. Muitos iniciam a sua atividade laboral sem que haja uma formação regular e particular, o que faz com que haja dificuldade na resposta às complexas necessidades daqueles de quem cuidam, o que leva à desmotivação e insatisfação profissionais, bem como uma diminuição da humanização dos cuidados (6)(8)(16).

A formação surge assim como um fator importante a nível da educação para a saúde deste grupo profissional. A lacuna existente encontra-se associada aos cuidados prestados no dia-a-dia, bem como à comunicação com aqueles de quem cuidam (17). Deste modo, é essencial um investimento nesta vertente, bem como na valorização da profissão (6)(18), sendo essencial a sua qualificação, de forma a que tenham uma formação adequada. Este fato irá trazer benefícios, não só para o cuidador formal, visto que a qualidade do seu desempenho profissional e de vida melhorarão, mas também para o idoso cuidado, na medida em que a qualidade da sua prestação de cuidados será melhor (16).

Após pesquisa preliminar nas bases de dados eletrónicas, não se encontrou nenhuma *scoping review* sobre o tema.

### **1.4.2 Objetivo**

Mapear as necessidades de formação nos cuidadores formais.

### **1.4.3 Questão**

“Quais as necessidades de formação nos cuidadores formais?”

Questão de revisão detalhada (PCC):

P – População: cuidadores formais

C – Conceito: necessidades de formação

C – Contexto: saúde

### **1.4.4 Critérios de Inclusão**

População – Serão incluídos cuidadores formais, entendidos como profissionais devidamente qualificados, quer seja ao nível domiciliário e/ou institucional, que têm uma preparação específica para o cuidado, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional e sendo por isso remunerados (3)(4)(5); de qualquer idade, género, nacionalidade, cultura ou etnia.

Conceito – necessidades de formação

Contexto – saúde

### 1.4.5 Estratégia de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa de informação “aberta” de forma a permitir a inclusão de todas e quaisquer fontes. Foi delimitada temporalmente entre [2015- 2020], no sentido de obter a evidência científica mais recente.

Tal como recomendado pelo *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (7), foi adotada a estratégia de pesquisa de três etapas.

- Inicialmente foi realizada uma pesquisa relevante sobre o tema, entre 26/12/2020 a 28/12/2020, limitada a três bases de dados, CINAHL, MEDLINE e SciELO, de forma a analisar as palavras de texto contidas no título e resumo dos artigos, bem como os descritores usados.

- Posteriormente procedeu-se a uma pesquisa, utilizando as palavras chave e descritores identificados. Foram validados os descritores no MeSH (*Medical Subject Headings*): "allied health personnel"; "needs assessment" e "education". Os descritores foram pesquisados por essa ordem e realizada a sua interseção utilizando o operador booleano [AND]. A pesquisa foi efetuada no dia 29/12/2020 na base de dados eletrónica *PubMed*, utilizando como limitadores, 10 anos (alargado o período temporal dado os poucos resultados obtidos com a pesquisa inicial limitada a 5 anos), *free full text* e língua portuguesa e inglesa, tendo sido obtidos 18 artigos. Destes, foram excluídos 9 pelo título, 6 pela leitura do resumo e 2 pela leitura do texto na íntegra, tendo sido incluído 1 artigo (19) (Quadro 2). Foi realizada outra pesquisa, no mesmo dia, na base de dados electrónica *EBSCO Host*, também limitada temporalmente em 10 anos, com *full text* e língua portuguesa e inglesa, tendo sido selecionadas todas as bases de dados. Foi obtido um resultado total de 22 artigos, dos quais foram excluídos 2 por se encontrarem duplicados, tendo ficado um total de 20 artigos. Para a seleção dos mesmos, foi verificado primeiramente se os títulos cumpriam os critérios de inclusão, tendo sido excluídos 15. Sempre que surgiram dúvidas foi consultado o resumo, após o que foram excluídos 3 artigos. Após esta fase foram selecionados 2 para leitura do texto na íntegra. Destes, foi excluído 1 após leitura integral dos mesmos. Foi incluído 1 artigo (20) (Quadro 1). Foi ainda realizada uma pesquisa no motor de busca livre *Google Scholar*, no dia 30/12/2020, com limitação temporal de 10 anos e língua portuguesa e inglesa, tendo sido obtido um total de 180 artigos, dos quais foram excluídos 2 por se encontrarem

repetidos, 9 por não ter *free full text*, 149 pelo título, 13 pelo resumo e 7 pela leitura do texto na íntegra, não tendo sido incluído nenhum.

- Numa terceira fase, foram examinadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos na revisão. Dos 2 selecionados, por corresponderem aos critérios de seleção, foram excluídos 1 pela leitura do resumo e outro pela leitura do texto na íntegra. Não foi incluído nenhum na revisão. Após esta análise procedeu-se à construção de tabelas com a extração dos resultados dos artigos selecionados e à construção do Fluxograma PRISMA (Figura 1).

#### **1.4.6 Extração de Resultados**

Com a análise da amostra final, foram extraídos os resultados seguintes:

**Quadro 1 – Providing palliative care in a rehabilitation setting: a staff needs assessment**

(20)

<b>Título</b>	<b>“Providing palliative care in a rehabilitation setting: a staff needs assessment”</b>
<b>Autor(es)</b>	Pathma Namasivayam; Tony Barnett
<b>Ano</b>	2016
<b>Tipo de Estudo</b>	Observacional transversal
<b>Objetivo</b>	Identificar as necessidades de formação e apoio dos membros de uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados paliativos numa unidade metropolitana de reabilitação de utentes internados
<b>População</b>	150 profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados diretos aos utentes internados
<b>Conceito</b>	Necessidades de formação e apoio
<b>Contexto</b>	Unidade metropolitana de reabilitação em cuidados paliativos
<b>Resultados</b>	<p>A maioria dos participantes eram do sexo feminino e trabalhavam na unidade a <i>full-time</i>. Do total 71% eram enfermeiros e 24% assistentes. 84,5% apenas tinham conhecimento geral sobre cuidados paliativos, sem formação. Referiram confiança na gestão dos sintomas e apoio psicológico aos utentes e/ou familiares, reconhecendo a importância de fornecer alívio adequado da dor aos utentes, discussão sobre a morte e o morrer e direitos dos utentes à auto-determinação</p> <p>Verificaram-se como necessidades de formação acerca:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- do <i>delírium</i> terminal, discussão de medidas de conforto e capacidade de resposta a utentes moribundos acerca do processo de morrer;</li><li>- da gestão dos aspetos emocionais do cuidado (descrita como uma área emocionalmente desgastante), relativamente aos físicos que consideraram mais fáceis de gerir;</li><li>- formação sobre a administração de doses maiores de analgésicos e uso de sedação;</li><li>- mais formação e apoio nas questões relacionadas com os cuidados paliativos, nomeadamente a integração de abordagens paliativas nos cuidados de reabilitação que incluíam: identificar quando e como ocorre a transição de cuidados, incluindo o plano de cuidados; bem como as habilidades e estratégias necessárias para prover o melhor atendimento ao utente.</li></ul>

**Quadro 2 – Using Needs Assessment to Develop Curricula for Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Academic and Community Health Settings (19)**

<b>Título</b>	<b>“Using Needs Assessment to Develop Curricula for Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Academic and Community Health Settings”</b>
<b>Autor(es)</b>	Derek D. Satre; Elinore F. McCance-Katz; Gina Moreno-John; Katherine A. Julian; Patricia S. O’Sullivan; Jason Satterfield
<b>Ano</b>	2012
<b>Tipo de Estudo</b>	Quantitativo
<b>Objetivo</b>	Desenvolver uma avaliação de necessidades projetada para identificar atitudes, conhecimentos e habilidades básicos que sirvam como uma intervenção inicial para preparar os formandos para a aceitação de um currículo, através da aplicação de um questionário
<b>População</b>	Professores do centro médico universitário de cuidados de saúde primários (66%) e prestadores de serviços sociais e comunitários (75%, incluindo enfermeiros, assistentes, assistentes sociais e profissionais de saúde mental e funcionários de uma clínica de saúde para utentes sem seguro)
<b>Conceito</b>	Necessidades de formação
<b>Contexto</b>	Académico e comunitário
<b>Resultados</b>	Os resultados indicaram que, em geral, os prestadores de cuidados comunitários tinham maior confiança na sua intervenção e habilidade de encaminhamento do que os professores universitários, embora estes últimos fossem mais propensos a relatar o uso de instrumentos de teste padronizados. Verificou-se ainda como necessidades: - revisão da morbilidade e mortalidade associadas ao abuso de substâncias; - materiais que permitam criar uma maior auto-eficácia e competências/habilidades para a prática do cuidador.

### 1.4.7 Apresentação dos Resultados

#### FLUXOGRAMA PRISMA

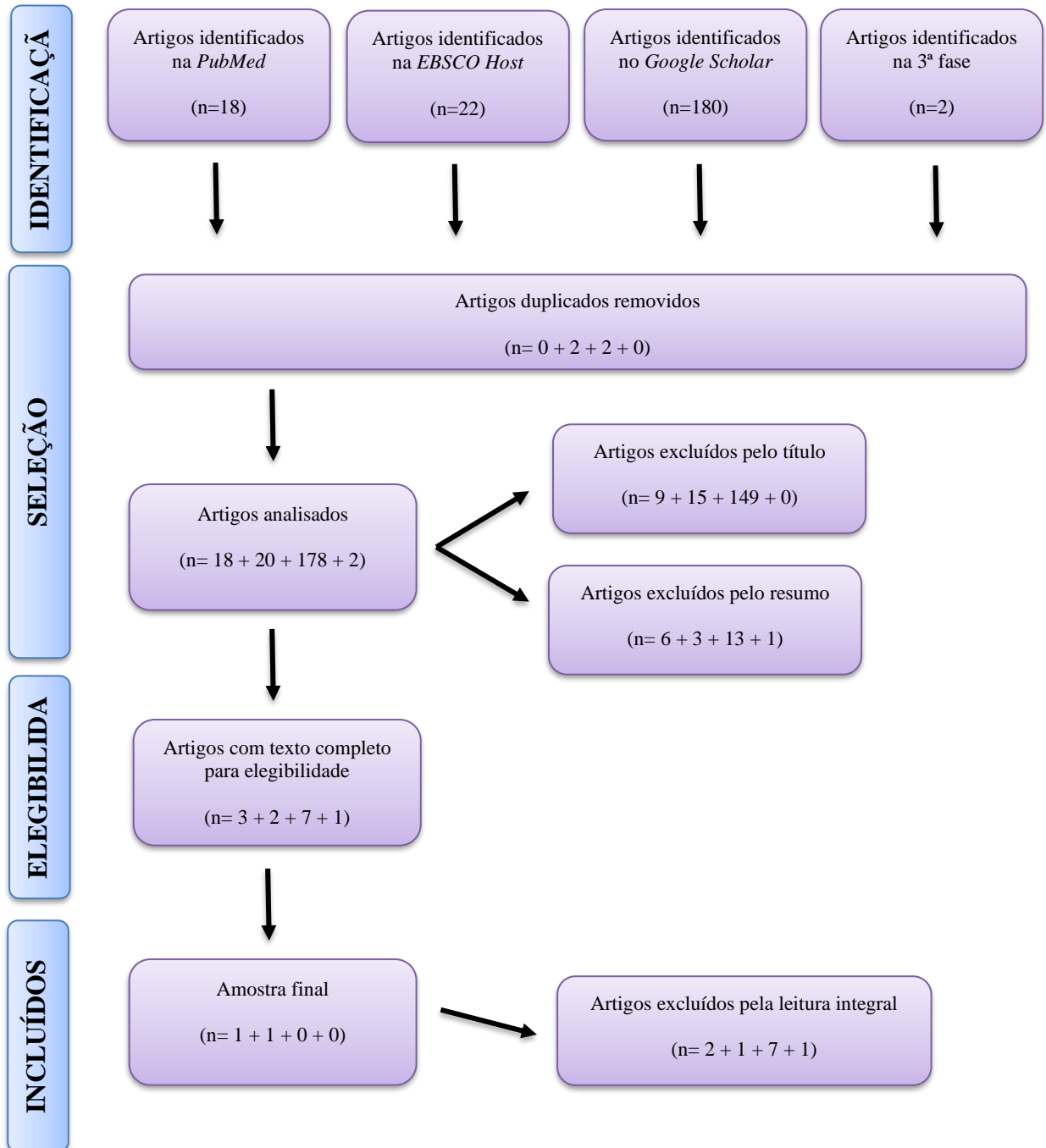


Figura 1 – Fluxograma PRISMA

### 1.4.8 Discussão

Foi obtido um total de 2 artigos, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, 1 proveniente da base de dados eletrónica *PubMed* e outro da *EBSCO Host*. Dos estudos incluídos, um é referente a um estudo quantitativo (19) e outro um estudo observacional transversal (20). A análise dos dados de cada artigo foi realizada através da construção de quadros, um para cada estudo, evidenciando o Título; Autor(es); Ano; Tipo de estudo; Objetivo; População; Conceito; Contexto; e Resultados. Foram apresentados por ordem de publicação, do mais recente para o menos recente.

Dos artigos analisados, verificou-se que eram ambos dirigidos a uma população específica, embora da área da saúde. Assim, um deles era direcionado para profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados paliativos diretos a utentes internados (20) e o outro para professores de um centro médico universitário de cuidados de saúde primários e prestadores de serviços sociais e comunitários (que incluiu enfermeiros, assistentes, assistentes sociais e profissionais de saúde mental e funcionários de uma clínica de saúde para utentes sem seguro) (19). Ambos os artigos abordam as necessidades de formação, embora um inclua, concomitantemente, a necessidade de apoio (20).

Nos artigos analisados, apesar de um deles ser referente a uma área específica do cuidado, nomeadamente cuidados paliativos (20), ficou evidente nos dois a preocupação com a formação no sentido de uma melhor prestação de cuidados aos utentes. Do mesmo modo, ficou patente uma maior confiança dos prestadores de cuidados na sua intervenção prática, em detrimento da psicológica, embora tenha sido mais evidente num dos artigos (20), associado também ao fato de ter sido um dos aspetos em análise no estudo.

Os estudos analisados incidiram em áreas do cuidado diferentes. Enquanto um se centrou mais a nível do internamento e cuidado específico (20), o outro foi mais direcionado para a comunidade (19). No estudo direcionado mais especificamente para os cuidados paliativos (20), as necessidades de formação identificadas relacionam-se mais diretamente com essa área, nomeadamente alívio da dor e sofrimento do utente, e gestão de todos os aspetos emocionais envolventes que permitam uma transição saudável também aos próprios cuidadores. No outro estudo analisado, as necessidades de formação centraram-se sobretudo na morbilidade e mortalidade associadas ao abuso de substâncias, tendo-se evidenciado a

necessidade de materiais cujos conteúdos contribuíssem para uma melhoria dos cuidados na prática, bem como a sua auto-eficácia (19).

#### **1.4.9 Conclusão**

Com a realização desta revisão, foi possível mapear as necessidades de formação nos cuidadores formais. Da mesma, a necessidade de formação no geral surgiu como importante para uma melhoria da prestação de cuidados aos utentes. Também ficou evidente que os prestadores de cuidados têm maior confiança na sua intervenção prática, relativamente à psicológica. Estes foram aspetos comuns nos artigos analisados.

Pode ainda concluir-se que as necessidades de formação identificadas estão direcionadas diretamente com o contexto de trabalho e área de atuação, sendo que da evidência emergem como necessidades, para uma melhoria da prestação de cuidados, a formação nos aspetos emocionais e práticos, especificamente orientados para cuidados paliativos; aspetos ligados ao abuso de substâncias a médio e longo prazo (nomeadamente morbilidade e mortalidade), bem como à disponibilidade/criação de materiais com conteúdos contributivos não só para a prática, mas também para a auto-eficácia dos cuidadores.

#### **1.4.10 Implicações para a investigação e a prática**

Um dos fatores limitativos será o fato de os estudos serem dirigidos a populações diferentes e a diferentes contextos, pois tal não permite uma comparação entre os mesmos. Outro fator relevante está associado ao contexto de cuidados português ser diferente do que é praticado noutros países, especificamente com a existência de Instituições Públicas de Solidariedade Social e de Unidades de Cuidados Paliativos, pelo que seria importante o desenvolvimento de estudos direcionados para as mesmas.

O fato de a revisão ser direcionada especificamente para a formação, não abrangendo, por exemplo, a educação e promoção da saúde como termos de pesquisa, também pode ser um fator limitativo, não permitindo assim um mapeamento mais alargado. Foram

encontrados poucos artigos relacionados com o tema de pesquisa, o que leva à crença de que ainda há poucos estudos nesta área. Conclui-se assim que necessitam de ser desenvolvidos mais estudos neste âmbito.

Por se tratar de uma *scoping review* e este tipo de revisão de literatura não fazer a avaliação metodológica dos artigos, os resultados não constituem recomendações para a prática baseada na evidência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Diniz, M. A. A., Melo, B. R. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. O., Gratão, A. C. M. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, novembro. 2018; 23(11): 3789-3798. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>

(2) Carvalho, A. C. F. Análise de função: os cuidadores formais em Portugal e Holanda. [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/21032>

(3) Sequeira, C. *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*, 2ª edição). 2018. LIDEL

(4) Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., Ancman, S. Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context, outubro/dezembro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014; 17(4): 879-885. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>

(5) Chambel, D. A. A. *Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. Cuidadores Formais De Idosos Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. 2016. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20Idosos%20Institucionalizados%20An%C3%A1lises%20dos%20Niveis%20de%20Sobrecarga%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf>

- (6) Sousa, M. M. Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas. 2011. Princípios
- (7) Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual [Internet]. The Joanna Briggs Institute. 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- (8) Leininger, M. Care: the essence of nursing and health. 1988. Wayne State University Press
- (9) Queirós, P., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M. & Cantarino, S. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. Revista de Enfermagem Referência, julho/agosto. 2016; Série IV, Disponível em: 10: 85-94. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>
- (10) Collière, M. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 1999. Lidel – Edições Técnicas: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- (11) Ribeiro, M. L. “Boas Práticas” nos cuidados formais a pessoas idosas: a perspectiva dos profissionais e das pessoas idosas. [Dissertação de Mestre, Instituto Superior de Ciências Sociais e políticas]. 2019. Disponível em: <http://core.ac.uk/display/286130544>
- (12) Touhy, T., T. A., Jett, K. F. Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging, 5ª edição. 2018. ELSEVIER
- (13) [WHO] WHO. [Internet]. Consultado a 28 de dezembro de 2020. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development. 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
- (14) Sequeira, C. Cuidar de Idosos com dependência física e mental. 2010. LIDEL
- (15) King, R. B., Hartke, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B. S., Raad, J. A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 2012; 37(5): 231–243. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/rnj.039>
- (16) Pinheira, V., Beringuilho, F. Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología. 2017; 2(1): 225-236. Disponível em: <https://doi.org/10.17060/ijodaep>
- (17) Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., Coelho, R. Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presente para atuar no futuro [poster do III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem]. 27 de novembro 2020

(18) Cardoso, A. S. S. “Cuidar para apessoar”: proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para ajudantes de ação direta que trabalham em respostas sociais para a população idosa. [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/10941>

(19) Satre, D. D., McCance-Katz, E. F., Moreno-John, G., Julian, K. A., O’Sullivan, P. S., Satterfield, J. Using Needs Assessment to Develop Curricula for Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Academic and Community Health Settings. *Subst. Abus.* 2012; março 33(3): 298–302. Disponível em: [doi:10.1080/08897077.2011.640100](https://doi.org/10.1080/08897077.2011.640100)

(20) Namasivayam, P., Barnett, T. Providing palliative care in a rehabilitation setting: a staff needs assessment. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association.* 2016; agosto 19(2): 8-14

ANEXO XIII – QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

## QUESTIONÁRIO

Este questionário insere-se no contexto do Projeto de Intervenção Comunitária “Capacitar para Cuidar Perante a Pandemia SARS-CoV-2 – Intervenção de enfermagem comunitária ao cuidador formal”, que tem como objetivo geral contribuir para o aumento da Literacia em Saúde sobre SARS-CoV-2 nos cuidadores formais de IPSS da área de atuação da UCC “Saúde a Seu Lado”.

A sua colaboração é essencial, pelo que solicitamos que responda com sinceridade às questões colocadas.

Os dados são rigorosamente confidenciais e anónimos, pelo que pedimos que não assine.

### Q1 – Qual o seu género?

- Masculino
- Feminino

### Q2 – Qual a sua idade?

\_\_\_\_\_

### Q3 – Quais as suas habilitações literárias?

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- 1º Ciclo (4º ano concluído)
- 2º Ciclo (6º ano concluído)
- 3º Ciclo (9º ano concluído)
- Secundário (12º ano concluído)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

ANEXO XIV – PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS SEGUNDO  
O MÉTODO DE HANLON

## PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS SEGUNDO O MÉTODO DE HANLON

Após a priorização de intervenção, atendendo ao diagnóstico efetuado e ao contexto do projeto de intervenção, as necessidades foram ainda hierarquizados recorrendo ao Método de Hanlon (Tavares, 1990). Este utiliza quatro critérios para a realização da priorização: Amplitude ou magnitude do problema (A); Gravidade do problema(B); Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema) (C); Exequibilidade do projeto ou da intervenção (D). A ordenação dos problemas é obtida através do cálculo da fórmula  $(A + B) C \times D$ , aplicando a mesma a cada um dos problemas considerado. A cada um dos critérios deve ser atribuído um peso através de uma escala pré-determinada.

<p><b>A - Amplitude do Problema</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Unidades de % de população</th> <th style="text-align: right;">Peso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>81 a 100% _____</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>61 a 80% _____</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>41 a 60% _____</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>21 a 40% _____</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>1 a 20% _____</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>0% _____</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Unidades de % de população	Peso	81 a 100% _____	10	61 a 80% _____	8	41 a 60% _____	6	21 a 40% _____	4	1 a 20% _____	2	0% _____	0	<p><b>B – Gravidade do Problema</b></p> <p style="text-align: right;">Maior gravidade_____ 10 Gravidade razoável_____ 5 Menor gravidade_____ 0</p>
Unidades de % de população	Peso														
81 a 100% _____	10														
61 a 80% _____	8														
41 a 60% _____	6														
21 a 40% _____	4														
1 a 20% _____	2														
0% _____	0														
<p><b>C – Eficácia da Solução</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>problema com solução fácil_____</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>problema comsolução razoável_____</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>problema de difícil solução_____</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> </tbody> </table>	problema com solução fácil_____	1,5	problema comsolução razoável_____	1	problema de difícil solução_____	0,5	<p><b>D – Exequibilidade do Projeto ou da Intervenção</b></p> <p>SIM = 1 ponto NÃO = 0 pontos</p>								
problema com solução fácil_____	1,5														
problema comsolução razoável_____	1														
problema de difícil solução_____	0,5														

Necessidades	A	B	C	D	(A + B) C x D
I. Necessidade de formação em “Precauções básicas de controlo de infeção”	8	10	1	1	14
II. Necessidade de formação em “Acesso ao SNS em tempo de pandemia”	6	5	1	1	20
III. Necessidade de formação em “Risco de contágio de SARS-CoV-2 em contexto laboral”	10	10	1	1	20
IV. Necessidade de formação em “Normas e procedimentos relativos ao SARS-CoV-2”	10	10	1	1	20
V. Necessidades de apoio emocional	10	10	1	1	20

ANEXO XV – OBJETIVOS E ATIVIDADES

## OBJETIVOS E ATIVIDADES

**Objetivo geral:** Contribuir para o aumento da Literacia em Saúde sobre SARS-COV-2 nos cuidadores formais de IPSS da área de atuação da UCC “Saúde a Seu Lado”.

Objetivos	Atividades	Objetivos Operacionais/Metas
<p>Contribuir para o aumento do nível de conhecimento sobre SARS-CoV-2 nos cuidadores formais que participaram nas sessões para pelo menos 70% até dezembro de 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar 2 sessões de Educação para a Saúde acerca desta temática a cada IPSS (enquanto Sistema);</li> <li>• Fornecer um compêndio informativo sobre o SNS, controlo de infeção e pandemia SARS-CoV-2 que fique disponível para consulta em cada IPSS;</li> <li>• Selecionar os métodos e estratégias mas adequados para a transmissão de informação a cada Sistema, individualizando as Sessões e os materiais apresentados;</li> <li>• Estabelecer uma relação empática e terapêutica, encorajando os participantes a verbalizar as suas dúvidas, mostrando abertura para a colocação de questões e procurando responder às mesmas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% dos cuidadores formais presentes em cada Sessão, em cada Sistema</li> <li>- que no mínimo 30% dos cuidadores formais coloquem questões, em cada Sistema</li> </ul>
<p>Promover a reflexão acerca da temática da “Pandemia SARS-CoV-2” nos cuidadores formais que participaram nas sessões até dezembro de 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar nas Sessões de Educação para a Saúde diversos elementos relacionados com a temática da pandemia SARS-CoV-2;</li> <li>• Criar um Ambiente aberto e propício à discussão da temática;</li> <li>• Fomentar a participação ativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% dos cuidadores formais presentes em cada Sessão, em cada Sistema</li> <li>- que pelo menos 30% dos cuidadores formais coloquem questões, em cada Sistema</li> </ul>

Objetivos	Atividades	Objetivos Operacionais/Metas
<p><b>Reforçar a linha flexível de defesa dos Sistemas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer Informação adequada e atualizada acerca da SARS-CoV-2, tendo presente que tem tido uma mutação diária, incluindo normas e orientações emanadas pela DGS e Governo Português;</li> <li>• Explorar consequências das ações e promover responsabilidade individual e comunitária;</li> <li>• Integrar nas Sessões de Educação para a Saúde recomendações para prevenção da SARS-CoV-2 quer no meio laboral quer familiar/relacional;</li> <li>• Promover a reflexão sobre a saúde mental, do Sistema individual e do grupo, e fornecer estratégias para a sua melhoria;</li> <li>• Estabelecer uma relação empática e terapêutica, encorajando os participantes a verbalizar as suas dúvidas, mostrando abertura para a colocação de questões e procurando responder às mesmas.</li> <li>• Mostrar disponibilidade para o atendimento individual dos cuidadores formais, caso solicitado.</li> </ul>	<p>- 80% dos cuidadores formais presentes em cada Sessão, em cada Sistema</p> <p>- que no mínimo 30% dos cuidadores formais coloquem questões, em cada Sistema</p>

ANEXO XVI – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A sua colaboração é muito importante para melhorar a abordagem desta temática, pelo que solicitamos que responda com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à sua resposta. Este questionário é **anónimo**, pelo que não precisa de assinar.

### 1. O tema abordado foi importante.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

### 2. Aprendi algo de novo com esta sessão.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

### 3. Gostei desta sessão.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

**Sugestões?**

---

---

**Obrigado pela colaboração!**

ANEXO XVII – PANFLETO INFORMATIVO PARA PROFISSIONAIS – COVID-19

**PANFLETO**  
**INFORMATIVO PARA**  
**PROFISSIONAIS**



**COVID-19**

# ÍNDICE

<b>1. Sintomas COVID-19.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Formas de transmissão.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Como prevenir.....</b>	<b>3</b>
<b>4. Percurso COVID-19.....</b>	<b>3</b>
<b>5. Linha SNS 24.....</b>	<b>4</b>
<b>6. Isolamento no domicílio.....</b>	<b>5</b>
<b>6.1 Cuidados a ter pelo cuidador nas visitas         domiciliárias.....</b>	<b>6</b>
<b>6.2 Cuidados a ter pelo cuidador na instituição... </b>	<b>7</b>
<b>6.3 Cuidados a ter pela instituição.....</b>	<b>8</b>
<b>7. ADC (Área Dedicada ao COVID).....</b>	<b>9</b>
<b>8. Critérios de Cura.....</b>	<b>12</b>

## **1. Sintomas COVID-19**

- Febre (temperatura > 37,9°)
- Tosse
- Dor garganta
- Cansaço
- Dores musculares
- Perda de olfato
- Perda de paladar

## **2. Formas de transmissão**

- Transmissão direta: Pessoa a pessoa por contato próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2. Ocorre através de gotículas que são libertadas pelo nariz ou boca de pessoas infetadas, quando tosse ou espirram e que podem atingir diretamente a boca, nariz e olhos de quem estiver próximo.
- Transmissão indireta: Pelo contato com objetos e superfícies contaminadas pelos SARS-CoV-2. As gotículas podem depositar-se nos objetos e superfícies e infetar outras pessoas quando tocam com as mãos nestes objetos ou superfícies, tocando depois nos seus olhos, nariz ou boca.

### 3. Como prevenir

Particularmente, atente para o seguinte:



Evitar sair de casa



Lavar as mãos



Etiqueta respiratória



Ventilação do ambiente



Evitar locais fechados

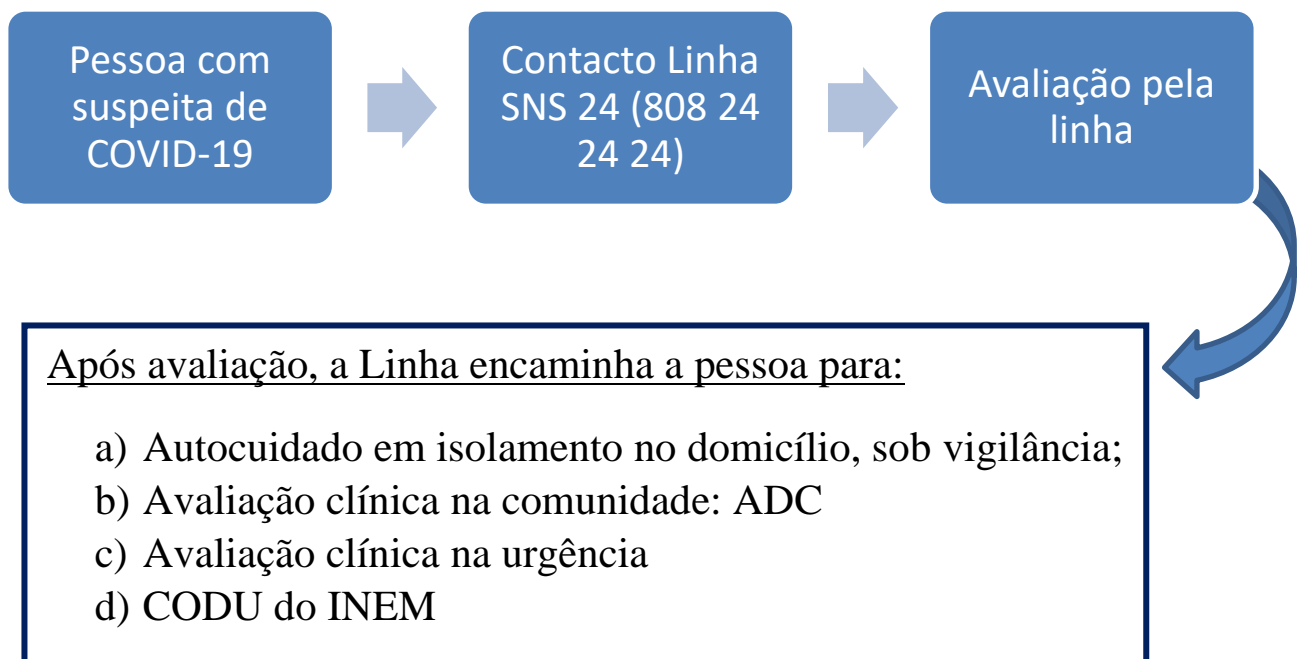


Evitar aglomerações



Evitar contatos muito próximos

### 4. Percurso COVID-19



- ✓ Todos os doentes com suspeita de COVID-19, são notificados no **SINAVE** (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) – sistema que permite monitorizar a ocorrência de doenças transmissíveis suscetíveis de constituir um risco para a saúde pública, implementar com rapidez e segurança medidas de prevenção e controlo destas doenças e cortar a cadeia de transmissão na comunidade e ocorrência de novos casos de doença e surtos.

## 5. Linha SNS 24



### O que é?

O SNS 24 é um serviço telefónico e digital do Serviço Nacional de Saúde criado para ajudar os utentes nas suas dúvidas relacionadas com a saúde. Oferece também um conjunto de serviços que permite resolver assuntos sem a necessidade de os utentes se deslocarem ao centro de saúde ou hospital.

## **Que serviços oferece?**

O SNS 24 oferece serviços clínicos e não clínicos. Os serviços clínicos são todos prestados por profissionais de saúde; os serviços não clínicos são prestados por administrativos.

## **Como é composta a equipa de profissionais?**

É uma equipa multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, gestores, informáticos, biomédicos e administrativos. Estão disponíveis 7 dias por semana, 24 horas por dia.

## **6. Isolamento no domicílio**

### **CrITÉrios para isolamento no domicílio:**

- a) Sintomas ligeiros: febre não persistente [ $<3$  dias], com boa resposta aos antipiréticos e/ou tosse;
- b) Ausência de falta de ar (dispneia) ou dificuldade respiratória, perda de sangue na expectoração (hemoptises), vômitos e diarreia persistentes ou qualquer outro sinal ou sintoma de gravidade clínica;

- c) Ausência de outras doenças crónicas ou condições que aumentam o risco de evolução para COVID-19 com gravidade.

### **Quais as condições necessárias para isolamento no domicílio?**

- Telefone/telemóvel facilmente acessíveis;
- Termómetro;
- Quarto separado ou com cama individual para o doente (caso não seja possível deve usar máscara cirúrgica);
- Acesso a casa de banho, preferencialmente individual;
- Água e sabão para higiene das mãos e produtos de limpeza doméstica;
- Cuidados de acordo com a avaliação clínica e toma da medicação crónica;
- Não ser imunodeprimido;
- Não residir com pessoas imunodeprimidas ou grávidas.

### **6.1 Cuidados a ter pelo cuidador nas visitas domiciliárias:**

- Constituir equipas e idealmente manter o mesmo cuidador;
- Considerar todos os utentes como suspeitos ou infetados;

- Planear a visita começando por doentes suspeitos, terminando nos doentes infetados;
- Higienização frequente pelo cuidador: lavagem das mãos com água e sabão ou se não houver acesso, desinfeção com solução à base de álcool;
- Utilização do equipamento de proteção individual adequado para evitar a infeção cruzada entre domicílios e risco de exposição;
- Não realizar visita domiciliária se quem cuida se sentir doente;
- Fornecer informações sobre quem contactar caso o doente se sinta mal;
- Limpar e desinfetar as zonas de contacto frequente;
- O distanciamento social mesmo no interior da viatura de serviço
- Assegurar o uso de máscara cirúrgica pelos profissionais

## **6.2 Cuidados a ter pelo cuidador na instituição:**

- Assegurar fardamento de uso único (descartável ou reutilizável). O fardamento reutilizável é considerado contaminado e a sua higienização deve ser assegurada pela instituição;
- Adequar o uso dos EPI de acordo com os procedimentos a realizar em estrito cumprimento com as normas emitidas pelas autoridades de saúde;
- Saber utilizar o EPI;

- Considerar todo o material que sai do domicílio como contaminado;
- Abrir as portas de acesso ao domicílio (porta do prédio, portão, elevador, etc.) apenas com a mão dominante, usando-a para tocar a campainha ou bater à porta;
- Após entrar no domicílio, retirar a luva externa da mão dominante, colocá-la no lixo e calçar nova luva na mão dominante;
- No final da visita domiciliária, acondicionar o lixo devidamente no saco e fechar.
- Imediatamente antes de sair do domicílio, tirar a luva externa da mão não dominante: a outra mão segura o saco do lixo e a luva removida;
- Pedir a alguém para abrir a porta de casa e sair;
- Abrir outras possíveis portas com a mão livre.
- Manter o distanciamento social;
- Cumprir as normas de higienização e os circuitos.

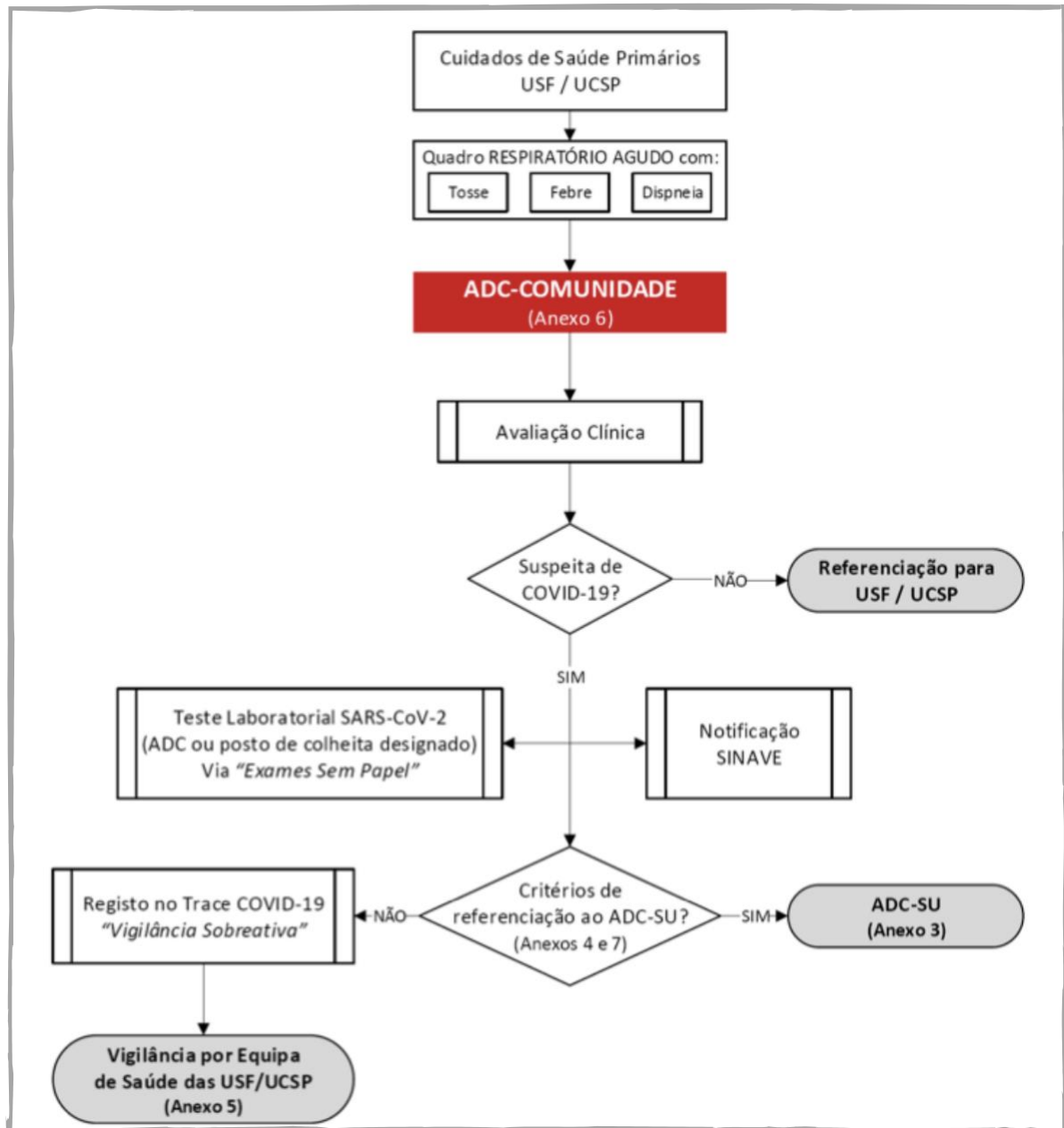
### **6.3 Cuidados a ter pela instituição:**

- Garantir a existência de EPI adequados e controlar os seus níveis;

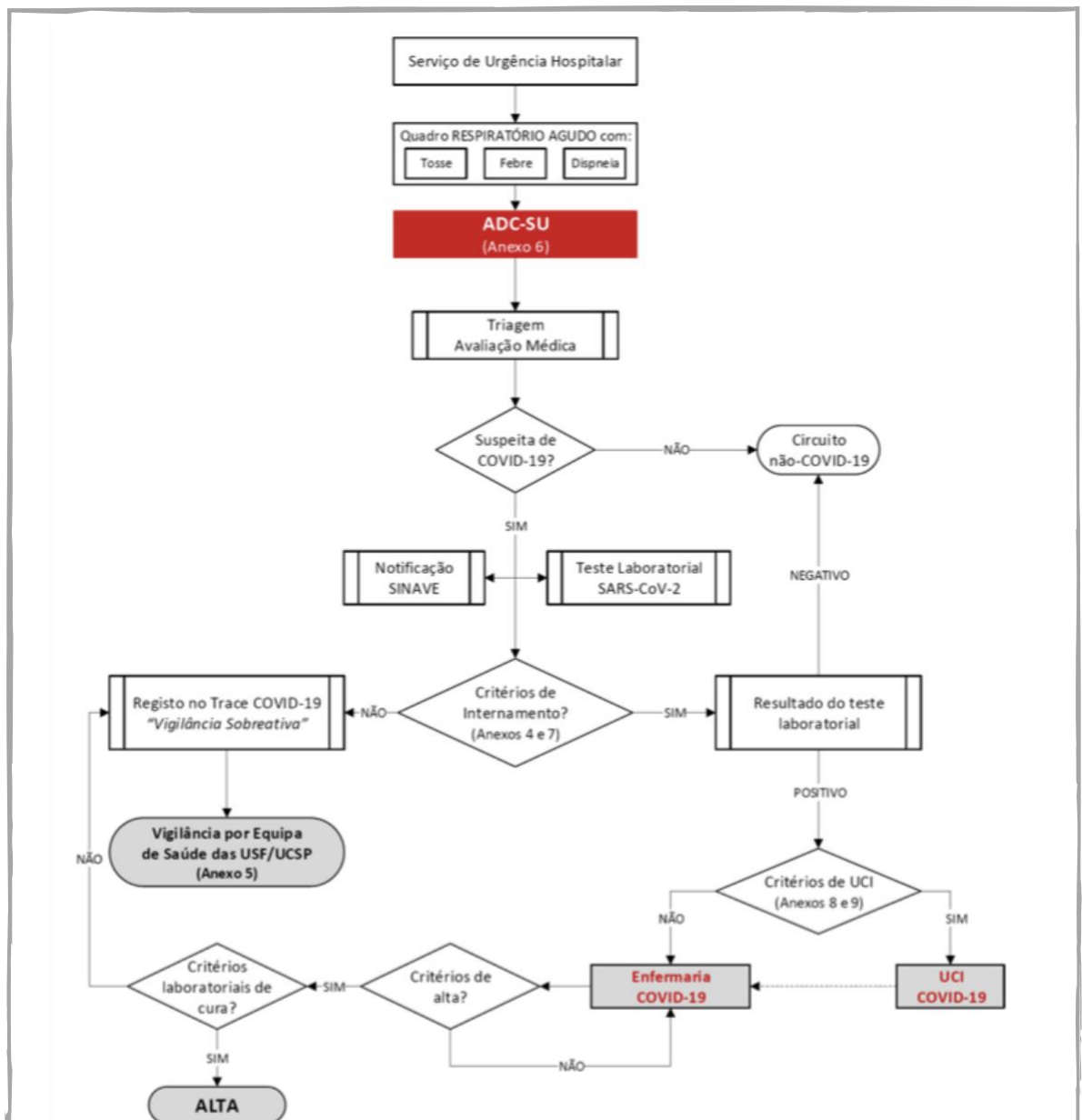
- Implementar a higienização regular e programada de objetos e superfícies (várias vezes ao dia, ou quando visivelmente sujos);
- Definir as áreas limpas e sujas;
- Definir circuitos de circulação/higienização;
- Dotar as viaturas essencialmente de:
  - doseadores com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA): um no interior da viatura e outro na bagageira;
  - um *kit* de EPI adicional, caso seja necessário;
  - um aspersor com desinfetante de superfícies.

## **7. ADC (Área Dedicada ao COVID)**

- **Na comunidade:** para observação, avaliação clínica e colheita de amostras para teste laboratorial de casos suspeitos de COVID-19 em contexto de cuidados de saúde primários;



- **No serviço de urgência:** para observação, avaliação clínica, abordagem terapêutica e colheita de amostras para teste laboratorial de casos suspeitos de COVID-19, em contexto de urgência hospitalar.



## 8. Critérios de cura

Os doentes que demonstrem ausência de febre (sem recurso a antipiréticos) e melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos são avaliados relativamente aos critérios de cura:

- Doente **com** internamento hospitalar por COVID-19: 2 testes laboratoriais negativos, com pelo menos 24h de diferença, realizados no mínimo 14 dias após o início dos sintomas;
- Doentes **sem** internamento hospitalar por COVID-19: 1 teste laboratorial negativo, realizado no mínimo 14 dias após o início dos sintomas.

Pessoa com quadro agudo de:

**Tosse persistente ou  
agravamento de tosse crônica**

OU

**Febre  
(temperatura axilar  
ou timpânica  $\geq 38,0$  °C)**

OU  
**Dispneia/dificuldade  
respiratória**

**CODU / INEM**

**SNS 24**

**ADC  
COMUNIDADE**

**Hospitais  
Centro Hospitalar  
Unidade Local de Saúde  
ADC - SU  
Enfermaria COVID  
UCI COVID**

**Trace-COVID**

**Auto-Cuidados  
Isolamento  
em casa**

**Laboratório**

**SINAVE**

**Unidade  
de Hospitalização  
Domiciliária**

**ALTA**

ANEXO XVIII – CRONOGRAMA DE GANTT

### CRONOGRAMA DE GANTT

Atividades/Semana	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
<b>Diagnóstico de Situação</b>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
- Pedidos de Autorização	■	■	■	■	■	■	■	■										
- Realização das entrevistas às IPSS								■										
<b>Determinação de prioridades</b>									■	■	■							
<b>Fixação de Objetivos</b>										■	■	■						
<b>Seleção de Estratégias</b>										■	■	■						
<b>Preparação Operacional – programação</b>											■	■	■					
- SF1 (Sistemas A, B e C)											■	■						
- SF 2 (Sistemas A, B e C)												■	■					
<b>Avaliação</b>											■	■	■	■				
<b>Redação do Relatório</b>															■	■		

ANEXO XIX – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1

# PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1

**Temática da sessão:** Precauções básicas de controlo de infeção e risco de contágio do SARS-CoV-2 em contexto laboral.

**Data:** /11/2020

**Hora:** 14h30

**Duração:** 1h

**Local:** instalações da

**Destinatários:** cuidadoras formais da

## **Objetivo geral:**

- Contribuir para o aumento do nível de Literacia em Saúde sobre SARS-CoV-2.


## **Objetivos específicos:**


- Reflexão e diferenciação entre os conceitos de SARS-CoV-2 e COVID-19;
- Sensibilização para os dados epidemiológicos mais recentes;
- Reconhecimento de como agir perante um caso suspeito;
- Identificação dos modos de transmissão;
- Capacitação para a utilização correta das medidas de precaução básicas de controlo de infeção;
- Sensibilização para o risco de Contágio SARS-CoV-2 em contexto laboral;
- Capacitação para a tomada de decisão informada no que se refere à interrupção da cadeia de transmissão do SARS-CoV-2 nos diferentes contextos.

## **Avaliação:**

- Índice de atenção e participação percecionados; média de respostas às questões da Escala tipo Likert elaborada; análise dos conteúdos do item de resposta aberta.

Fase	Conteúdos	Método	Duração	Recursos Materiais
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação;</li> <li>- Descrever objetivos da sessão.</li> </ul>	Expositivo	10´	Computador e retroprojektor.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de SARS-CoV-2 e COVID 19.</li> <li>- A situação da pandemia COVID 19 em Portugal.</li> <li>- Acerca do vírus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de incubação;</li> <li>• Como agir perante um caso suspeito;</li> <li>• Sinais e sintomas;</li> <li>• Transmissão (direta e indireta; interrupção da cadeia de transmissão).</li> </ul> </li> <li>- Precauções básicas de controlo de infeção.</li> <li>- Risco de Contágio SARS-CoV-2 em contexto laboral.</li> </ul>	Expositivo e interativo, recorrendo a vídeos para reflexão e clarificação de alguns conceitos.	35´	Computador, retroprojektor e colunas de som.
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.</li> </ul>	Interativo e prático	15´	Questionário de avaliação da SES 1; caneta ou lápis.


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
 8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA


  
 Saúde com Vida

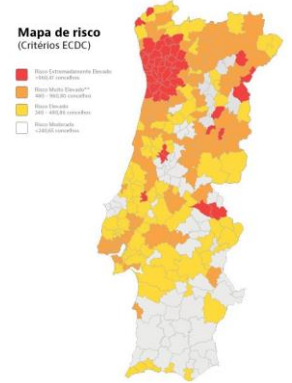
**CAPACITAR PARA CUIDAR PERANTE A PANDEMIA SARS-COV-2**  
 Intervenção de enfermagem comunitária ao cuidador formal


Mestrando: Rui Coelho  
 Orientadora científica: Prof.ª Dr.ª Irene Santos  
 Orientadora clínica: Isabel Nunes

24 de novembro de 2020

**ESTADO DE EMERGÊNCIA**

- Em vigor até 08 dezembro 2020
- Define o risco por n.º de casos por 100.000 habitantes nos últimos 14 dias




**Concelho de Odivelas – Risco Muito Elevado (480 a 960 casos)**

**Concelho de Odivelas – Risco Muito Elevado (480 a 960 casos)**

- Proibição de circulação entre concelhos nos seguintes períodos:
  - Todos os concelhos -**
  - Entre as 23h00 de 27 de novembro e as 5h00 de 2 de dezembro
  - Entre as 23h00 de 4 de dezembro e as 5h00 de 9 de dezembro

**Medidas adicionais em vigor:**

- Sábados, domingos e feriados (1 e 8 dezembro): Proibição de circulação na via pública e encerramento de estabelecimentos comerciais entre as 13h e as 5h
- Vésperas de feriado (30 de novembro e 7 dezembro): Encerramento dos estabelecimentos comerciais a partir das 15h

**- Ações de fiscalização por parte da Polícia de Segurança Pública -**

**VIVEMOS TEMPOS NUNCA ANTES VISTOS...  
----- PROCURA DE INFORMAÇÃO -----**

Síntese das principais notícias do Jornal






CORONAVÍRUS

## Covid-19: vacina de Oxford e AstraZeneca tem eficácia que pode chegar aos 90%, mostram dados preliminares

Resultados revelam que a eficácia de 70%, em média, resultou da combinação de dois regimes de dosagem: um foi 90% eficaz e o outro 62%. Dados ainda não foram revistos pelos pares nem publicados em nenhuma revista científica. Vacina tem uma taxa de eficácia menor do que as da Pfizer ou Moderna, mas é mais fácil de armazenar e de fazer chegar a todos os cantos do mundo.

CORONAVÍRUS

## Vacina da Pfizer/BioNTech contra a covid-19 com eficácia de 90%, dizem resultados preliminares

Primeiros resultados da terceira fase de ensaios clínicos da vacina contra a covid-19 desenvolvida pela farmacêutica Pfizer e pela parceira alemã BioNTech revelam que a vacina tem uma eficácia de 90%. Empresa garante ainda que a vacina não provocou efeitos secundários graves nos voluntários.

5



CORONAVÍRUS

## Portugal poderá conseguir vacinar 80% da população contra a covid-19

O próximo desafio vai ser logístico: como criar rapidamente uma rede de distribuição da vacina da covid-19, sendo que pelo menos uma exige um congelador ultrafrio?

CORONAVÍRUS

## Covid-19: reinfeções crescem e podem ameaçar eficácia da vacina

Há mais de duas dezenas de casos confirmados e várias centenas de suspeitas de reinfeção por SARS-CoV2 no mundo, mas há também ainda muito por esclarecer sobre estas situações que os cientistas estão a investigar.

6



CORONAVÍRUS

## Alemanha é a lebre na corrida para preparar vacinação da covid-19

Berlim e Londres querem começar já a vacinar em Dezembro, Madrid em Janeiro, mas espera que grande parte dos espanhóis esteja imunizada até ao Verão. França ainda está a definir as regras.

Foram criados **três grupos prioritários**, segundo o jornal francês *Le Monde*:

- **Indivíduos com um risco significativo** de desenvolver uma forma grave ou mortal da doença, por causa da idade ou fragilidade da saúde;
- **Pessoal de enfermagem ou auxiliar de lares de idosos**, que lidam com a população mais vulnerável;
- **Pessoas que devem ser protegidas porque ocupam funções importantes para o resto da sociedade** e serão dificilmente substituíveis.

Neste grupo incluem-se os profissionais de saúde, membros da polícia e dos serviços de segurança, bombeiros e professores.

7



CORONAVÍRUS

## Covid-19: Governo “a preparar tudo” para distribuir “primeira vacina em Janeiro”. E cria comissão

Com o objectivo de “definir uma estratégia nacional” de vacinação contra a covid-19, o Governo criou um grupo consultivo da Direcção-Geral da Saúde. O plano de vacinação deverá ser apresentado no início de Dezembro.

**16 milhões de doses de vacinas**, que permitirão vacinar **8 milhões de portugueses**, pressupondo a toma de **2 doses**



não incluem as **405 milhões** de doses que a União Europeia encomendou à empresa de biotecnologia alemã **CureVac**, no dia 12 de novembro.




Laboratórios onde Portugal vai adquirir as vacinas

8

**P**

"É preciso garantir uma capacidade logística portuguesa para distribuir e fazer chegar a todos os cidadãos as vacinas da Covid-19. Há uma que precisa de refrigeração a muito baixas temperaturas, e é preciso garantir que todo o país tem uma rede que garanta o frio, se não a vacina não poderá ser usada. Há arca congeladoras que atingem temperaturas de 80 graus Celsius negativos em determinados hospitais, alguns centros de investigação, mas não existem em todos os Centros de Saúde. E é preciso garantir que existe espaço para armazenar a quantidade de vacinas que aí vem."

Hélder Mota Filipe  
(Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa)



**P**

"Há vacinas com princípios de funcionamento bastante diferentes pelo menos três, o que nos dá a possibilidade teórica de fazer uma estratégia de vacinação mais complexa, usando mais do que um tipo de vacina. Por exemplo, recorrer a uma primeira vacina baseada em anticorpos, que dá uma proteção muito rápida e optar por um segundo período de vacinação que dê uma imunidade a mais longo prazo."

"Pode-se verificar que uma vacina é mais adequada para um grupo etário, ou para outro subgrupo populacional. Alguém terá de analisar as várias opções disponíveis e avaliar qual a melhor para cada circunstância. Um país poderá até comprar dois ou três tipos de vacinas combinar uma com a outra para obter maior eficácia."

Miguel Castanho  
(Instituto de Medicina Molecular da Universidade de Lisboa)

**ESTE SERÁ UM ESFORÇO EUROPEU E MUNDIAL PARA TRAVAR ESTA PANDEMIA**



**P**

**COVID-19 EM PORTUGAL**

**Vacinação contra covid-19 vai passar pelas farmácias, mas plano ainda está a ser delineado**

"É difícil dizer em que estado estamos apenas com base em press releases [comunicados de imprensa] sobre a fase III [dos ensaios clínicos das vacinas. Temos de aguardar]", explica membro da comissão de especialistas que vai emitir parecer sobre grupos prioritários a imunizar:



**DGS**  
(Direção Geral de Saúde)



**Infarmed**  
(Autoridade Nacional do Medicamento)



**II Especialistas**  
(médicos, biólogos e farmacéuticos)

A delinear um plano de vacinação contra a Covid-19 em Portugal

Grupo de trabalho interdisciplinar. Aguardam informações dos fabricantes das vacinas sobre os resultados da fase III dos ensaios clínicos para definir estratégias.







As **Forças Armadas** e a **Proteção Civil** estão envolvidas nesta operação e a **TAP** já se disponibilizou para apoiar no transporte das vacinas.



Definem-se estratégias e colocam-se questões: **Quem se vai vacinar? Onde se vai vacinar? Onde serão armazenadas as vacinas? Como evitar ruturas de stock? Como será feita a farmacovigilância (para monitorizar eventuais efeitos adversos)? Que estratégia de comunicação será implementada?**

## ENQUANTO A VACINA NÃO CHEGA...


COVID-19


Norma 004/2020 atualizada a 14/10/2020 (Revogação da norma 010/2020)

**Critérios de Caso Suspeito de Covid - 19:**

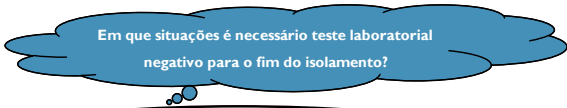
- **Infeção respiratória aguda com pelo menos, um dos seguintes sintomas:**
  - ✓ Tosse (de novo, ou com agravamento do padrão habitual, ou associada a cefaleias ou mialgias);
  - ou**
  - ✓ Febre (temperatura superior ou igual a 38°C), sem outra causa atribuível;
  - ou**
  - ✓ Dispneia/dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível.
- **Anosmia** (perda do olfato), **ageusia** (perda do paladar) ou **disgeusia** (alteração do paladar) de início súbito.

**Fim de isolamento dos casos confirmados (critérios para "alta clínica" ou "cura"):**

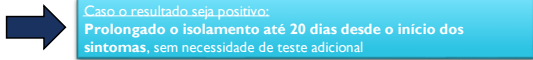
- **Doentes sintomáticos** – passa a não haver necessidade de teste laboratorial negativo, sendo necessário:
  - ✓ **Doença ligeira/moderada:** 10 dias desde o início dos sintomas + ausência de febre durante 3 dias consecutivos + melhoria significativa de sintomas durante 3 dias consecutivos
  - ✓ **Doença grave/crítica:** 20 dias desde o início dos sintomas + ausência de febre durante 3 dias consecutivos + melhoria significativa de sintomas durante 3 dias consecutivos

Anosmia, ageusia e disgeusia podem persistir mesmo depois da alta e não a invalidam

- **Doentes assintomáticos** – passa a não haver necessidade de teste laboratorial negativo, sendo necessário: 10 dias após realização do teste laboratorial positivo



- **Profissionais de saúde ou prestadores de cuidados de elevada proximidade que iniciam atividade após o fim do isolamento** (prestação de cuidados de higiene pessoal, alimentação ou outros, que impliquem contacto físico direto a uma distância inferior a 2m durante mais de 15 minutos);
- **Doentes que vão ser admitidos em ERPI, unidades da RNCC, paliativos ou semelhantes**
- **Necessidade de transferência intra-hospitalar para áreas não dedicadas a doentes Covid19.**



Nos 90 dias após diagnóstico de infeção não deve ser realizado novo teste a não ser:

- Sintomas + contacto de alto risco (com caso confirmado nos últimos 14 dias) + não haja diagnóstico alternativo
- Sintomas + situações clínicas de imunodepressão.

**Isolamento profilático dos contactos próximos de alto risco:**

- **Mantém-se 14 dias desde a data do último contacto com o caso confirmado;**
- **Boas condições de isolamento do caso confirmado** (coabitantes permanecem em isolamento profilático 14 dias desde o último contacto);
- **Sem condições de isolamento do caso confirmado** (coabitantes permanecem em isolamento profilático 14 dias desde a alta clínica/cura do caso confirmado)

17

COVID-19



Orientação 027/2020

**Procedimentos nos Transportes Públicos**



18

**Medidas Gerais para Transportes Públicos Coletivos e Individuais: Trabalhadores**

1. As medidas a adotar pelos trabalhadores incluem:

- Procurar informação devida e apropriada sobre a COVID-19, as suas principais formas de transmissão, as medidas preventivas adequadas e como cumprir as mesmas;
- Procurar aconselhamento técnico se necessário, relativamente ao Plano de Contingência e procedimentos a adotar nas diversas situações;
- Garantir individualmente o cumprimento das regras de etiqueta respiratória (Anexo I), da lavagem correta das mãos (Anexo II) e do distanciamento físico recomendado;
- Abster-se de ir trabalhar, avisando a empresa, no caso de apresentar sintomas sugestivos de infeção respiratória (tosse, febre, falta de ar, etc.), mantendo-se em recolhimento de acordo com as recomendações médicas ou orientações da DGS, cumprindo as disposições legais da organização do trabalho e ausências associadas;

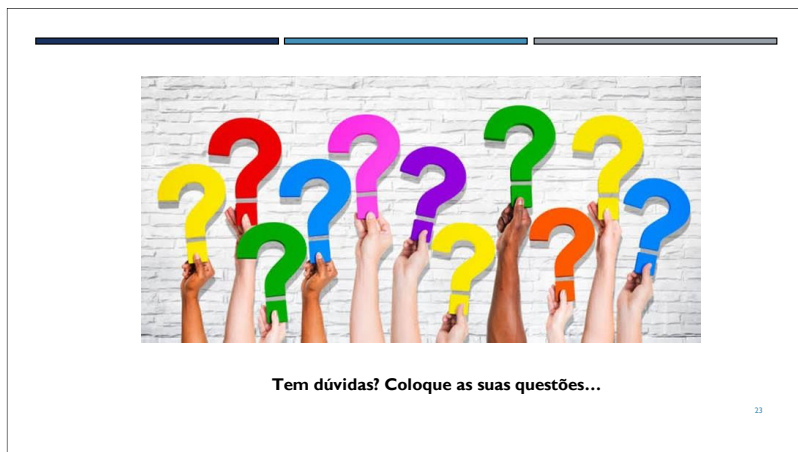



19


- Cumprir as recomendações de segurança e procedimentos previstos no Plano de Contingência e reportar, à empresa ou às entidades competentes, situações de incumprimento que possam condicionar perigo para a Saúde Pública;
- Respeitar as medidas de proteção individual propostas, conforme descrito no Plano de Contingência da empresa, na Orientação 019/2020 "Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não-Profissionais de Saúde", da DGS, na Orientação 014/2020 "Limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares", da DGS e na legislação em vigor, das quais se salienta:
  - Os trabalhadores com exposição ao público ou que partilhem o mesmo espaço com outros trabalhadores devem utilizar máscara facial, preferencialmente cirúrgica;
- Respeitar as indicações de quarentena ou isolamento determinadas pelas entidades competentes.




20




**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
 8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA





## CAPACITAR PARA CUIDAR PERANTE A PANDEMIA SARS-COV-2

Intervenção de enfermagem comunitária ao cuidador formal

Mestrando: Rui Coelho  
 Orientadora científica: Prof.ª Dr.ª Irene Santos  
 Orientadora clínica: Isabel Nunes

24 de novembro de 2020

ANEXO XX– PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2

**Temática da sessão:** Presente e futuro da SARS-CoV-2 e promoção da saúde mental em tempos de pandemia.

**Data:** /11/2020

**Hora:** 15h30

**Duração:** 1h

**Local:** instalações da

**Destinatários:** cuidadores formais do

### **Objetivo geral:**

- Contribuir para o aumento do nível de Literacia em Saúde sobre SARS-CoV-2.


### **Objetivos específicos:**


- Responder aos pedidos colocados;
- Sensibilização e reconhecimento das medidas relativas ao estado de emergência, nomeadamente no concelho no qual exercem funções;
- Reconhecimento da informação mais atual acerca da vacinação contra o Vírus SARS-CoV-2 e das estratégias (previstas e já definidas) para a sua execução;
- Reconhecimento dos critérios de alta clínica e fim das medidas de isolamento;
- Capacitação para a utilização correta de transportes públicos;
- Reflexão sobre os fatores que afetam a saúde mental;
- Identificação e aconselhamento acerca de estratégias para a promoção de uma boa saúde mental.

### **Avaliação:**

- Índice de atenção e participação percecionados; média de respostas às questões da Escala tipo Likert elaborada; análise dos conteúdos do item de resposta aberta.

Fase	Conteúdos	Método	Duração	Recursos Materiais
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever objetivos da sessão;</li> <li>- Revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior.</li> </ul>	Expositivo	10´	Computador e retroprojeter.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de emergência e sua renovação: a realidade do concelho de Odivelas.</li> <li>- Vacinação contra o vírus SARS-CoV-2: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das principais notícias;</li> <li>• Estratégias previstas e já definidas.</li> </ul> </li> <li>- Critérios de alta clínica e fim das medidas de isolamento (Norma 004/2020).</li> <li>- Procedimentos nos transportes públicos (Orientação 027/2020).</li> <li>- Saúde mental em tempo de pandemia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores que podem levar à sobrecarga e exaustão;</li> <li>• Estratégias para uma boa saúde mental.</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo e interativo, com recurso ao <i>brainstorming</i> e participação ativa.	35´	Computador, retroprojeter e colunas de som.
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.</li> </ul>	Interativo e prático	15´	Questionário de avaliação da SES 2; caneta ou lápis.


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
 8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA


 LCC  
 Saúde sem Limites


# CAPACITAR PARA CUIDAR PERANTE A PANDEMIA SARS-COV-2

Intervenção de enfermagem comunitária ao cuidador formal

Mestrando: Rui Coelho  
 Orientadora científica: Prof.ª Dr.ª Irene Santos  
 Orientadora clínica: Isabel Nunes

16 de novembro de 2020


## Esclarecendo conceitos...



Covid 19 é o nome da Doença  
**COVID - 19**  
**Coronavirus**  
**Doença 2019**  
 SARS-Cov-2 é o vírus que a transmite  
 A transmissão pessoa a pessoa foi confirmada.

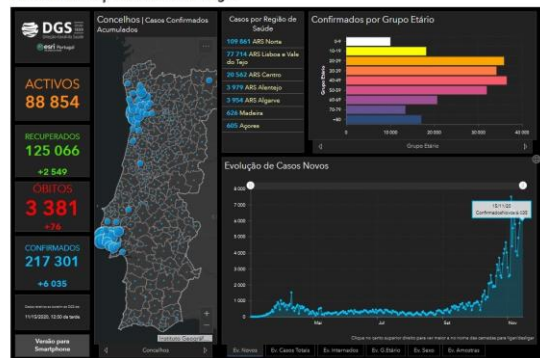
2

## VIVEMOS A MAIOR PANDEMIA DOS ÚLTIMOS 100 ANOS... O MUNDO APRESSA-SE POR ENCONTRAR UMA CURA E PARAR ESTA DOENÇA..



3

## Ponto de Situação Atual em Portugal



**DGS**  
**ACTIVOS** 88 854  
**RECUPERADOS** 125 066  
**ÓBITOS** 3 381  
**CONFIRMADOS** 217 301

**Concelhos** Casos Confirmados  
 109 631 ARL Alentejo  
 77 714 ARL Lisboa e Vale do Tejo  
 29 143 ARL Centro  
 3 219 ARL Alentejo  
 3 704 ARL Algarve  
 624 Madeira  
 600 Açores

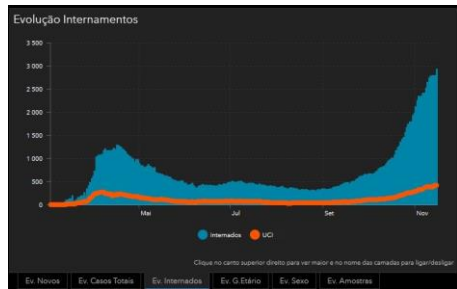
**Casos por Região de Saúde**  
 241  
 1000  
 2000  
 3000  
 4000  
 5000  
 6000  
 7000  
 8000  
 9000  
 10000

**Confirmados por Grupo Etário**  
 0 10000 20000 30000 40000

**Evolução de Casos Novos**  
 0 1000 2000 3000 4000 5000 6000 7000 8000 9000 10000

11/10/2020, 10:30 de manhã  
 Ver mais sobre SmartPhone

4



5

### PERÍODO DE INCUBAÇÃO DO VÍRUS SARS-COV-2

Ficar em casa e ligar



Se caso suspeito de COVID-19



#### Quarentena

Medida de afastamento social, utilizada em **pessoas que se pressupõem serem saudáveis**, mas possam ter estado em contato com um doente infetado.

#### Isolamento

Medida de afastamento social utilizada em **pessoas doentes (COVID-19)**, para que através do afastamento social não contagem outras pessoas.

6

## COVID-19 OS SINAIS E SINTOMAS VARIAM EM GRAVIDADE...

### Ausência de sintomas

A pessoa está infetada com o vírus SARS-Cov-2

Transmite a doença, mas não apresenta sintomas.

### Sintomas ligeiros

Febre (> 37,9°)

- Tosse
- Dor garganta
- Cansaço
- Dores musculares
- Perda de olfato
- Perda de paladar

### Sintomas graves

- Pneumonia grave
- Síndrome Respiratória grave
- Septicémia
- Morte

7

## COMO SE PODE TRANSMITIR ESTE VÍRUS ?

### Transmissão Direta

Pessoa a pessoa por contato próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2

A transmissão ocorre através de gotículas que são libertadas pelo nariz ou boca de pessoas infetadas quando tosse ou espirram e que podem atingir diretamente a boca, nariz e olhos de quem estiver próximo

### Transmissão Indireta

Pelo contato com objetos e superfícies contaminadas pelos SARS-CoV-2

As gotículas podem depositase nos objetos e superfícies e infetar outras pessoas quando tocam com as mãos nestes objetos ou superfícies, tocando depois nos seus olhos, nariz ou boca.

8

## COMO POSSO PREVENIR A TRANSMISSÃO?

O que deve ser feito no dia-a-dia?

Particularmente, atente para o seguinte:



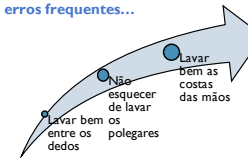
9

## MEDIDAS DE HIGIENE

### Higiene das mãos

- Várias vezes ao longo do dia
  - Quantidade (diversos momentos)
  - Qualidade (técnica de lavagem correta)
- Remover anéis, pulseiras e relógios
- Lavar durante 20 segundos
- Com água e sabão preferencialmente, como segunda escolha, álcool a 70°

### 3 erros frequentes...



## LAVAGEM DAS MÃOS

Duração total do procedimento: 20 segundos



10

PUB  
INSTITUCIONAL



11

E a desinfecção dos objetos e superfícies?



12



13



14

## MEDIDAS DE ETIQUETA RESPIRATÓRIA (DGS, 2020)

### NOVO CORONAVÍRUS COVID-19

#### Porque é tão importante?

Quando **TOSSE**, **ESPIRRA** ou **FALA**, liberta **GOTÍCULAS**, **SECREÇÕES** OU **AEROSSÓIS** que podem ser **INSPIRADOS** por outras pessoas ou **DEPOSITAR-SE** em objetos e superfícies que o rodeiam.

Com medidas de etiqueta respiratória consegue **PROTEGER AS OUTRAS PESSOAS**.



EM CASO DE SINTOMAS, LIGUE: **SNS 24** 808 24 24 24



### NOVO CORONAVÍRUS COVID-19

#### Medidas de etiqueta respiratória

Ao **TOSSIR** ou **ESPIRRAR** não use as mãos, elas são um dos principais vetores de transmissão da doença. Use um **LENÇO DE PAPEL** ou o **ANTEBRAÇO**.



**DEITE O LENÇO AO LIXO** e **LAVE** sempre as mãos a seguir a tossir ou espirrar.

EM CASO DE SINTOMAS, LIGUE: **SNS 24** 808 24 24 24



15

- Utilizar e gerir sem desperdício os equipamentos de proteção individual (EPI).
- Os EPI só são eficazes se utilizados corretamente.
- Utilize sempre a máscara de proteção. Proteja-se a si e aos outros!
- Um grande número de contágios ocorre nos momentos de convívio, nas refeições e pausas.
- Areje e ventile os espaços interiores sempre que possível.
- Lave e desinfete as mãos antes de tocar no rosto ou na máscara.

16

- Mantenha a distância de segurança.
- Conte 3 passos (1,5 a 2 metros).
- Prevenção e proteção adequada nas 24h dos 7 dias da semana.
- Evite aglomerações de pessoas.
- Esclareça as suas dúvidas com profissionais habilitados.
- Divulgue e promova as boas práticas.

**Tem dúvidas? Coloque as suas questões...**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

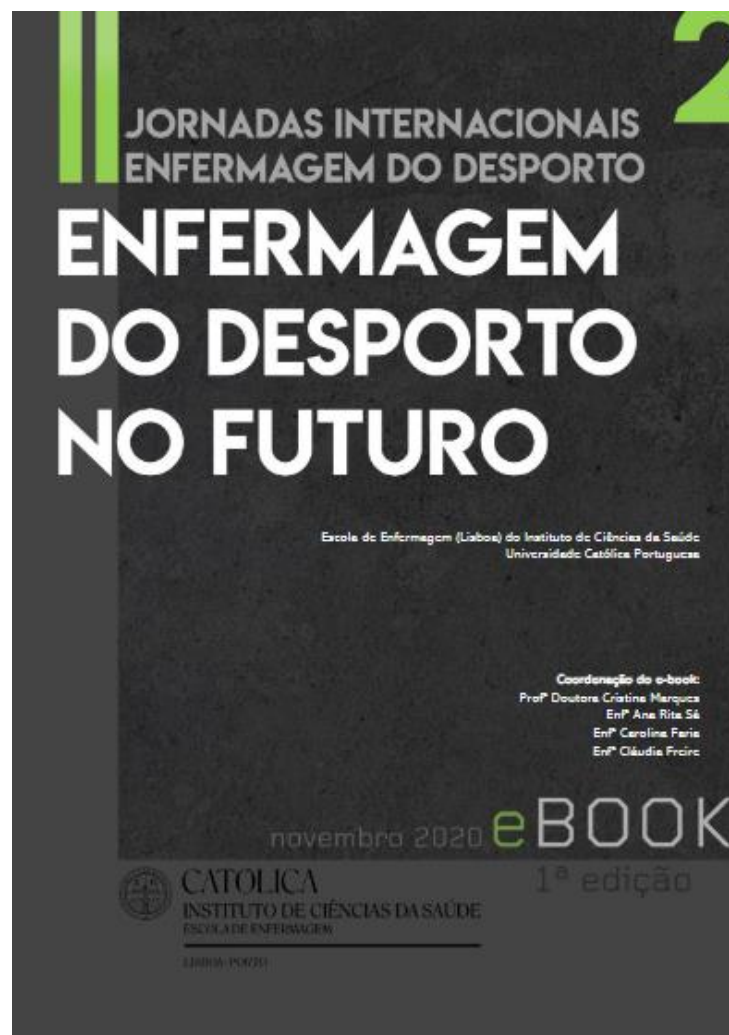
**CAPACITAR PARA CUIDAR PERANTE A PANDEMIA SARS-COV-2**  
 Intervenção de enfermagem comunitária ao cuidador formal

Mestrando: Rui Coelho  
 Orientadora científica: Prof.ª Dr.ª Irene Santos  
 Orientadora clínica: Isabel Nunes

16 de novembro de 2020

ANEXO XXI – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO FINAL

**COMUNICAÇÃO LIVRE APRESENTADA NAS II JORNADAS DO DESPORTO NO FUTURO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM  
(LISBOA) – INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA**



## INOVAR EM TEMPO DE PANDEMIA: ATIVIDADE FÍSICA PARA TODOS

Ana Margarida Poças de Freitas Rato Coelho. anrato@gmail.com – enfermeira no CHULN  
 Chella Martins Clemente. chella.clemente@arsivt.mn-saude.pt – médica interna MGF na USF São João da Talha  
 Janete Soraia Coelho Guimarães. janete.guimaraes@arsivt.mn-saude.pt – médica interna MGF na USF São João da Talha  
 Rui Manuel Pereira Alves Coelho. rul.p.coelho@arsivt.mn-saude.pt – enfermeiro na USF São João da Talha

**Introdução:** O envelhecimento da população portuguesa é atualmente um dos principais fenómenos demográficos e sociais, com impacto, não apenas nos serviços de saúde, mas também nos restantes setores. É assim essencial intervir na promoção da mudança das práticas e políticas relacionadas com o envelhecimento, com o fim de melhorar a saúde e a qualidade de vida, nomeadamente através de um envelhecimento ativo (Pires, 2020).

A situação atual de pandemia veio, no entanto, alterar o paradigma de atuação. Para uma resposta a este desafio, são necessárias a definição de estratégias de Saúde Pública, nas quais está incluída a promoção e proteção da saúde de grupos populacionais específicos, desde a infância ao envelhecimento. De forma a serem concretizadas, é essencial a sua articulação com os setores e atores sociais, destacando-se as autarquias, em colaboração com as instituições de saúde, e a partilha de informação credível (Sakellarides & Araújo, 2020).

Foi assim criado um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de aumentar a literacia em saúde e promover a atividade física a nível comunitário, cumprindo as orientações impostas no contexto pandémico.

**Metodologia:** Realização de um projeto de intervenção comunitária, dando continuidade ao projeto "Walk with a Doc – São João da Talha", iniciado em 2018. O mesmo conjugava exercício físico com aulas abertas à população com mais de 50 anos. De forma a cumprir as orientações de prevenção contra a SARS-CoV-2, o mesmo foi reformulado. Surgiu assim em outubro o projeto "Talk with a Doc"; com *webinars* e conteúdos de saúde na rede social Facebook.

**Resultados:** Realizado até ao momento um *webinar*, centrado no esclarecimento acerca da SARS-CoV-2 e gripe, com feedback positivo. Foram estabelecidas parcerias com a Junta de Freguesia e uma empresa de produção audiovisual, o que possibilitou gravações num espaço próprio e com melhor qualidade, permitindo que os conteúdos fiquem disponíveis online e assim mais acessíveis à população. Na próxima sessão, está previsto abordar a promoção da atividade física de forma segura, cumprindo as orientações

impostas no contexto atual.

**Discussão:** O futuro dos cuidados de saúde primários passa por uma maior abertura à comunidade. Com este projeto, pretende-se colmatar as lacunas já sentidas e identificadas na comunidade, promovendo a saúde e um envelhecimento ativo e saudável de uma forma adaptada a um período em que o contacto com a comunidade está limitado. A bibliografia corrobora como essencial um cuidado qualificado e seguro, bem como a alteração das ações face aos idosos (Hammerschmid & Santana, 2020). Este aspeto também já estava previsto na ENEAS 2017-2025 (DGS, 2017), no incentivo ao desenvolvimento e à utilização racional da tecnologia para a capacitação funcional dos idosos.

**Conclusões:** O enfermeiro de família tem o desafio de sair da sua área de conforto, quebrar barreiras de acessibilidade e promover ativamente a saúde da comunidade. No contexto atual de pandemia, a promoção da atividade física, em especial na população sénior, acaba por ser negligenciada, pelo que este projeto, multidisciplinar, possível de ser replicado, é essencial para colmatar essa necessidade e contribuir para um futuro mais saudável.

**Descritores:** "Saúde Pública"; "Educação em Saúde"; "Exercício Físico"; "Idoso"; "Public Health"; "Health Education"; "Exercise"; "Aged"

### Referências:

- DGS (2017). Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 – Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (despacho nº 12427/2016). Direção Geral da Saúde.
- - Hammerschmid, K. S. A., Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
- - Pires, D. F. (2020). Prevenção Primordial, Envelhecimento Ativo e Reforma Faseada: Um triângulo Saudável?. *Gazeta Médica*, janeiro-março 1(7): 4-6. Disponível em: <https://doi.org/10.29315/gm.v7i1.275>
- - Sakellarides, C., Araújo, F. (2020). Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. *Acta Médica Porto*, julho-agosto, 33(7-8): 456-458. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.14130>

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DO DESPORTO**

23 NOV 2020 Universidade Católica Portuguesa Lisboa

A Enfermagem do Desporto no Futuro  
 A Enfermagem do Desporto no diferentes Contextos  
 As particularidades do Diagnóstico, Intervenção e Resultados de Enfermagem do Desporto

edição online!

**Inovar em Tempo de Pandemia – Atividade Física para Todos**  
 Ana Coelho; Cheila Clemente; Janete Guimarães; Rui Coelho

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS ENFERMAGEM DO DESPORTO**  
 A Enfermagem do Desporto no Futuro

edição online!

Desafios de Saúde Pública para o Séc. XXI

Mudança de práticas

Envelhecimento populacional

Mudança de políticas

Envelhecimento Ativo

(Miranda, Neto, Magalhães & Pessoa, 2019; Pires, 2020)

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS ENFERMAGEM DO DESPORTO**  
 A Enfermagem do Desporto no Futuro

edição online!

Vivemos a maior pandemia dos últimos 100 anos... O mundo apressa-se por encontrar uma cura e parar esta doença...

**Estratégias de Saúde Pública:**

- Promoção e proteção da saúde de grupos populacionais específicos (incluindo os idosos);
- Articulação com os setores e atores sociais;
- Partilha de informação credível.

(Sakellariou & Araújo, 2020)

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS ENFERMAGEM DO DESPORTO**  
 A Enfermagem do Desporto no Futuro

edição online!

**Resposta:**

Projeto de Intervenção Comunitária

**OBJETIVO**

Aumentar a Literacia em Saúde + Promover a atividade física

Normas e orientações de prevenção do Vírus SARS-CoV-2

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS ENFERMAGEM DO DESPORTO**  
A Enfermagem do Desporto no Futuro

**Metodologia**

Walkpoc

“Consulta de Atividade Física”

Talk with a DOC

TALK WITH A DOC - São João da Talha  
Site de saúde e bem-estar

Enviar e-mail

5

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS ENFERMAGEM DO DESPORTO**  
A Enfermagem do Desporto no Futuro

**Resultados**

WEBINAR  
**GRIPE & COVID-19**  
Os mitos, as dúvidas e as respostas!

SEG, 26/10 ÀS 15:30 UTC  
WEBINAR - Gripe e COVID-19: Mitos e questões

COM INTERESSE

6

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS ENFERMAGEM DO DESPORTO**  
A Enfermagem do Desporto no Futuro

**Discussão**

Cuidado qualificado e seguro

Alteração das ações face aos idosos

Incentivo ao desenvolvimento e à utilização racional da tecnologia para a capacitação funcional dos idosos.

Promoção da Saúde e Envelhecimento ativo e saudável

Adaptação ao contexto de pandemia

(DCS, 2017; Hammerschmid & Santoro, 2020)

7

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS ENFERMAGEM DO DESPORTO**  
A Enfermagem do Desporto no Futuro

**Conclusões**

Quebrar barreiras de acessibilidade

Promoção ativa da saúde na comunidade

Envelhecimento ativo

Atividade Física

Futuro Saudável

8

**edição online!**

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS  
ENFERMAGEM DO DESPORTO  
A Enfermagem do Desporto no Futuro**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- DGS (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 – Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (despachonº 12427/2016)*, Direção Geral da Saúde.
- Hammerschmidt K. S. A., Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
- Miranda, J., Neto, J., Magalhães, J., Pessoa, V. (2019). Desafios da saúde pública no século XXI. *Políticas, Sistemas e Serviços de Saúde – 5º Congresso de Medicina Tropical*, 18. Disponível em: <https://doi.org/10.25761/anaism348>
- Pires, D. F. (2020). Prevenção Primordial, Envelhecimento Ativo e Reforma Faseada Um triângulo Saudável? *Gazeta Médica*, janeiro-março 1(7): 4-6. Disponível em: <https://doi.org/10.29315/gmv.71.275>
- Sakellarides C., Araújo, F. (2020). Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal Contribuições da Experiência Internacional *Acta Médica Porto*, julho-agosto, 33(7-8): 456-458. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.14130>

9

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**II JORNADAS INTERNACIONAIS DE  
ENFERMAGEM  
DO DESPORTO**

**23 NOV 2020**  
**Universidade Católica  
Portuguesa Lisboa**

- A Enfermagem do Desporto no Futuro
- A Enfermagem do Desporto no diferentes Contextos
- As particularidades do Diagnóstico, intervenção e Resultados de Enfermagem do Desporto

**edição online!**

**Inovar em Tempo de Pandemia – Atividade Física para Todos**  
Ana Coelho; Cheila Clemente; Janete Guimarães; Rui Coelho

**POSTER APRESENTADO NO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM (LISBOA) –  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
PORTUGUESA**

**(VENCEDOR DO 1º PRÉMIO)**



---

**III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**

**27 de novembro 2020**

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

---

**RESUMO - Posters**

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos Posters deve ser enviado para [saude@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:saude@ics.lisboa.ucp.pt) em formato WORD.

Colocar no Assunto do email:

Submissão de Posters – III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

**Título do Poster: CUIDADORES FORMAIS E SUAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PARA  
A SAÚDE: CONHECER NO PRESENTE PARA ATUAR NO FUTURO**

**Autoria(s):** Helena Falcão<sup>1</sup>; Irene Santos<sup>2</sup>; Isabel Fonseca<sup>1</sup>; Rui Coelho<sup>3</sup>

**Afiliação do(s) autor(es):** <sup>1</sup>UCC Odivelas; <sup>2</sup>Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>, Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém; <sup>3</sup>USF São João da Talha – Mestrando do Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém

**Outros dados pessoais:** Rui Coelho (autor principal) – [ru\\_i\\_work@live.com.pt](mailto:ru_i_work@live.com.pt)

**Resumo** (5000 caracteres):

**Introdução:** A definição de cuidador é abrangente, podendo distinguir-se em dois tipos: cuidador formal ou informal. O cuidado informal pode ser definido como aquele que é prestado essencialmente no domicílio, e que é normalmente assumido pela família, amigos ou vizinhos, sendo um cuidado não remunerado (Sequeira, 2018). Por sua vez, o cuidado formal é referente àquele que é prestado por profissionais devidamente qualificados, quer seja ao nível domiciliário e/ou institucional, que têm uma preparação específica para desempenhar esse papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, sendo por isso remunerados (Batista, Almeida & Ancman, 2014; Chambel, 2016; Sequeira, 2018).

Os profissionais devem assim possuir competências para um trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar, bem como conhecimentos, de forma a poderem intervir adequadamente, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam apoiando-os na realização das suas atividades de vida diárias (King et al., 2012; Sequeira, 2018). No entanto, apesar do investimento cada vez maior na formação destes profissionais, ainda há falhas a este nível, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados, pelo que é importante um investimento na formação e na valorização da profissão (Cardoso, 2015; Sousa, 2011).

**Objetivos:** Identificar e mapear quais as necessidades de educação para saúde nos cuidadores formais.

**Materiais e Métodos:** Realizada uma Scoping review, segundo a metodologia de *The Joanna Briggs Institute*. Foi assim utilizada uma estratégia de pesquisa composta por três etapas: Partindo da questão “Quais as necessidades de educação para a saúde nos cuidadores formais?”, foi realizada pesquisa na PubMed e EBSCO Host, após a identificação dos descritores MeSH, com a fórmula: “*health personnel*” AND “*needs assessment*” AND “*health education*” e posterior análise das referências dos artigos incluídos. Definiram-se com critérios de inclusão artigos referentes a cuidadores formais, que não fossem exclusivamente enfermeiros ou médicos. A pesquisa foi limitada a *free full text*, inglês, e temporalmente entre [2015-2020]. Foram obtidos 537 resultados, sendo a amostra final de 4 artigos.

**Resultados:** A análise dos 4 artigos incluídos, permitiu identificar como principal necessidade de educação para a saúde nos cuidadores formais a de suporte à saúde física e mental, incluindo o bem-estar psicológico (Ayanian, 2020; Blake, Bermingham, Johnson & Tabner, 2020) e o apoio espiritual, tal como a estimulação para a reflexão sobre as próprias necessidades dos cuidadores (Roen, Stifoss-Hanssen, Grande, Kaasa, Sand & Knudsen, 2019). Este fator está intimamente relacionado com a pandemia associada à SARS-CoV-2 e é fundamentalmente direcionado para aqueles que cuidam de pessoas infetadas com o vírus.

Foi ainda identificada como premente a formação contínua (Gaspard & Yang, 2016; Roen et al., 2019), sendo que os últimos autores enfatizam a referente aos cuidados habitualmente prestados, bem como à comunicação.

Para além destas, foi ainda identificada a necessidade de haver um envolvimento de profissionais de saúde certificados e a existência e fácil acessibilidade a documentação organizada acerca dos cuidados que diariamente prestam (Roen et al., 2019).

**Conclusão:** A evidência revela que o apoio para a aquisição e manutenção de uma saúde mental saudável é a necessidade mais premente dos cuidadores formais, incluindo o bem-estar psicológico e espiritual, sabendo identificar as próprias necessidades para evitar a sobrecarga e *burnout*. Tal fato surge associado à situação pandémica que se vive a nível mundial que veio alterar de forma muito significativa todos os comportamentos e forma de estar, viver e agir em sociedade.

Do mesmo modo, a formação surge como outra necessidade importante, incluindo a relativa aos cuidados prestados no quotidiano, tendo-se verificado que a existência de documentação científica relativa aos mesmos se assume como um fator importante. Tal vai ao encontro do que é referido na bibliografia, que salienta ainda, entre outros, a falta de recursos humanos e materiais e uma excessiva carga de trabalho como fatores que podem influenciar negativamente a prestação de cuidados.

Por tudo isto, é essencial que haja o envolvimento de profissionais de saúde qualificados, outra necessidade identificada, que possam atuar no sentido de colmatar todas essas necessidades, nomeadamente através do aumento da literacia em saúde investindo em ações de educação para a saúde, particularmente no que se refere aos cuidados não só a doentes com SARS-CoV-2 mas essencialmente para a sua prevenção, contribuindo assim para o controlo da infeção.

## Referências Bibliográficas:

- Ayanian, J. Z. (2020). Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Network*. Disponível em: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764228> (accessed on 17 April 2020).
- Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., & Ancman, S. (2014). Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 17:4, 879-885.
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17:2997. Disponível em: [10.3390/ijerph17092997](https://doi.org/10.3390/ijerph17092997).
- Cardoso, A. S. S. (2015). “Cuidar para apessoar”: proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para ajudantes de ação direta que trabalham em respostas sociais para a população idosa. *Dissertação de Mestrado*. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/10941](http://hdl.handle.net/10071/10941).
- Chambel, D. A. A. (2016). Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. *Dissertação de Mestrado Cuidadores Formais De Idosos Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional*. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em: <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20idosos%20institucionalizados%20An%C3%A1lises%20dos%20Niveis%20de%20Sobrecarga%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf>.
- Gaspard, J. & Yang, C. (2016). Training needs assessment of health care professionals in a developing country: the example of Saint Lucia. *BMC Medical Education*. 16:112. Disponível em: [10.1186/s12909-016-0638-9](https://doi.org/10.1186/s12909-016-0638-9).
- King, R. B., Hartke, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B. S., & Raad, J. (2012). A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 37(5): 231–243. <https://doi.org/10.1002/rnj.039>.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. (2ªed). Lisboa, Portugal: Lidel.

- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncipeia.
- Roen, I., Stifoss-Hanssen, H., Grande, G., Kaasa, S., Sand, K., & Knudsen, A. K. (2019). Supporting carers: health care professionals in need of system improvements and education - a qualitative study. *BMC Palliative Care*. 18:58. Disponível em: [10.1186/s12904-019-0444-3](https://doi.org/10.1186/s12904-019-0444-3).



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

## III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

# ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

### CUIDADORES FORMAIS E SUAS NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONHECER NO PRESENTE PARA ATUAR NO FUTURO

Helena Falcão<sup>1</sup>; Irene Santos<sup>2</sup>; Isabel Fonseca<sup>1</sup>; Rui Coelho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UCC Odivelas; <sup>2</sup>Prof.ª Dr.ª, Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém; <sup>3</sup>USF São João da Talha – Mestrado do Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém

**Introdução:** A definição de cuidador é abrangente, podendo distinguir-se em dois tipos: cuidador formal ou informal. O cuidado informal pode ser definido como aquele que é prestado essencialmente no domicílio, e que é normalmente assumido pela família, amigos ou vizinhos, sendo um cuidado não remunerado (Sequeira, 2018). Por sua vez, o cuidado formal é referente àquele que é prestado por profissionais devidamente qualificados, quer seja ao nível domiciliário e/ou institucional, que têm uma preparação específica para desempenhar esse papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, sendo por isso remunerados (Batista, Almeida & Ancman, 2014; Chambel, 2016; Sequeira, 2018).

Os profissionais devem assim possuir competências para um trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar, bem como conhecimentos, de forma a poderem intervir adequadamente, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam apoiando-os na realização das suas atividades de vida diárias (King et al., 2012; Sequeira, 2018). No entanto, apesar do investimento cada vez maior na formação destes profissionais, ainda há falhas a este nível, o que afeta a qualidade dos cuidados prestados, pelo que é importante um investimento na formação e na valorização da profissão (Cardoso, 2015; Sousa, 2011).

#### Objetivos:

Identificar e mapear quais as necessidades de educação para saúde nos cuidadores formais.

#### Metodologia:



“Quais as necessidades de educação para a saúde nos cuidadores formais?”

“health personnel”  
AND “needs  
assessment” AND  
“health education”

Descritores MeSH

Pesquisa PubMed  
e EBSCO Host

Cuidadores formais,  
não exclusivamente  
enfermeiros ou  
médicos

Critérios Inclusão

Free full text,  
inglês, [2015-2020]

537  
resultados

Amostra final: 4 artigos

#### Resultados:

Suporte à saúde física e  
mental (incluindo bem-estar  
psicológico, apoio espiritual e  
estimulação para a reflexão  
sobre as próprias  
necessidades dos cuidadores)

(Ayanian, 2020; Blake, Bermingham, Johnson & Tabner, 2020; Roen, Siffoss-Hansen, Grande, Koosa, Sand & Knudsen, 2019)

Formação contínua  
(ênfase na referente  
aos cuidados  
prestados  
habitualmente e  
comunicação)

(Gospard & Yang, 2016; Roen et al., 2019)

Envolvimento  
de  
profissionais  
de saúde  
certificados

(Roen et al., 2019)

Fácil acessibilidade  
a documentação  
organizada sobre  
os cuidados  
prestados  
diariamente

(Roen et al., 2019)

**Conclusão:** A evidência revela que o apoio para a aquisição e manutenção de uma saúde mental saudável é a necessidade mais premente dos cuidadores formais, incluindo o bem-estar psicológico e espiritual, sabendo identificar as próprias necessidades para evitar a sobrecarga e *burnout*. Tal fato surge associado à situação pandémica que se vive a nível mundial que veio alterar de forma muito significativa todos os comportamentos e forma de estar, viver e agir em sociedade.

Do mesmo modo, a formação surge como outra necessidade importante, incluindo a relativa aos cuidados prestados no quotidiano, tendo-se verificado que a existência de documentação científica relativa aos mesmos se assume como um fator importante. Tal vai ao encontro do que é referido na bibliografia, que salienta ainda, entre outros, a falta de recursos humanos e materiais e uma excessiva carga de trabalho como fatores que podem influenciar negativamente a prestação de cuidados.

Por tudo isto, é essencial que haja o envolvimento de profissionais de saúde qualificados, outra necessidade identificada, que possam atuar no sentido de colmatar todas essas necessidades, nomeadamente através do aumento da literacia em saúde investindo em ações de educação para a saúde, particularmente no que se refere aos cuidados não só a doentes com SARS-CoV-2 mas essencialmente para a sua prevenção, contribuindo assim para o controlo da infeção.

#### Referências Bibliográficas:

- Ayanian, J. Z. (2020). Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Network*. Disponível em: <https://jamanetwork.com/channel/health-forum/fullarticle/2764228> (accessed on 17 April 2020).
- Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., Ancman, S. (2014). Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 879-885.
- Blake, M., Bermingham, F., Johnson, G., Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2097). Disponível em: [10.3390/ijerph17022097](https://doi.org/10.3390/ijerph17022097).
- Cardoso, A. S. S. (2015). “Cuidar para aprender”: proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para ajudantes de ação direta que trabalham em respostas sociais para a população idosa. *Dissertação de Mestrado*. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/10941>.
- Chambel, D. A. A. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados: Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais*. Dissertação de Mestrado *Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional*. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em: <https://comum.ccap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20idosos%20institucionalizados%20e%20a%20sa%20de%20os%20cuidadores%20formais.pdf>.
- Gospard, J., Yang, C. (2016). Training needs assessment of health care professionals in a developing country: the example of Saint Lucia. *BMC Medical Education*, 16(112). Disponível em: [10.1186/s12909-016-0638-9](https://doi.org/10.1186/s12909-016-0638-9).
- King, R. B., Harbin, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Petersen, B. S., & Reed, J. (2012). A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 37(5), 231-243. <https://doi.org/10.1002/rn.698>.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Thes). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Principia.
- Roen, L., Siffoss-Hansen, H., Grande, G., Koosa, S., Sand, R., Knudsen, A. K. (2019). Supporting carers: health care professionals in need of system improvements and education - a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 18(S8). Disponível em: [10.1186/s12904-019-0444-3](https://doi.org/10.1186/s12904-019-0444-3).

**PROJETO DESENVOLVIDO EM CO-AUTORIA NO CONTEXTO  
PROFISSIONAL: 'TALK WITH A DOC'**

