

## **Capacitar Para Melhor Cuidar**

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

**Mónica Cristina Silva  
Duarte**

## **Capacitar Para Melhor Cuidar**

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

**Mónica Cristina Silva  
Duarte**

**Orientador(es)  
Doutora Irene Santos  
Mestre Olímpia Cruz**

*“A cada um peço que se centre nas forças da vida,  
na mobilização dos recursos vitais,  
respeitando o indivíduo e a humanidade  
para promover os cuidados e promover a vida”.*

**Collière, 1999**

## AGRADECIMENTOS

A todos os que de forma direta ou indireta contribuíram no caminho percorrido, que levou à concretização deste relatório:

- ✓ Às Professoras Doutora Irene Santos e Mestre Olímpia Cruz orientadoras deste documento, pela sua partilha de conhecimentos, apoio prestado e serenidade transmitida;
- ✓ À Professora Doutora Rosário Machado, orientadora do estágio e da primeira fase deste relatório, pelo seu saber, experiência, aconselhamento e disponibilidade fornecida;
- ✓ Ao Professor Doutor José Amendoeira pela ajuda fornecida à realização da revisão sistemática de literatura;
- ✓ À Enfermeira Especialista Fátima Neves, pelo auxílio e presença constante durante todas as intervenções desenvolvidas em contexto de estágio e acompanhamento das atividades académicas;
- ✓ À Equipa da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho de Caldas da Rainha, pela recetividade e acolhimento;
- ✓ À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Liliana Sobral, pela colaboração nas atividades de intervenção prática incluídas no projeto.
- ✓ Aos diretores técnicos das IPSS que integraram o projeto de estágio, Trindade Pedro, Ângela Vicente e Mário Leal, pela disponibilidade, interesse e colaboração oferecidas;
- ✓ A todas as Ajudantes de Ação Direta que participaram no projeto e partilharam as suas experiências;
- ✓ Ao meu marido, pelo incentivo, apoio e paciência que sempre demonstrou;
- ✓ À minha família, pela compreensão do tempo em que não estive presente e motivação para ultrapassar os momentos de maior dificuldade;
- ✓ Às colegas de Mestrado, Daniela Nazário e Susana Alves por todo o apoio e incentivo que me ofereceram em todo este percurso.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AAD- Ajudante de Ação Direta

ACES ON- Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte

ANQEP- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BCG- Vacina contra a tuberculose

CNQ- Catálogo Nacional das Qualificações

Dec. Lei- Decreto-Lei

DGS- Direção Geral da Saúde

DNO- Doença de Notificação Obrigatória

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf<sup>a</sup>- Enfermeira

Ex.- exemplo

f.- folha

GEP- Gabinete de Estratégia e Planeamento

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

Km- quilómetros

N<sup>o</sup>/n<sup>o</sup>- número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNSPI- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

1<sup>a</sup>/1<sup>o</sup>- primeira/primeiro

2<sup>a</sup>/2<sup>o</sup>- segunda/segundo

RCEEEECSP- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

RSL- Revisão Sistemática de Literatura

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SBV- Suporte Básico de Vida

UP- Úlcera de pressão

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP- Unidade de Saúde Pública

%- percentagem/por cento

## RESUMO

### CAPACITAR PARA MELHOR CUIDAR

A responsabilidade de cuidar do idoso dependente cabe à família que, na impossibilidade de assegurar estes cuidados, recorre aos cuidadores formais.

No intuito de intervir com Ajudantes de Ação Direta, procedeu-se ao diagnóstico das necessidades formativas através de entrevistas.

O projeto “**Capacitar Para Melhor Cuidar**” teve como objetivo capacitar Ajudantes de Ação Direta nos cuidados de higiene e conforto ao idoso dependente através da promoção do aumento de conhecimentos.

O recurso à revisão sistemática de literatura orientada pela questão: “**Quais as intervenções de enfermagem que promovem a melhoria dos conhecimentos das AAD no cuidado ao idoso dependente?**” evidenciou que estratégias educacionais lideradas por enfermeiros comunitários permitem o aumento de conhecimentos e capacitação dos cuidadores formais.

Foram realizadas sessões de formação teórico-práticas destinadas a 24 Ajudantes de Ação Direta. Avaliou-se melhoria de conhecimentos após término das sessões, contribuindo para a aquisição de competências pessoais e profissionais adequadas ao exercício da sua atividade profissional.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Cuidador formal, Capacitação, Cuidado ao idoso dependente.

## ABSTRACT

### TRAINING FOR BETTER CARE

The responsibility of caring for the elderly dependent on the family, the inability to provide this care, retains the formal caregivers. In order to intervene with direct action helpers, the diagnosis of training needs through interviews.

The project "**Training For Better Care**" was aimed at empowering direct action helpers in hygiene and comfort to the elderly dependent by promoting increased knowledge.

The use of systematic review of the literature guided by the question: "**What are the nursing interventions that promote the improvement of knowledge of direct action helpers in care when elderly dependent?**" showed that educational strategies led by community nurses provide increased knowledge and training of formal caregivers.

Were carried out theoretical and practical training sessions aimed at 24 Deputies of direct action. Assessed knowledge improvement after completion of sessions, contributing to the acquisition of personal and professional skills appropriate to the exercise of your professional activity.

**Keywords:** Nurse, Formal Caregiver, Training, The elderly dependent care

## ÍNDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1- CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
1.1- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....	15
1.2- RESPOSTAS SOCIAIS DE APOIO AO IDOSO.....	16
1.3- CUIDADORES FORMAIS: AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA.....	17
<b>1.3.1- Competências das Ajudantes de Ação Direta</b> .....	19
<b>1.3.2- Formação do Cuidador Formal</b> .....	20
1.3.2.1- Formação de Adultos.....	21
1.4- CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE.....	22
<b>1.4.1- Cuidados de Higiene e Conforto</b> .....	22
1.5- ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR FORMAL.....	23
<b>2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO ACES OESTE NORTE</b> .....	26
2.1- CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO DO ACES OESTE NORTE.....	26
<b>3- PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	29
3.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	29
<b>3.1.1- Um Olhar sobre o Modelo Teórico de Betty Neuman</b> .....	31
<b>3.1.2- Diagnóstico de Enfermagem Comunitário com base no Modelo Teórico de Betty Neuman</b> .....	33
3.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	34
3.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	34

3.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	35
<b>3.4.1- Prática Baseada na Evidência: Recurso à Revisão Sistemática de Literatura.....</b>	<b>36</b>
3.4.1.1- Protocolo de Pesquisa.....	36
3.4.1.2- Análise dos Resultados da Revisão Sistemática de Literatura.....	37
3.5- ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	39
<b>3.5.1- Projeto de Intervenção Comunitário: “Capacitar Para Melhor Cuidar”.....</b>	<b>39</b>
3.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	40
3.7- EXECUÇÃO.....	41
3.8- AVALIAÇÃO.....	44
<b>4- OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>50</b>
<b>5- ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....</b>	<b>52</b>
<b>6- CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>58</b>

## ANEXOS

	<b>f.</b>
<b>ANEXO I-</b> Perfil de Saúde da Região Oeste Norte .....	66
<b>ANEXO II-</b> Guiões de entrevista aos Informantes Chave.....	78
<b>ANEXO III-</b> Carta explicativa e Consentimento Informado.....	83
<b>ANEXO IV-</b> Análise de Conteúdo das Entrevistas.....	86
<b>ANEXO V-</b> Apreciação do grupo populacional segundo Betty Neuman.....	95
<b>ANEXO VI-</b> Cartaz de divulgação do Projeto.....	101
<b>ANEXO VII-</b> Planos das Sessões de Formação.....	103
<b>ANEXO VIII-</b> Protocolo de pesquisa .....	108
<b>ANEXO IX-</b> Projeto de Estágio.....	144
<b>ANEXO X-</b> Ficha de inscrição nas sessões de formação.....	166
<b>ANEXO XI-</b> Representação gráfica dos resultados das fichas de inscrição.....	169
<b>ANEXO XII-</b> Ficha de avaliação de conhecimentos.....	179
<b>ANEXO XIII-</b> Grelha de avaliação pelos formandos.....	181
<b>ANEXO XIV-</b> Grelha de avaliação pelo formador.....	184
<b>ANEXO XV-</b> Registo de assiduidade.....	186
<b>ANEXO XVI-</b> Diapositivos da 1ª sessão de formação.....	188
<b>ANEXO XVII-</b> Diapositivos da 2ª sessão de formação.....	205
<b>ANEXO XVIII-</b> Manual de Apoio.....	218
<b>ANEXO XIX-</b> Notícia no Jornal das Caldas.....	220
<b>ANEXO XX-</b> Póster.....	222
<b>ANEXO XXI-</b> Certificado de Presença.....	224
<b>ANEXO XXII-</b> Diapositivos seminário intercalar.....	226
<b>ANEXO XXIII-</b> Diapositivos seminário final.....	235

## ÍNDICE DE QUADROS

f.

<b>Quadro nº 1-</b> Conteúdos da Sessão de formação 1.....	41
<b>Quadro nº 2-</b> Conteúdos da Sessão de formação 2.....	42
<b>Quadro nº 3-</b> Resultados obtidos pelos formandos nas fichas de avaliação de Conhecimentos.....	44
<b>Quadro nº 4-</b> Avaliação da Sessão de formação: “Cuidados de Higiene e Conforto” .....	46
<b>Quadro nº 5-</b> Avaliação da Sessão de formação: “Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão”.....	47
<b>Quadro nº 6-</b> Indicadores de atividade e indicadores de resultado.....	48

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

f.

**Gráfico nº 1-** Aumento de conhecimentos com a sessão de formação:

“Cuidados de higiene e Conforto” ..... 46

**Gráfico nº 2-** Aumento de conhecimentos com a sessão de formação:

“Posicionamentos, transferências e úlceras de pressão” ..... 47

## ÍNDICE DE FIGURAS

f.

<b>Figura nº 1-</b> Freguesias do Concelho de Caldas da Rainha.....	27
<b>Figura nº 2-</b> Esquema ilustrativo do Modelo de Betty Neuman.....	32

## INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária que decorreu na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACES ON), com a duração de 18 semanas, no período de 30 de Maio a 25 de Novembro de 2016. Conforme preconizado para este estágio, a intervenção na comunidade foi a base para todo o percurso realizado, tendo como finalidade a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Ao longo deste relatório procura-se ir ao encontro dos seguintes objetivos: analisar situações de saúde/doença na comunidade; desenvolver estratégias de intervenção baseadas na melhor evidência com recurso à metodologia científica, através da revisão sistemática de literatura; fundamentar as competências específicas em enfermagem comunitária desenvolvidas; avaliar e criticar os resultados das intervenções de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Em relação aos objetivos pessoais para este relatório, procura-se que este documento traduza o trabalho desenvolvido e que a futura reflexão sobre o mesmo permita reforçar e colocar em prática as competências adquiridas no âmbito da enfermagem comunitária, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção comunitária na Unidade de Saúde onde exerce atividade profissional, de forma a promover uma maior visibilidade da profissão de enfermagem e da sua importância para a obtenção de ganhos em saúde.

A literatura evidencia que as alterações demográficas modificaram a estrutura e a dinâmica da família, levando à necessidade da criação de recursos sociais que substituam ou apoiem os familiares na responsabilidade no cuidado e acompanhamento da pessoa idosa dependente. As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) constituem uma das respostas sociais a este nível, sendo que as Ajudantes de Ação Direta (AAD) possuem um papel essencial na satisfação das mais elementares necessidades humanas básicas.

Constata-se que as AAD não possuem formação ajustada ou adequada para o exercício das funções inerentes à sua atividade de trabalho, o que pode levar ao comprometimento do seu desempenho. Torna-se por isso necessário a aquisição de competências e saberes que assegurem a qualidade dos cuidados prestados (Jacob, 2003). A formação adequada às necessidades reais e sentidas das AAD é um dos meios para melhorar as suas competências e promover a qualidade de serviços fornecidos à pessoa dependente.

Foi no âmbito da temática das necessidades formativas das AAD pertencentes a três IPSS do Concelho de Caldas da Rainha, nomeadamente a Associação Social e Cultural Paradense, Associação Desenvolvimento Social de Salir do Porto e Centro Social Paroquial Nossa Senhora das Mercês que se procedeu ao diagnóstico de enfermagem comunitário, tendo como guia orientador o modelo concetual de Betty Neuman, uma vez que se constitui num modelo dinâmico, flexível e global, e garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

O diagnóstico evidenciou necessidades de formação em várias áreas tendo sido identificadas pelas AAD e diretores técnicos das IPSS através da realização de entrevistas.

A partir do diagnóstico de enfermagem comunitário foi desenvolvido um projeto de intervenção, dirigido às AAD (população alvo), designado “Capacitar para Melhor Cuidar” com o intuito de capacitar este grupo nos cuidados de higiene e conforto através do aumento de conhecimentos relativos ao tema.

As intervenções delineadas neste projeto procuraram basear-se na melhor evidência científica, desenvolvendo-se por isso uma prática baseada na evidência através de uma revisão sistemática de literatura, partindo da questão “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a melhoria dos conhecimentos das AAD no cuidado ao idoso dependente?”

As atividades executadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde e concorreram para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária este deve centrar a sua prática na comunidade, identificar as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), desenvolver programas e projetos de intervenção para a capacitação das comunidades. Assegura ainda o estabelecimento da articulação com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários conducentes a cuidados de saúde eficazes (Regulamento nº 128/2011 da Ordem dos Enfermeiros (OE)).

O relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro é apresentada a concetualização teórica da temática, tendo sido o fio condutor para compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária a realizar. O segundo capítulo diz respeito à contextualização do estágio, onde consta a caracterização da Unidade de Saúde Pública. O terceiro capítulo compreende a metodologia adotada, o planeamento em saúde, onde surge a descrição das várias etapas e a referência ao Modelo Teórico adotado que permitiu caracterizar a comunidade. Consta ainda neste capítulo a revisão sistemática de literatura efetuada que procurou obter a melhor evidência científica da temática em análise e por fim é apresentado o projeto de intervenção comunitário implementado e a avaliação do mesmo. Tendo em conta a particularidade do local de estágio e da riqueza que proporcionou em termos práticos, o quarto capítulo descreve sucintamente outras atividades que foram realizadas na USP paralelamente à implementação do projeto de intervenção. No quinto e sexto capítulo, respetivamente, expõe-se a análise crítica e reflexiva de todo o trabalho desenvolvido e a conclusão.

## 1. CONCRETIZAÇÃO TEÓRICA

No presente capítulo serão abordados os aspetos teóricos relativos à temática, baseados em revisão da literatura. Pretende-se que sejam um contributo para a compreensão do trabalho.

### 1.1- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

O envelhecimento populacional é uma evidência atual, com sérias consequências para a sociedade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014), a tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa, com um aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens em idade ativa na população total.

Em Portugal esta realidade não é exceção, onde se confirma a descida continuada da natalidade, o aumento da longevidade e, mais recentemente, o crescimento dos fluxos emigratórios. Em 2013, a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos de idade) aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2014).

A Direção Geral de Saúde (DGS) define envelhecimento, como “um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que, iniciando-se mesmo antes do nascimento se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2006:5).

As definições e representações sociais em relação ao idoso dependem de variáveis de natureza biológica, social, intelectual, económica e funcional, contudo a definição cronológica continua a ser bastante útil para delimitar aqueles que podem ser considerados idosos. Segundo a OMS (2002), a classificação da população idosa tem em conta o desenvolvimento do país de origem, ou seja, nos países desenvolvidos, idoso é aquele que possui idade igual ou superior a 65 anos, enquanto que nos países em desenvolvimento, o limite é fixado a partir dos 60 anos.

O aumento do envelhecimento deve-se à melhoria dos cuidados de saúde e às condições de vida, refletido no aumento da esperança média de vida das pessoas, e ainda devido ao aumento das doenças crónicas e/ou incapacitantes, que leva ao aumento do topo da pirâmide etária e associado a este, uma diminuição da base da mesma, pelo decréscimo da taxa de natalidade (Carrilho e Patrício, 2008). A diminuição das capacidades, natural com o avançar do ciclo vital e o aumento de doenças crónicas conduzem a uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a satisfação das mais elementares necessidades diárias e manutenção da qualidade de vida (Sequeira, 2010). A dependência é caracterizada pela incapacidade de a pessoa funcionar

satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se (Pavarini e Neri, 2000).

Também, de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, dependência pode ser definida como

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

O número de idosos dependentes parece tender a aumentar, e a disponibilidade dos membros da família para assumir o papel de cuidadores tende a crescer de forma inversa, o que torna esta tarefa cada vez mais árdua.

## 1.2- RESPOSTAS SOCIAIS DE APOIO AO IDOSO

Sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os setores sociais e exige a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI),2006).

As alterações demográficas modificaram a estrutura e dinâmica da família, levando à necessidade da criação de recursos sociais que substituam ou apoiem os familiares na responsabilidade no cuidado e acompanhamento da pessoa dependente.

O número de pessoas dependentes com necessidades múltiplas a carecer da prestação de cuidados no seu ambiente familiar para a satisfação das atividades de vida diárias é uma realidade em crescimento, sendo por isso prioritário que a sociedade ofereça uma boa capacidade de resposta a este nível.

Quando é verificada na pessoa uma situação de dependência que por várias razões se encontra a residir no seu domicílio, justifica-se a prestação de cuidados de saúde e de apoio social com o objetivo de ajudar o utente/família evitando a institucionalização da pessoa dependente.

Para Stanhope e Lancaster (2011), os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde. Assim, é esperado que estes cuidados de saúde se centrem em equipas multidisciplinares, com recursos humanos devidamente formados, com vista à recuperação global e acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que são indispensáveis a um sistema de saúde adequado às necessidades da população dependente.

No início do século XXI, sendo os idosos um grupo da população significativo, torna-se necessário encontrar formas de compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida. Uma instituição de cuidados a pessoas idosas, seja um estabelecimento oficial, pertencente a uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) ou Privado, deve apostar na prestação de

cuidados aos idosos com qualidade e de forma a promover a autonomia e qualidade de vida dos seus clientes (Paulos, 2010).

Em Portugal, existem atualmente uma série de respostas sociais que providenciam apoio às pessoas em situação de desigualdade económica, dependência e vulnerabilidade social, procurando promover a autonomia, a integração social e a saúde. Em função do nível de autonomia e das necessidades da pessoa/família, podem dividir-se em: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Centro de Noite, Centro de Convívio, Acolhimento Familiar para pessoas idosas (“Famílias de Acolhimento”) e Lar de Idosos (Instituto da segurança Social, 2013).

As entidades proprietárias ou gestoras de instituições de acolhimento a idosos são agrupadas, segundo a natureza jurídica, em entidades lucrativas e entidades não lucrativas (GEP, 2011).

As IPSS são instituições sem fins lucrativos constituídas por iniciativa de particulares, com a finalidade de dar ênfase ao dever moral da solidariedade e de justiça entre os indivíduos, não sendo administrada pelo estado nem por um corpo autárquico (Costa, 2012).

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) disponibilizado pelas IPSS é uma resposta social que proporciona um apoio personalizado às pessoas com dependência e/ou suas famílias no seu domicílio, por forma a criar condições facilitadoras na vida da pessoa, com vista a colmatar as dificuldades e necessidades sentidas. De uma maneira geral, o SAD pretende tornar acessível à população os serviços necessários para evitar a institucionalização (Nascimento, 2013).

O SAD tem como objetivos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; cooperar para retardar ou evitar a institucionalização; prevenir situações de dependência; apoiar os utentes e famílias na satisfação das suas necessidades básicas e atividades de vida diária; colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde (Nascimento, 2013).

Segundo Nascimento (2013), o SAD engloba cuidados de higiene e conforto pessoal, arrumo e higiene habitacional, distribuição e acompanhamento de refeições, acompanhamento do utente ao exterior em caso de défice de mobilidade do mesmo, aquisição de bens de consumo, tratamento de roupa e outros serviços específicos que sejam necessários aos utentes. A prestação destes cuidados e serviços é assegurada por cuidadores formais designados Ajudantes de Ação Direta (AAD).

Ao longo deste documento, tendo em conta o contexto deste trabalho, o cuidador formal é denominado de AAD.

### 1.3- CUIDADORES FORMAIS: AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA

Com o aumento do número de idosos e as alterações das estruturas familiares, o apoio formal aos idosos converteu-se num assunto social. As transformações que se têm vindo a verificar nos cuidados formais e informais são inseparáveis, ou seja, a diminuição ou indisponibilidade de

potenciais cuidadores familiares repercute-se na expansão dos serviços formais (Sousa, 2006). Importa assim distinguir cuidado informal e formal, assim como o cuidador informal e cuidador formal.

Segundo Silva (2010), o cuidado informal consiste na prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remuneradas pela ajuda oferecida, desempenhados por um cuidador informal. No que diz respeito ao cuidado formal, o mesmo autor define como aquele que é providenciado numa forma estruturada, por serviços estatais da Segurança Social ou do poder local, serviços privados, com ou sem fins lucrativos, e/ou mediante a contratação de alguém para “tomar conta” da pessoa dependente, realizado pelo cuidador formal.

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

Em Portugal, existe uma diversidade de designações para os cuidadores formais, designadamente ajudantes de lar e centro de dia, auxiliares de apoio a idosos, ajudantes de ocupação, entre outros (Jacob, 2003; Sousa, 2011). Contudo, em comum a qualquer uma delas, está uma realidade profissional que define estes cuidadores formais como auxiliares de apoio a idosos que, na sua maioria, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que trabalham e que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado (Organização Mundial de Saúde, 2004).

As AAD que celebram contrato com as IPSS, efetivam a prestação de cuidado formal à pessoa dependente.

A complexidade de tarefas e funções executadas pelas AAD, bem como as habilitações exigidas, conduziram à necessidade de enquadramento legal (Carvalho, 2012). O Dec. Lei nº 414/99 de 15 de Outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social definiu a atividade de trabalho das AAD. Segundo esta legislação, o conteúdo funcional desta atividade ocupacional pressupõe: a limpeza e arrumação das instalações, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, o fornecimento de alimentos, o serviço de refeição em refeitório, o transporte de cadáveres, o tratamento de roupas, a condução de veículos da instituição, o fornecimento da medicação previamente prescrita, acompanhamento de idosos em deslocações e outras tarefas não especificadas.

Num contexto no qual é previsível a procura cada vez maior de serviços, verifica-se um quadro de instabilidade no trabalho das AAD, associada a um decréscimo numérico (relativamente ao crescimento do número de idosos) e uma grande rotatividade desta força de trabalho, maioritariamente constituída por mulheres com idades entre os 25 e 50 anos (Stone, 2007 citado por Sousa, 2011). De uma forma geral, estes funcionários possuem baixa escolaridade, baixa remuneração e desempenham tarefas sem qualquer formação específica, para além de ser uma atividade socialmente desvalorizada (Sousa, 2011). Este autor refere ainda que alguns destes profissionais não possuem vocação para esta atividade, desempenham as suas funções em

condições deficientes, caracterizadas por uma insuficiência de recursos para satisfazer as necessidades dos idosos, por um trabalho pesado, pela quase ausência de benefícios e regalias, associadas a elevadas responsabilidades. Todos estes fatores afetam a qualidade do seu desempenho, dado que a desmotivação tem repercussões nos seus comportamentos e atitudes que podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

### **1.3.1- Competências das Ajudantes de Ação Direta**

Para descrever as competências profissionais do cuidador formal do idoso é necessário conhecer a origem do termo competência ou “skill” que do latim significa “experiência, conhecimento prático, familiaridade” (Graveto, 2005).

Para Fleury e Fleury (2001), a competência é definida através de três componentes essenciais, designadamente: “conhecimento, atitudes e habilidades”. Por sua vez, Pacheco e Rosa (2009) afirmam que a competência não deve ser confundida com habilidade ou aptidão, uma vez que estas nascem conosco e como vão sendo desenvolvidas ao longo da vida pela influência de determinados fatores, nomeadamente os conhecimentos, dão então origem às competências.

A competência pode ainda ser entendida como um conjunto de características pessoais com origem no conhecimento, ou capacidades adquiridas que determinam a ação (Mendonça, 2009).

Tendo em conta as atividades realizadas pelas AAD, Jacob (2004) descreve duas linhas de competências que servem de orientação à sua prática. A primeira, do saber-ser ou saber-estar, que engloba gostar dos idosos, humanidade, confidencialidade e trabalhar em equipa. A segunda refere-se ao saber-fazer, onde se incluem os cuidados no geral e nomeadamente os cuidados relacionados com a higiene pessoal. Estes pilares essenciais de competências podem ser complementados pelo saber-saber, que diz respeito aos conhecimentos teóricos de um tema.

Também Imaginário (2004) entende que as AAD que prestam cuidados aos utentes requerem de entre várias competências, as do apoio instrumental e as do apoio psicológico. A primeira, para assegurar a satisfação das necessidades que advêm da dependência física, tais como ajuda nos cuidados de higiene e conforto, mobilizações, alimentação; a segunda, para satisfação das necessidades sociais que levam ao bem-estar psicológico dos mesmos através, por exemplo, da ocupação de tempos livres e atividades de lazer.

Em suma, conhecer as necessidades do idoso, saber diferenciá-las, saber lidar com problemas decorrentes de doenças e sintomas, assim como com problemas sociais ou familiares, são competências impostas a um cuidador formal, para além da prestação de cuidados relacionados com atividades de vida diárias.

### 1.3.2- Formação do Cuidador Formal

As ajudantes de ação direta que cuidam de idosos requerem uma gama de conhecimentos e competências com base em princípios centrados na pessoa e na sua família, de promoção de autonomia, dignidade e respeito, com recurso a habilidades comunicacionais eficazes e uma atitude positiva e competente (Fitzpatrick e Roberts, 2004).

No geral, a formação consiste num conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento essenciais para o exercício das funções próprias de uma profissão. Constitui uma metodologia que difere da educação no sentido em que se especializa na experiência profissional e é voltada para a aquisição de competências profissionais. Pode ser realizada de várias formas e tem como objetivo dar a conhecer ou atualizar os conhecimentos à pessoa (Antunes, 2001).

As AAD necessitam de uma formação inicial e contínua que lhes forneça competências e saberes para uma boa prestação de cuidados, e o saber-ser e saber-estar são fulcrais para um bom desempenho. Através da formação coesa e estruturada permite-se aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e atingir um adequado nível de qualidade de cuidados (Jacob, 2003).

Segundo o Dec. Lei nº 414/99, o ingresso na carreira de ajudante de ação direta exige a escolaridade mínima (9º ano) ou equivalente e com aprovação em estágio. Contudo, é de referir que é permitido o acesso na respetiva atividade de trabalho, independentemente da posse das habilitações legalmente exigidas, ao pessoal que já está integrado na respetiva carreira (Carvalho, 2009).

A formação de ajudantes de ação direta é ministrada em Escolas Profissionais, IPSS, Empresas de Formação Profissional e outras entidades particulares e no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) (Jacob, 2003).

O Catálogo Nacional das Qualificações (CNQ) (2010) da Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional (ANQEP) constitui uma ferramenta que regula a oferta formativa, definindo perfis e referenciais de formação para cada atividade correspondente a cada profissão ou carreira. O perfil profissional é o conjunto de saberes, saber-ser e saber-fazer que o trabalhador deve em teoria dominar para ter um emprego (Jacob, 2003).

Apesar de tudo, em Portugal, Jacob (2003) relata que o pessoal não técnico inicia na maioria das vezes a sua atividade de trabalho sem que antes tenha frequentado qualquer formação específica que o habilite a cuidar de idosos. Da mesma forma, em relação à formação contínua, não é realizada com periodicidade regular.

No estudo de Lerner et al (2010), as AAD que não possuem formação adequada sentem-se oprimidas e inseguras sobre os cuidados que prestam e os dirigentes de instituições reconhecem igualmente a falta de formação das mesmas. É, assim, importante, que a nível institucional seja valorizado o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, incentivando-os para além do cumprimento exigido por lei, que atualmente corresponde a 35 horas anuais de formação contínua certificada (Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro, artigo 130º da revisão do Código do Trabalho, 2009).

A qualidade dos cuidados prestados aos idosos depende não só mas também da preparação eficaz da força de trabalho, ou seja, deve existir a garantia de que a equipa de cuidados possui os conhecimentos e capacidades necessários para cumprir o seu papel com competência e sensibilidade. Neste domínio, as AAD representam uma considerável componente da força de trabalho, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados, tendo por isso um impacto considerável na qualidade dos serviços prestados (Fitzpatrick e Roberts, 2004).

### 1.3.2.1- Formação de Adultos

Quando nos referimos à educação de adultos é importante clarificar o termo “Andragogia” que é a ciência e arte de orientar adultos no seu processo de aprendizagem (Draganov et al, 2011).

O termo “Andragogia” deriva das palavras gregas “andrós”, que significa homem, e “gogia” que quer dizer liderar, guiar, conduzir ou levar, ou seja, a Andragogia, num sentido mais lato, significa a “condução ou direção de adultos”. Linderman e Knowles são os educadores da segunda metade do século XX apontados como pioneiros no uso deste termo.

A ideia de que o adulto possui características diferentes das crianças em relação à aprendizagem não é moderna. Para Knowles et al (2009) a Andragogia é estruturada a partir de seis proposições que definem claramente as diferenças entre a criança e o adulto na qualidade de aprendizes. Os autores partem do princípio de que, à medida que se desenvolvem, as pessoas são sujeitas a transformações, isto é, tornam-se independentes e responsáveis pelas suas decisões; direcionam a sua vida e os seus interesses de aprendizagem; acumulam experiências que vão auxiliar e fundamentar a sua aprendizagem; os seus interesses são dirigidos para o desenvolvimento das habilidades que utilizam no desempenho do seu papel social e na sua profissão; esperam uma imediata aplicação prática do que aprendem e reduzem o seu interesse por conhecimentos a serem úteis num futuro distante, e as motivações que os impulsionam são as internas, as quais passam a ser mais intensas que as externas.

O enfermeiro, um dos profissionais envolvidos na educação em saúde, tem a responsabilidade de investir em formas que aprimorem as suas intervenções educativas, recorrendo a estratégias de aprendizagem que melhorem a quantidade e qualidade dos resultados.

Deste modo, na situação específica da formação de adultos, tendo em conta o modelo andragógico, é recomendado que o enfermeiro altere a sua atitude de ensino, invertendo o comando da situação que é devolvido ao aprendiz (adulto), o qual expressa o que quer e deseja aprender. (Friedlander e Lage, 2004).

#### 1.4- CUIDADO AO IDOSO DEPENDENTE

O envelhecimento populacional exige que a sociedade dê resposta à população idosa e leva-nos a repensar sobre a tarefa de cuidar de idosos e sobre a necessidade de possuir profissionais competentes que prestem os devidos cuidados, proporcionando-lhes qualidade de vida, quer nas Instituições, quer em contexto domiciliar.

Existe um consenso por parte da Gerontologia, de que o cuidado da pessoa idosa pode ser implementado tanto pela família como por profissionais e Instituições.

O cuidador surge assim como figura central, pois o mesmo presta os cuidados necessários para atenuar a incapacidade funcional, quer esta seja temporária, quer definitiva (Ferreira, 2012).

Na perspetiva de Waldow e Borges (2011), o cuidado é visto como um exercício ou a prática da nossa humanidade. Constitui aquilo que cada profissional acrescenta às suas ações, desencadeando o processo de cuidar que deve ser revestido de um conhecimento próprio, de sensibilidade, intuição, de valores e princípios morais. O cuidado é uma expressão da nossa humanidade e é essencial para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos.

Nas instituições, nos serviços destinados à população idosa, os cuidadores formais cuidam das pessoas segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadoras específicas das instituições. Normalmente, os principais objetivos são zelar pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando cuidados de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais.

Através da literatura consultada, as ajudantes de ação direta constituem um grupo de cuidadores formais aos quais não tem sido dada a devida atenção e valorização por parte dos governantes, contudo o investimento na sua formação é uma mais valia para a qualidade dos cuidados prestados aos idosos/famílias (Sousa, 2011).

O idoso dependente possui necessidades específicas que devem ser identificadas de modo a adequar a sua satisfação.

Assim, cabe ao enfermeiro transmitir conhecimentos, informação e ensinar como realizar alguns cuidados que podem ser desempenhados por estes cuidadores de forma a contribuir para a melhoria do cuidado ao idoso dependente.

##### **1.4.1- Cuidados de Higiene e Conforto**

A manutenção da higiene pessoal é crucial enquanto veículo à promoção da saúde, por constituir uma forma de remover microrganismos que podem ser nocivos à saúde.

A higiene pessoal era considerada por Nightingale (2005) como essencial e a mesma defendia que esta não devia ser protelada sob a alegação de que poderia ser realizada mais tarde, mencionando que lavar com água e sabão era desejável tendo em conta outros aspetos que não unicamente a limpeza, uma vez que proporcionava alívio e conforto à pessoa, pela absorção da água na pele, tornando-a mais macia, abrindo os poros para facilitar a eliminação de secreções. A

higiene diária do corpo e ambiente eram, para a Teórica, medidas para a promoção e manutenção da saúde (Edição póstuma).

Segundo Potter e Perry (2006) os cuidados de higiene são um conjunto de práticas que visam essencialmente a limpeza e cuidado ao corpo, ajudando a pessoa a atingir bem-estar, conforto e autoestima. Devem ser tidos em conta a idade, o estado da pessoa, no que se refere à capacidade de cuidar da sua higiene, assim como os seus hábitos, preferências e os recursos humanos e materiais necessários, podendo ser prestado no leito ou em locais específicos. Deste modo o que parece ser uma tarefa, passa a ser uma atividade complexa com objetivos que vão além da limpeza da pele. O contato próximo com o utente na prestação dos cuidados de higiene pode promover a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada através da comunicação, facilitando a transmissão de carinho e respeito.

Consolidando o referido anteriormente, é incontestável que os cuidados de higiene e conforto, ao fazerem parte das necessidades fisiológicas do ser humano, se tornam imprescindíveis para a pessoa sobreviver ou atingir um nível de equilíbrio satisfatório (Spindler, 2014).

As necessidades fisiológicas que os idosos sentem mais dificuldade são as relacionadas com a higiene pessoal, vestir e despir e a mobilidade, podendo mesmo ficarem dependentes de terceiros para a sua satisfação.

As ajudantes de ação direta, enquanto cuidadores formais, são os elementos que asseguram, quer em contexto de centro de dia, quer em contexto domiciliário, grande parte destas necessidades.

#### 1.5- ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR FORMAL

Os cuidados têm um carácter universal, mas também multidimensional, adequados às crenças, valores e culturas da população alvo dos mesmos. Qualquer que seja o nível da prestação de cuidados, o enfermeiro terá de identificar os recursos existentes, por forma a responder às necessidades identificadas, para uma continuidade de cuidados, interdisciplinaridade, articulação e desenvolvimento de programas que promovam a saúde e o bem-estar da comunidade. O recurso a uma abordagem multidisciplinar e transdisciplinar permite alcançar um objetivo comum que é o da melhoria da qualidade de vida da população e da comunidade (Militar, 2012).

De acordo com o referido anteriormente, o Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros, nomeadamente a alínea a), refere-se ao facto de a responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade ser na área da “**promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem**”. Assim, é fundamental que essas necessidades sejam identificadas utilizando-se os instrumentos corretos. Também é de realçar a importância da alínea c) “**colaborar com outros profissionais em programas que correspondam às necessidades da comunidade**”. Os profissionais de saúde deverão em equipa alargar o quadro tradicional de

abordagem dos problemas de saúde, incluindo nessa abordagem vários fatores que podem influenciar a saúde, quer sejam psicológicos, sociais, económicos ou ambientais (OE, 2015).

O documento produzido na 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, a Declaração de Alma-Ata, dá enfoque aos Cuidados de Saúde Primários como sendo a chave na obtenção da “Saúde para Todos” (OMS, 1978). Esta importância deve-se ao facto dos mesmos serem prestados de forma continuada e com proximidade para com a comunidade, transmitindo assim segurança à população.

A educação para a saúde, enquanto estratégia da promoção da saúde consiste num processo baseado em regras científicas, que emprega oportunidades educacionais de forma programada para capacitar os indivíduos a tomar decisões essenciais à sua saúde.

A promoção da saúde compreende o processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio ambiente (Carta de Ottawa, 1986). Podemos assim mencionar que a promoção da saúde refere-se a um conjunto de estratégias que envolvem ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de competências pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais, implicando uma responsabilização conjunta (Carta de Ottawa, 1986).

Na mesma linha de pensamento, Stanhope e Lancaster (2011) definem parceiro ou relação de parceria como uma relação entre indivíduos, grupos ou organizações em que ambos trabalham para um objetivo comum. Pode ser visto como sinónimo de aliança, em que as partes estão focadas, em conjunto, e envolvidas em todas as fases do processo, como a implementação de um programa específico. As parcerias geralmente envolvem partilha de poder. Esta partilha de poder pode ser entendida se se compreender o conceito de *empowerment*.

A organização Mundial de Saúde (OMS) (1998) refere-se a “*empowerment in health*” como um processo que permite às pessoas adquirirem maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde. O acesso à educação e à informação é fundamental para atingir a participação efetiva e o *empowerment* das pessoas e das comunidades.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública esclarece as áreas de competências do enfermeiro. Este, com base na metodologia do planeamento em saúde, avalia o estado de saúde de uma comunidade; **contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2011). Deste modo, **o enfermeiro ao fazer uso de estratégias como formar e educar conduz ao “empowerment” dos indivíduos, grupos e comunidades**, capacitando-os para uma análise crítica dos fatores determinantes da saúde, assim como escolhas fundamentadas de comportamentos saudáveis.

No caso concreto dos cuidadores formais (AAD), tendo em conta a realidade do contexto português, em que se verifica um défice de formação adequado às exigências das suas funções e podendo ter repercussões na qualidade dos cuidados prestados aos idosos, abre-se um campo de intervenção ao enfermeiro, nomeadamente ao **especialista de enfermagem comunitária, que detém um maior conhecimento das necessidades da população, para capacitar este tipo de cuidadores no sentido de uma melhoria de prestação de cuidados.**

A intervenção do enfermeiro especialista deve ter em conta, antes de mais, que este grupo de cuidadores adquire competências através da acumulação de experiências em contexto de trabalho e que os seus interesses de aprendizagem são direcionados para a obtenção de conhecimentos que possam auxiliar e aplicar de imediato na prática.

Para Conceição (2012) embora a formação experiencial seja um bom condutor para a obtenção de competências, ela só por si não será suficiente sem existir por base uma reflexão teórica.

A formação contínua contribui para um aperfeiçoamento da formação inicial, facilitando a tomada de consciência dos obstáculos e decisões na vida profissional. Deste modo a formação deve ser orientada então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, sendo importante ressaltar que a formação não é estanque, carecendo de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho (Conceição 2012).

Esta atualização de conhecimentos ao longo da vida tem como efeito a capacitação do indivíduo para o bom desempenho da prática.

## **2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO ACES OESTE NORTE**

Este capítulo compreende a caracterização do local de estágio realizado na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho situado no Concelho de Caldas da Rainha.

### **2.1- CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO DO ACES OESTE NORTE**

A Unidade de Saúde Pública Zé Povinho pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e tem como área de abrangência os concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche. A sua missão é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde a que pertence (Regulamento Interno USP Zé Povinho, 2016).

A sede da USP localiza-se nas Caldas da Rainha e dispõe de equipas operativas denominadas Unidades Locais de Saúde Pública, sediadas nos Centros de Saúde dos 6 concelhos que integram o ACES, constituindo a porta de entrada dos cidadãos para assuntos do domínio da Saúde Pública.

Compete à USP elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008).

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

Atualmente a USP desenvolve os seguintes programas/projetos:

- Movimento Escola/Cidade dos Afetos;
- Consulta de Cessação Tabágica;

- Programa de Alcoologia;
- Consulta do Viajante;
- Vacinação internacional;
- Familiarmente;
- Saúde Escolar;
- Projeto Pão.Come (Regulamento Interno USP Zé Povinho, 2016).

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

Atualmente o concelho das Caldas da Rainha integra-se no agrupamento dos municípios do Oeste, tem uma população de 51.791 (INE, 2011) e uma área de 25 916 hectares, sendo constituído por 16 freguesias: A-dos-Francos, Alvorninha, Carvalhal Benfeito, Coto, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, Nossa Senhora do Pópulo, Salir de Matos, Salir do Porto, Santa Catarina, São Gregório, Serra do Bouro, Tornada, Vidais e Santo Onofre (Figura nº 1). Tem fronteira a norte com o Concelho de Alcobaça, a leste com o de Rio Maior e a sul com os de Bombarral, Cadaval e Óbidos.



Figura nº 1- Freguesias do Concelho de Caldas da Rainha

À semelhança da realidade do país em que se verifica o aumento da proporção de pessoas idosas, a estrutura etária da população da Região Oeste Norte modificou-se consideravelmente nos últimos 50 anos. O número de nascimentos decresceu para quase metade, a população envelheceu consideravelmente e os grupos etários com mais representação passaram dos com menos de 20

anos para o grupo entre os 30 e os 50 anos. A par destas alterações, existe agora um número notavelmente maior de habitantes com mais de 70 anos (Perfil de Saúde da Região Oeste Norte, 2013). Os restantes dados relativos ao perfil de saúde da região oeste norte podem ser consultados em anexo (ANEXO I).

### 3- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública identifica a primeira competência: “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento nº 128/2011 da OE).

A metodologia utilizada pelo enfermeiro comunitário para intervir no estado de saúde de uma comunidade é o Planeamento em Saúde. Este é entendido como a racionalização do uso de recursos escassos, com vista ao cumprimento de objetivos fixados e à redução de problemas de saúde considerados prioritários, envolvendo a organização e coordenação de esforços provenientes de vários setores socioeconómicos (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para Stanhope e Lancaster (2011), o planeamento em saúde inclui a análise dos problemas da comunidade identificados no diagnóstico de enfermagem comunitário, a definição de prioridades e de objetivos e ainda a identificação de intervenções que permitam atingir os objetivos.

O planeamento em saúde assenta em três fases: a elaboração, a execução e a avaliação. A elaboração contempla o diagnóstico de saúde, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução. Segue a execução, fase em que é colocado em prática o projeto definido. Por fim, e não menos importante, a fase da avaliação onde se verifica se houve ganhos em saúde, havendo a possibilidade de redefinir etapas (Imperatori e Giraldes, 1993).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, com base nas suas competências em planeamento em saúde, conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), facultando ganhos em saúde efetivos (OE, 2010).

Seguidamente, explica-se o que foi realizado no âmbito do projeto com base nas etapas do planeamento em saúde.

#### 3.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

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

Tendo em conta que não foi possível manter o campo de estágio anterior (realizado na Unidade de Cuidados à Comunidade de Alcobaça/Nazaré), houve a necessidade da realização de um projeto de estágio que reflita o planeamento do percurso a realizar, com base nos problemas de saúde identificados na USP, no sentido de integrar programas e projetos de intervenção que promovam a capacitação comunitária com o intuito de atingir competências específicas enquanto futura enfermeira especialista de saúde comunitária e constituir deste modo um contributo para o local de estágio e comunidade que integra.

Desta forma, através da consulta do Perfil de Saúde e do Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte correspondente ao triénio 2014-2016 tomou-se conhecimento dos programas e projetos em vigor na USP. Decorrente da minha prática diária no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e do importante aumento do índice de envelhecimento da população da Região Oeste Norte, conforme consta no Perfil de Saúde desta região, identificou-se uma lacuna na intervenção com profissionais que cuidam dos idosos, nomeadamente os cuidadores formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), designados de Ajudantes de Ação Direta (AAD).

Em reunião com a Enf<sup>a</sup> Cooperante, foi consensual que era pertinente a realização de um diagnóstico de situação relativo às necessidades formativas das cuidadoras formais (AAD). Foram selecionadas, por questões de proximidade, três IPSS da área de influência do ACES Oeste Norte (Associação Desenvolvimento Social de Sair do Porto, Associação Social e Cultural Paradense e Centro Social Paroquial N<sup>o</sup> Sr<sup>a</sup> das Mercês de Carvalhal Benfeito).

Assim, em primeiro lugar realizou-se contato com os diretores técnicos de cada uma das IPSS a fim de apresentar o interesse no levantamento das necessidades formativas das AAD. Após confirmação da conveniência por parte das mesmas em participar, em reunião com a Enf<sup>a</sup> Cooperante e Professora Orientadora definiu-se que esse levantamento de necessidades seria efetuado através de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos diretores técnicos e a uma AAD representante de cada IPSS (considerados informantes - chave). As AAD entrevistadas foram as responsáveis de equipa, por possuírem mais tempo de experiência profissional, e os diretores técnicos, por terem uma visão geral de todas as atividades realizadas pelas AAD e a quem são reportadas as necessidades formativas do grupo. Os guiões de entrevistas e respetivos consentimentos informados constam nos anexos (Anexo II) e (Anexo III), respetivamente.

A entrevista caracteriza-se por ser um método de colheita direta de dados da qual se obtém informação sobre os conhecimentos da comunidade, perceção das suas necessidades e dos seus objetivos. O tratamento dos dados qualitativos obtidos nas entrevistas foi feito através da análise de conteúdo segundo Bardin (Anexo IV).

A análise de conteúdo, enquanto método, consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2016). A criação de temas, categorias e subcategorias permitiu identificar as principais necessidades formativas das AAD, as quais serviram de base à formulação do diagnóstico de enfermagem comunitário.

Considerando o contexto do estágio e a temática em análise foi mobilizado o modelo teórico de Betty Neuman.

A realização de atividades para concretizar esta etapa permitiu adquirir experiência numa das competências incluídas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: G1.1- “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (RCEEEECSP, 2011).

### **3.1.1- Um Olhar sobre o Modelo Teórico de Betty Neuman**

De modo a ancorar a prática, é essencial existir um suporte concetual que oriente e fundamente as intervenções a realizar.

O modelo teórico de Betty Neuman, desenvolvido em 1970, também designado de Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, teve origem a partir das seguintes teorias: Gestalt, Filosóficas de Chardin e Bernard Marx, Geral dos Sistemas de Bertalanffy, Stress de Hans Seyle e a de Crise de Gerald Caplan (Pearson e Vaughan, 1992).

De acordo com Betty Neuman comunidade é um sistema aberto em troca de energia com o ambiente (Neuman,1995). O ambiente é entendido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, isto é, com todas as condições, circunstâncias ou influências, que rodeiam ou interferem com o desenvolvimento da comunidade, que estão dentro e fora dela e que fazem parte do meio ambiente. A enfermagem é, assim, definida como uma profissão com uma visão holística e singular à comunidade.

Trata-se de um modelo dinâmico, flexível e global, que garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

Resultado de ser um sistema aberto, permite que o processo seja influenciado por fatores de stress que podem causar desequilíbrio. O stress, como causador de tensão, tem o potencial de provocar instabilidade no sistema. Os stressores são de origem ambiental e podem dividir-se em fatores intrapessoais (relacionados com a própria pessoa, por ex. atitudes); fatores interpessoais (relativos às forças exteriorizadas entre duas ou mais pessoas, por ex. relação enfermeiro-utente); e fatores extrapessoais (relativos com forças exteriores ao sistema, por ex. o desemprego).

A organização do modelo de Neuman contempla a existência de um núcleo central (pessoa, família, comunidade) protegido por linhas concêntricas (recursos de energia do núcleo). As linhas de resistência representam condições internas e são a última barreira face aos stressores. A sua ineficácia pode resultar na morte da pessoa; se eficazes ajudam a restabelecer o estado normal de bem-estar (Martins, 2014). A linha normal de defesa corresponde ao estado normal de bem-estar e diz respeito às capacidades e habilidades da pessoa a partir das vivências, representa o equilíbrio ou a adaptação aos stressores. A quebra desta linha leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio no continuum saúde/doença. A linha mais externa, a de defesa flexível é uma proteção adicional às de defesa normal e resistência, tendo a função de amortecedor. Estas linhas, ao serem dinâmicas, permitem intervenção preventiva em saúde (Martins, 2014). Assim, a pessoa sujeita a stressores necessita que as suas linhas de defesa sejam reforçadas para atingir o equilíbrio. É

justamente sobre este aspeto que a enfermagem pode intervir de modo a identificar os problemas e a potenciar os recursos para atingir o reequilíbrio (Braga e Silva, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tendo como suporte o modelo de Betty Neuman, reconhece as variáveis que influenciam o cliente e pode assim fundamentar as suas intervenções (Braga e Silva, 2011).

A figura abaixo, ilustra a composição do modelo.

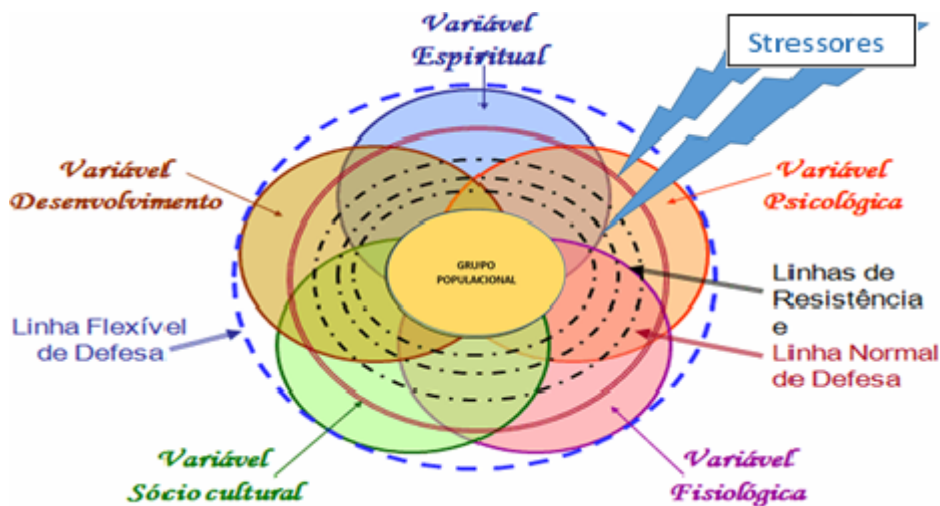


Figura nº 2- Esquema ilustrativo do Modelo de Betty Neuman

De acordo com a perspectiva de Beddome (1995), a comunidade é percebida sob dois focos de abordagem: a comunidade geopolítica como cliente ou o grupo populacional como cliente. Na primeira, a comunidade corresponde a um lugar, a uma área geográfica específica e delimitada; na segunda refere-se a grupos de indivíduos associados por características semelhantes tais como estatuto socioeconómico, cultura, idade, valores ou políticas.

Em ambas as abordagens, aplicam-se os conceitos de contexto intrasistémico, intersistémico e extrasistémico do Modelo de Betty Neuman.

Segundo Beddome (1995), no grupo populacional como cliente, o contexto intrasistémico corresponde ao grupo de pessoas que possuem características comuns. Também em relação à comunidade geopolítica como cliente, o contexto intrasistémico é toda a população que reside dentro de uma região, ou seja, corresponde às pessoas. Neste contexto, a apreciação da pessoa/grupo ou comunidade é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo). No que respeita aos contextos intersistémico e extrasistémico do grupo populacional ou da comunidade geopolítica como cliente, essa apreciação é efetuada a partir de oito subsistemas, designados: Educativo, Saúde e

Segurança, Sociocultural, Comunicação e transportes, Recreativo e lazer, Político e segurança, Económico e Religioso.

Nesta linha de pensamento, o grupo populacional implicado no contexto do trabalho são as AAD, ou seja, são o sistema cliente. A apreciação do grupo populacional com base no modelo teórico de Betty Neuman, com identificação dos contextos intrasistémico, intersistémico e extrasistémico encontram-se representados nos quadros em anexo (Anexo V).

### **3.1.2- Diagnóstico de Enfermagem Comunitário com base no Modelo Teórico de Betty Neuman**

Uma das funções principais da enfermagem de saúde comunitária, a apreciação da comunidade, consiste em conhecer e compreender a comunidade como cliente, ajudando assim a identificar as suas necessidades, a clarificar problemas e a identificar forças e recursos.

A apreciação da comunidade implica a colheita de dados e a sua interpretação resulta numa lista de problemas e capacidades da comunidade. Cada problema precisa ser claramente identificado e apresentado sob a forma de diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem na comunidade vai permitir expôr o problema, clarificar quem recebe os cuidados e identificar os fatores que contribuíram para o problema. O desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem constitui por isso um importante passo para a fase do planeamento (Stanhope e Lancaster, 2011).

De realçar que a formulação do diagnóstico de enfermagem comunitário foi feita em conjunto com os restantes colegas de estágio, uma vez que o grupo populacional e o fenómeno de interesse foi o mesmo para todos os elementos do grupo.

Realizada a análise de conteúdo das entrevistas e com base no modelo concetual de Betty Neuman emergiram os seguintes diagnósticos:

**“Ameaça à linha de defesa das AAD relacionada com stressores intrapessoais”, evidenciado por:**

- Défice de conhecimentos em relação ao processo de envelhecimento;
- Obstáculos na comunicação com o idoso/família;
- **Dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto;**
- Défice de formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e em primeiros socorros.

Estes diagnósticos serviram assim de suporte à realização de projetos de intervenção que apesar de serem individuais foram complementares no sentido em que procuraram responder em conjunto à totalidade das necessidades identificadas.

### 3.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Esta fase corresponde à escolha dos problemas a serem alvo de intervenção. Os critérios para hierarquização dos problemas são: magnitude, transcendência, vulnerabilidade, natureza e grau de abstração (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tendo em conta os problemas que foram identificados, considerei pertinente que a minha intervenção se centrasse na área dos cuidados de higiene e conforto, dado que apresentou uma elevada expressão em termos de dificuldades apontadas. Devido a serem também reportadas necessidades formativas relativas aos posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão, decidi abordar a área de uma forma mais completa, incluindo estes aspetos na intervenção. Pela minha experiência profissional, os idosos/famílias que recorrem ao pedido de auxílio por parte das IPSS maioritariamente fazem-no porque a satisfação de algumas necessidades humanas básicas ficam comprometidas (nomeadamente a higiene e a mobilidade), daí que se tornem áreas de elevada importância e para as quais terá que continuar a existir investimento pelo facto de influenciarem diretamente o estado de saúde da pessoa. Constatado que as alterações na estrutura e dinâmica das famílias incapacita na maioria das vezes que as mesmas assegurem os cuidados aos seus idosos, pelo que transferem esses cuidados às IPSS, exigindo cada vez mais a prestação de cuidados com qualidade. Considero que o enfermeiro tem um papel essencial junto dos trabalhadores destas instituições pelo apoio e promoção de aumento de conhecimentos que pode fornecer para a prestação de cuidados com qualidade.

Considera-se que a realização desta etapa do planeamento em saúde permitiu adquirir a competência: G1.2: “Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade”.

### 3.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A avaliação de resultados torna necessário a prévia definição de objetivos. Para Imperatori e Giraldes (1993) objetivo define-se como um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema.

Posteriormente à priorização dos problemas são estabelecidos objetivos que conduzam à resolução dos mesmos.

O objetivo geral definido foi capacitar as AAD nos cuidados de higiene e conforto do idoso dependente. Como objetivos operacionais foram determinados os seguintes: sensibilizar os responsáveis das IPSS e as AAD para a necessidade de formação na área definida; motivar para a colaboração e integração no projeto de intervenção individual; desenvolver sessões de formação direcionadas às dificuldades identificadas no âmbito da prestação de cuidados de higiene e conforto; promover o aumento de conhecimentos das AAD no que toca aos cuidados de higiene e conforto e por fim avaliar as intervenções realizadas.

Para avaliar, para além da definição de objetivos é importante a escolha de indicadores. Os indicadores podem ser de impacto ou resultado e de execução ou atividade. Os indicadores de

impacto pretendem medir as alterações verificadas num problema de saúde. Já os indicadores de execução pretendem medir a atividade desenvolvida, com vista a atingir um ou mais indicadores de impacto (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os indicadores podem ser avaliados de forma quantitativa e para isso são estabelecidas metas. Estas, definem-se por um resultado desejável e tecnicamente possível das atividades dos serviços de saúde, expressados em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os indicadores de atividade e os indicadores de resultado, assim como as respetivas metas criadas constam no corpo do trabalho no subponto da avaliação.

### 3.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Esta fase diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tendo como ponto de partida os objetivos atrás definidos foram delineadas as seguintes estratégias de intervenção:

- Pedido de cooperação aos diretores técnicos para incentivarem a inclusão dos seus colaboradores (AAD) no projeto;
- Realização de visitas às IPSS para dar a conhecer o projeto às AAD e sensibilizar para a sua participação;
- Divulgação do projeto de forma ilustrativa por meio de cartaz afixado em cada IPSS, em local acessível a todas as AAD da instituição (ANEXO VI);
- Recurso à revisão sistemática de literatura;
- Planeamento de sessões de formação teórico-práticas dirigidas à temática dos cuidados de higiene e conforto (ANEXO VII);
- Pedido de colaboração de outros profissionais de saúde para dinamização e enriquecimento das sessões, nomeadamente com higienista oral e enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação;
- Envolvimento da USP na divulgação à comunidade das sessões de formação realizadas através de envio de notícia para o Jornal local;
- Criação de Manual de Apoio a ser entregue nas IPSS onde constem as respetivas sessões de formação;
- Elaboração de Póster elucidativo das sessões de formação em colaboração com os colegas de estágio;
- Entrega de certificados de presença às AAD que frequentaram as sessões de formação.

Com o estabelecimento de objetivos e a seleção das estratégias que considere mais adequadas desenvolvi outras das competências do enfermeiro especialista G1.3- *“Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.”*

### 3.4.1- Prática Baseada na Evidência: Recurso à Revisão Sistemática de Literatura

A autonomia da profissão de enfermagem e o aumento de conhecimentos evolui de acordo com o avanço da investigação em enfermagem.

O conhecimento, fruto da investigação em enfermagem, permite o desenvolvimento da prática baseada na evidência e ainda melhorar a qualidade da prestação de cuidados, contribuindo para ganhos em saúde (OE, 2006).

A prática baseada na evidência pressupõe a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência existente para fundamentar as decisões sobre o cuidado a prestar a cada pessoa (Sackett, 2000).

A revisão sistemática de literatura constitui uma modalidade de pesquisa que utiliza a literatura como base para alcançar uma síntese de evidências sobre uma determinada temática. É usada uma “estratégia de intervenção específica com métodos explícitos e sistematizados de busca, análise crítica e síntese da informação selecionada” (Sampaio e Mancini, 2007: 84).

A revisão sistemática de literatura, também denominada “síntese da ciência” suporta-se num protocolo que contém os objetivos, os critérios de elegibilidade dos estudos, a metodologia utilizada, a análise e conclusões dos estudos incluídos (Amendoeira, 2016).

#### 3.4.1.1- Protocolo de Pesquisa

Como ponto de partida para a revisão sistemática de literatura, foi construído um mapa conceitual do qual fizeram parte os conceitos de Enfermeiro, Cuidador Formal, Formação de Adultos e Idoso, os quais considere importantes tendo em conta a temática em análise e que norteou toda a construção do protocolo de pesquisa (ANEXO VIII).

Foi formulada a questão segundo o formato PICO: **“Quais as intervenções de enfermagem que promovem a melhoria dos conhecimentos das AAD no cuidado ao idoso dependente?”**

Com base na questão foram definidas as palavras-chave: Enfermeiro, Educação, Cuidador Formal e Cuidar. Todas as palavras foram validadas enquanto descritores na plataforma Mesh Browser, Nurs\*, Education, Home Health Aides, à exceção da palavra “Caring” que é um Entry Term, não tendo sido dispensada dada a sua relevância na temática em análise.

A expressão de pesquisa usada foi “Nurs\* AND “Education” AND “Home Health Aides” AND “Caring”” nas bases de dados Proquest, Pubmed e na plataforma Ebsco (CINAHL, Medline Complete e Medclatina. Os limitadores usados em cada base de dados, assim como os resultados do cruzamento dos descritores constam na *Search Strategy* do protocolo (ANEXO VII).

Foram identificados um total de 104 artigos. A partir dos critérios de inclusão/exclusão definidos em protocolo e tendo por base a questão de partida sinalizaram-se 4 artigos para elegibilidade, sendo que 2 deles não davam resposta à questão. Deste modo, restaram 2 artigos para avaliação da qualidade metodológica. O instrumento escolhido foi o QARI por se tratarem de artigos qualitativos. Esta avaliação pode ser consultada no *Appendix I* do protocolo (ANEXO VII).

### 3.4.1.2- Análise dos Resultados da Revisão Sistemática de Literatura

Da revisão sistemática da literatura efetuada resultou a seleção de dois artigos que se enquadravam na temática em análise, assim como nos critérios de inclusão definidos em protocolo.

O primeiro artigo intitulado “Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker” (Devlin e MacIlfatrick, 2010) relata o papel dos cuidadores formais nos cuidados no domicílio a idosos em fim de vida, assim como as perceções dos enfermeiros comunitários sobre estes cuidadores.

Este artigo desenvolve ideias fundamentais que me permitiram, através do instrumento QARI, definir três categorias que ajudam a esclarecer a pertinência do artigo, que são: *“importância dos cuidadores formais”*, *“necessidades dos cuidadores formais”* e *“enfermeiros comunitários: agentes de educação”*.

Os prestadores de cuidados no domicílio, também designados cuidadores formais, desempenham um papel fundamental ao permitir a prestação de cuidados a pessoas em fim de vida no seu ambiente domiciliar. Estes cuidadores estão sujeitos a stress no desenvolvimento do seu trabalho, contudo sentem-se com um papel muito gratificante.

As principais tarefas que os cuidadores referem realizar a pessoas em fim de vida são falar/ouvir os clientes e famílias, bem como a **prestação de cuidados pessoais**.

Os cuidadores formais identificam algumas **necessidades** que se prendem com **défices de formação, apoio, comunicação e supervisão**.

Os enfermeiros da comunidade caracterizam estes cuidadores como alguém que transmite tranquilidade para as famílias, exercem verificações regulares, **identificam aspetos relacionados com a condição da pele e alterações da mobilidade dos clientes**, e contactam com os enfermeiros da comunidade. Contudo, as opiniões dos enfermeiros acerca da qualidade da prestação dos cuidados físicos são variáveis, pelo que a idade e o nível de experiência do cuidador influenciava a qualidade dos cuidados.

Devlin e MacIlfatrick (2010) verificaram que grande parte destes cuidadores **não recebeu formação**, tendo adquirido habilidades no “terreno” através de colegas de trabalho. Os cuidadores formais destacam como **fontes de apoio**, além dos seus colegas de trabalho, **os enfermeiros da comunidade**.

Os mesmos autores referem que os **enfermeiros são potenciais educadores deste grupo** na medida em que podem **identificar as suas necessidades, fornecer-lhes apoio e supervisão nas suas tarefas**, nomeadamente em relação à **prestação de cuidados físicos**.

Assim, este artigo é um contributo à resposta da questão formulada *“Quais as intervenções de enfermagem que promovem a melhoria dos conhecimentos das ajudantes de ação direta no cuidado ao idoso dependente?”* na medida em que as estratégias educacionais usadas pelos enfermeiros da comunidade, ao terem em conta as necessidades dos cuidadores, podem ser uma resposta eficaz aos défices de formação identificados, bem como a promoção de uma compreensão mútua de papéis no contributo do cuidado à pessoa. Assim pode-se verificar que a intervenção dos enfermeiros através do acompanhamento direcionado às necessidades dos cuidadores formais

contribui para a melhoria dos seus conhecimentos, ficando assim mais capacitados para a prestação de cuidados ao idoso dependente.

No que diz respeito ao segundo artigo "Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers" (Holroyd e Holroyd, 2015) é feita uma descrição de como as alterações físicas nos idosos pode alterar os seus hábitos de higiene, nomeadamente o banho, e como o ambiente de cuidados e fatores institucionais podem incorporar as crenças e valores dos idosos de forma a serem cumpridas as novas necessidades de cuidados.

À semelhança do primeiro artigo também identifiquei algumas categorias de modo a retirar os achados mais relevantes à minha questão. São elas: "*importância do banho*", "*cuidado centrado na pessoa*", "*perceção do banho: experiência dos idosos residentes*", "*perceção do banho: experiência dos cuidadores formais*" e "*necessidades dos cuidadores formais*".

O aumento da população idosa e a incapacidade de resposta das famílias leva cada vez mais à procura de cuidados residenciais, prestados por cuidadores formais.

A degradação das capacidades físicas dos idosos altera as suas preferências em relação ao banho. Este, é muito importante na medida em que **constitui a satisfação de uma das necessidades humanas básicas, a higiene**. Assim, é necessário que os cuidadores residenciais (cuidadores formais) tenham em conta o **cuidado centrado na pessoa, incorporando os valores e crenças da pessoa de modo a responder adequadamente às novas necessidades**.

O banho é visto por ambos (idosos e cuidadores) como um momento de interação social e como uma atividade complexa que vai além da limpeza física. Os idosos caracterizam maioritariamente os banhos de forma positiva e as cuidadoras tentam flexibilizar esse momento por forma a torná-lo agradável.

Neste artigo, Holroyd e Holroyd (2015) relatam que as cuidadoras identificam algumas **necessidades**, como por exemplo, **a existência de equipamentos de apoio que são necessários para garantir segurança e satisfação global no banho**, assim como a **necessidade de trabalho em equipa**.

As cuidadoras reconhecem igualmente a **necessidade de formação para promover o cuidado centrado na pessoa**, tal como os idosos se tornem em sujeitos ativos em vez de objetos passivos e desta forma humanizar mais os cuidados. Holroyd e Holroyd (2015) mencionam que a literatura suporta o valor do ensino do cuidado centrado na pessoa aos cuidadores residenciais.

Os mesmos autores reforçam que **sessões de reflexão entre os vários intervenientes**, com o objetivo de identificar aspetos positivos e aspetos a melhorar poderiam **fomentar a aprendizagem profissional, resolução de conflitos e trabalho em equipa eficaz**.

Este artigo permite verificar que há um campo aberto de motivos para chegar até estes cuidadores de forma a procurar a melhoria da prestação de cuidados nomeadamente no que diz respeito à higiene do idoso. O enfermeiro de saúde comunitária é o profissional de excelência capaz de validar as necessidades destes cuidadores e implementar estratégias de apoio e educação que promovam a sua capacitação. Em suma, a análise de ambos os artigos selecionados permitiu encontrar evidências que respondem à questão formulada.

O contributo destes artigos serviu de orientação à implementação de um projeto de intervenção comunitária.

### 3.5- ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Estando as etapas anteriores do planeamento em saúde cumpridas e feita a análise da melhor evidência científica segue-se a criação de programas ou projetos que respondam às necessidades a colmatar.

Imperatori e Giraldes (1993), refere-se a esta etapa como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução parcial ou total, de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos.

É importante distinguir programa de projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que exigem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori e Giraldes, 1993: 129). Já o projeto é definido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori e Giraldes, 1993: 129).

#### 3.5.1- Projeto de Intervenção Comunitário: “Capacitar Para Melhor Cuidar”

Pela análise das entrevistas efetuadas foi possível identificar as principais necessidades de formação das AAD que foram agrupadas nas áreas: Processo de envelhecimento, Comunicação com o idoso/família, Cuidados de higiene e conforto, Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida.

Em reunião com a Enf<sup>a</sup> Cooperante e restantes colegas de estágio estas áreas foram divididas em três projetos. Tendo em conta a minha experiência profissional e particular interesse, trabalhei o diagnóstico de enfermagem comunitário “Ameaça à linha de defesa das AAD relacionada com stressores intrapessoais, evidenciado por: dificuldades na prestação dos cuidados de higiene e conforto”.

Deste modo, o projeto desenvolvido “**Capacitar para Melhor Cuidar**” teve como população alvo as AAD das instituições parceiras e o seu principal objetivo foi o de capacitar o grupo para a prestação de cuidados de higiene e conforto através do aumento de conhecimentos na área. Este projeto procurou ainda ser um contributo ao cumprimento do Programa de Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI, 2006), através da capacitação dos cuidadores formais (AAD) no cuidado ao idoso dependente.

Esta atividade permitiu a aquisição da competência G1.4- “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.”

### 3.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Como já mencionado anteriormente, para além do projeto “Capacitar para Melhor Cuidar”, houve a criação dos projetos dos respetivos colegas de estágio. Por uma questão de rentabilização de tempo, espaço físico e outros recursos, os três projetos basearam-se na realização de sessões de formação organizadas por módulos. O conjunto destes módulos denominados “Formar para melhor Cuidar” procuraram responder às necessidades expressas nos diagnósticos de enfermagem comunitários.

Esta etapa iniciou-se com a elaboração do plano operacional das atividades a implementar, constante no Projeto de Estágio (Anexo IX), que compreende os objetivos específicos, as estratégias de intervenção, o local, os recursos, o horizonte temporal e os indicadores de avaliação.

Após validação das estratégias de intervenção pela Enfª Cooperante, iniciou-se a divulgação do projeto, quer através de cartaz quer presencialmente, junto das AAD de cada IPSS.

Seguidamente, foi elaborada uma ficha de inscrição nas sessões de formação com dados sociodemográficos e dados relativos à atividade profissional (Anexo X) validada pela Enfª Cooperante e que permitiu a caracterização das AAD.

No que respeita à caracterização sociodemográfica do grupo populacional, pode-se constatar que 96% é do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 40 a 59 anos. Todas são de nacionalidade portuguesa, à exceção de uma, de nacionalidade romena. As habilitações literárias deste grupo são na maioria o ensino secundário, com 29%, seguido do 2º ciclo e 1º ciclo do ensino básico, com 25% e 21% respetivamente.

Quanto à formação que estas AAD têm na área de cuidados ao idoso dependente, 63% respondeu que tinha formação nesta área (cursos de geriatria e cursos de apoio à família/comunidade) e 37% referiu não ter formação. Relativamente há quanto tempo fizeram a última formação, realça-se que 25% responderam que fizeram formação há mais de 2 anos.

Estes dados podem ser consultados de forma esquemática nos quadros e gráficos representados em anexo (Anexo XI)

De realçar que a conceção das sessões de formação teve em conta as características do grupo alvo, ou seja, adultos com nível de escolaridade relativamente baixo e ainda as necessidades concretas em relação à área dos cuidados de higiene e conforto.

De modo a fundamentar as intervenções a realizar com o projeto, foi essencial a procura da melhor evidência científica (prática baseada na evidência) no que diz respeito à temática em análise, com recurso à Revisão Sistemática da Literatura. O contributo dos achados da RSL foram uma mais valia para a preparação das sessões de formação. Estas foram preparadas em suporte power point, com recurso a linguagem simples, imagens e vídeos ilustrativos das temáticas abordadas.

Na busca de enriquecer e dinamizar as sessões procedeu-se ao convite de dois profissionais (Higienista oral do ACES Oeste Norte e Enfª Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Caldas da Rainha).

Em relação à preparação da avaliação, nomeadamente para apurar se haveria melhoria dos conhecimentos das AAD após participação nas sessões, foi construída uma ficha de avaliação de

conhecimentos com 10 questões simples, de resposta verdadeiro/falso a ser entregue antes da 1ª sessão e após o término da última sessão (Anexo XII). Foi ainda produzida grelha de avaliação da satisfação da sessão pelos formandos de modo a obter a perceção dos mesmos acerca da pertinência dos conteúdos, desempenho do formador, se a sessão contribuiu para o aumento de conhecimentos, entre outros (ANEXO XIII). Para além desta avaliação por parte das AAD, também é importante a avaliação do formador de modo a realizar uma avaliação global da sessão (ANEXO XIV).

De forma a avaliar a assiduidade dos formandos nas sessões criou-se documento para registo de assiduidade que foi dado a assinar em cada sessão pelos presentes (ANEXO XV).

### 3.7- EXECUÇÃO

Nesta fase são colocadas em prática todas as atividades delineadas que procuram resposta aos objetivos definidos. As sessões de formação decorreram na sala de reuniões da biblioteca do Centro de Saúde de Caldas da Rainha, em horário pós-laboral, entre as 18 e 20 horas, de forma a proporcionar uma maior adesão das AAD. Cada módulo foi constituído por 2 sessões, com duração total de 4 horas.

A primeira sessão intitulada “Cuidados de Higiene e Conforto” iniciou-se pelo preenchimento da ficha de avaliação de conhecimentos referente à temática. Os diapositivos referentes a esta sessão podem ser consultados em anexo (Anexo XVI). O quadro seguinte descreve o objetivo da sessão e os conteúdos abordados.

Quadro nº 1- Sessão de Formação 1

<b>Sessão de Formação: “Cuidados de Higiene e Conforto”</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Conteúdos abordados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sensibilizar o grupo para a importância dos cuidados de higiene e conforto e a influência que estes têm no estado de saúde da pessoa idosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Necessidades humanas básicas;</li> <li>➤ Importância dos cuidados de higiene e conforto;</li> <li>➤ Caracterização da pele;</li> <li>➤ Grau de dependência: adaptação da higiene;</li> <li>➤ Banho: fatores que interferem e causas de resistência ao banho;</li> <li>➤ Tipos de banho: chuveiro e leito;</li> <li>➤ Higiene íntima;</li> <li>➤ Cuidados com os cabelos, barba e unhas;</li> <li>➤ Higiene oral;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuidados especiais: alimentação por sonda nasogástrica; cuidados a ter com algalias; cuidados de segurança e proteção pessoal.</li> </ul>
--	--

De referir que estava prevista a colaboração da higienista oral do Aces Oeste Norte que não veio a concretizar-se por impossibilidade da mesma, porém os conteúdos acerca da higiene oral foram igualmente abordados por mim dada a sua relevância.

Apesar de ser uma sessão essencialmente teórica, foram levados para a sala alguns objetos relativos a aspetos mais práticos para manuseamento de modo a dinamizar a sessão, (por ex. espátula para limpeza oral, saco coletor de urina).

Tendo em conta que a sessão se destinava a um grupo de adultos, foi sempre dada a oportunidade de intervenção e reflexão por parte dos formandos, de modo a ir ao encontro das suas necessidades e expectativas. De realçar que foi uma sessão com elevada participação, em que os formandos descreveram muitas das dificuldades que enfrentam diariamente e foram discutidas em grupo e refletidas algumas medidas para colmatar esses obstáculos, nomeadamente a comunicação.

Relativamente à segunda sessão de formação, os diapositivos de suporte podem ser examinados em anexo (Anexo XVII). O quadro abaixo apresenta os objetivos da sessão assim como os conteúdos discutidos.

Quadro nº 2- Sessão de Formação 2

<b>Sessão de Formação: “Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão”</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos abordados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sensibilizar as AAD para a importância que a sua atividade profissional tem na promoção da saúde da pessoa idosa;</li> <li>➤ Alertar para o reconhecimento da necessidade do envolvimento de outros profissionais de saúde no controlo de intercorrências na saúde do idoso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Importância dos posicionamentos;</li> <li>➤ Tipos de posicionamentos;</li> <li>➤ Úlceras de pressão (UP): evolução das úlceras;</li> <li>➤ Fatores de risco das UP;</li> <li>➤ Medidas preventivas das UP;</li> <li>➤ Equipamentos de apoio;</li> <li>➤ Reconhecimento de situações de alerta na pele: encaminhamento para cuidados de enfermagem;</li> <li>➤ Tipos de transferências;</li> <li>➤ Ajudas técnicas;</li> </ul>

	➤ Treino dos posicionamentos e transferências.
--	--

A abordagem realizada sobre o reconhecimento de situações de alerta na pele da pessoa idosa revelou-se muito importante pelo facto de assumirmos que os AAD têm um papel relevante na sinalização de casos com necessidade de intervenção dos cuidados de enfermagem. A inclusão desta área tornou-se fundamental, por tratar-se de uma inquietação enquanto profissional de cuidados de saúde primários que realizo visita domiciliária e com frequência me deparo com situações que poderiam ter menor gravidade caso tivessem sido reportadas em tempo útil. Considera-se que foi assim transmitida a mensagem pretendida.

Nesta sessão, destaca-se ainda a importância do treino realizado sobre os posicionamentos e transferências, uma vez que permitiu a participação de todo o grupo. Foi dada a oportunidade às AAD para exemplificarem alguns procedimentos, aproveitando a sua experiência e os seus conhecimentos para a partir daí serem detetados procedimentos executados de forma menos adequada e aconselhadas medidas de correção. O grupo de formandas mostrou-se muito receptivo a aprender e foram retiradas muitas dúvidas. De referir que esta sessão contou com a colaboração da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na realização do treino pelos seus conhecimentos específicos na área. O seu contributo foi uma mais valia na medida em que as formandas foram alertadas para aspetos muito práticos, nomeadamente sobre a postura correta a ter perante uma transferência (aspeto muito descuido pela maioria das AAD). Na minha perspetiva a articulação com esta profissional de saúde permitiu ir ao encontro dos interesses e expectativas de aprendizagem do grupo de formandas através da abordagem de aspetos de carácter prático que as mesmas desempenham na sua atividade de trabalho e poderem desta forma aplicar os conhecimentos adquiridos de forma imediata. Julgo que esta estratégia foi resposta concreta à orientação de adultos no seu processo de aprendizagem.

Após o término das sessões foi elaborado o Manual de Apoio a ser entregue em cada IPSS onde constam os planos de cada sessão, assim como os conteúdos abordados nos diapositivos apresentados, com anotações que se consideraram pertinentes à sua compreensão e com as referências bibliográficas pesquisadas de modo a poderem ser consultados posteriormente pelas AAD (Anexo XVIII). Os planos de sessão, apesar de serem um apoio ao formador, foram facultados às diretoras técnicas de cada IPSS uma vez que houve pedido por parte de uma das Instituições por motivos de processo de acreditação.

De igual forma foi elaborada uma notícia para divulgar à comunidade as sessões de formação realizadas com as AAD, entretanto já publicada no Jornal das Caldas da Rainha. (Anexo XIX). Dar visibilidade ao trabalho efetuado é também uma maneira de afirmar o valor da enfermagem e o impacto que pode ter na melhoria da saúde das pessoas/comunidade.

A realização do póster em conjunto com os colegas de estágio procurou exprimir de forma resumida os 3 projetos de intervenção individual desenvolvidos (Anexo XX).

Por fim, foram entregues os certificados de presença a cada formando com as respetivas sessões e nº de horas em que participou (Anexo XXI)

As atividades realizadas nestas duas últimas etapas do planeamento em saúde contribuíram para a aprendizagem de outras competências do Enfermeiro Especialista, a designar: G2.1- “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.”; G2.2- “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.”; G2.3- “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.”

### 3.8- AVALIAÇÃO

Enquanto última etapa do planeamento, a avaliação consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planejar de forma mais eficiente (Imperatori e Giraldes, 1993).

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados das atividades realizadas, assim como os indicadores que foram definidos de modo a proceder a uma avaliação.

À medida que o projeto “Capacitar para Melhor Cuidar” foi implementado, foram usados alguns instrumentos de recolha de dados que possibilitaram a realização de uma avaliação.

Em relação às fichas de avaliação de conhecimentos, foi feita uma comparação entre os resultados obtidos na ficha inicial e os da final, de forma a perceber se houve alguma melhoria. O quadro seguinte (Quadro nº 1) e gráfico (Gráfico nº 1) refletem esses resultados.

Quadro nº 3- Resultados obtidos pelos formandos nas fichas de avaliação de conhecimentos

Formando	% Ficha Inicial	% Ficha Final	% Melhoria
1	70	70	0
2	60	70	10
3	70	80	10
4	50	80	<b>30</b>
5	50	70	20
6	60	80	20
7	70	80	10
8	70	80	10
9	50	80	<b>30</b>
10	40	60	20
11	70	70	0

<b>12</b>	80	80	0
<b>13</b>	30	80	<b>50</b>
<b>14</b>	80	80	0
<b>15</b>	50	70	20
<b>16</b>	70	80	10
<b>17</b>	70	80	10
<b>18</b>	_____	80	_____
<b>Média obtida</b>	<b>61%</b>	<b>76%</b>	<b>15%</b>

Da análise destes resultados, verifica-se que na 1ª sessão foram preenchidas 17 fichas de avaliação com uma média obtida de 61%, que corresponde a uma classificação de suficiente. Após o término da 2ª sessão, foi aplicada a mesma ficha com a obtenção da média de 76%, equivalente à classificação de bom. Dado que o número de formandos presentes não foi igual entre a 1ª e última sessão, não se considerou a ficha nº 18 por não haver possibilidade de comparação. Pode constatar-se que 13 formandos tiveram uma melhoria das classificações obtidas, entre a inicial e a final. A média de aumento das primeiras classificações para as segundas foi na ordem de 15%, o que sugere que de uma forma geral as sessões de formação permitiram um aumento de conhecimentos aos formandos. De realçar que houve 4 formandos que mantiveram a classificação, no entanto destaca-se a melhoria significativa dos formandos nº 4, 9 e 13, com um aumento de 30% e 50% respetivamente.

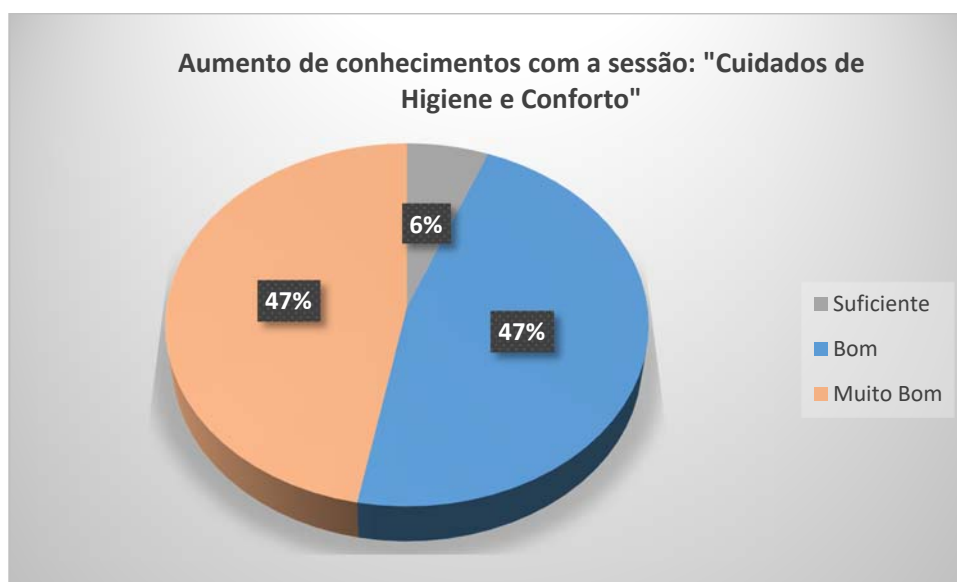
As áreas em que os formandos revelaram uma melhoria mais acentuada, foi nas questões relativas aos posicionamentos e às transferências. Pelo contrário, as questões em que se verificaram mais falhas prendem-se com aspetos relacionados com o banho e com a alimentação por sonda nasogástrica. Considero que esta evidência pode ser explicada pelo facto de os formandos aprenderem de forma mais efetiva quando lhe são fornecidos conteúdos de carácter mais prático. O treino dos posicionamentos e transferências na segunda sessão de formação foi exemplo do descrito. Outros fatores também podem influenciar estes resultados, nomeadamente o interesse da aprendizagem, o nível de compreensão das formandas e a atenção prestada aquando da transmissão dos conteúdos.

Relativamente à avaliação das sessões pelos formandos, destaco o item “Aumento de conhecimentos com a sessão”, uma vez que, mais do que números é importante evidenciar a opinião/perceção de cada formando. Os itens eram pontuados em “Nulo”, “Fraco”, “Suficiente”, “Bom” e “Muito Bom”. Os resultados da avaliação de cada sessão com todos os itens são representados nos quadros e o item relativo ao aumento de conhecimentos obtido em cada sessão é apresentado pelos gráficos abaixo.

Quadro nº 4- Avaliação da Sessão de formação: “Cuidados de Higiene e Conforto”

Avaliação da Sessão de formação- “Cuidados de Higiene e Conforto” %						
Item	Nulo	Fraco	Suficiente	Bom	Muito Bom	Total
1	0	0	6	59	35	100
2	0	0	6	41	53	100
3	0	0	0	41	59	100
4	0	0	0	47	53	100
5	0	0	6	41	53	100
6	0	0	0	47	53	100
7	0	0	0	18	82	100
8	0	0	6	47	47	100
9	0	0	0	35	65	100
10	0	0	0	53	47	100

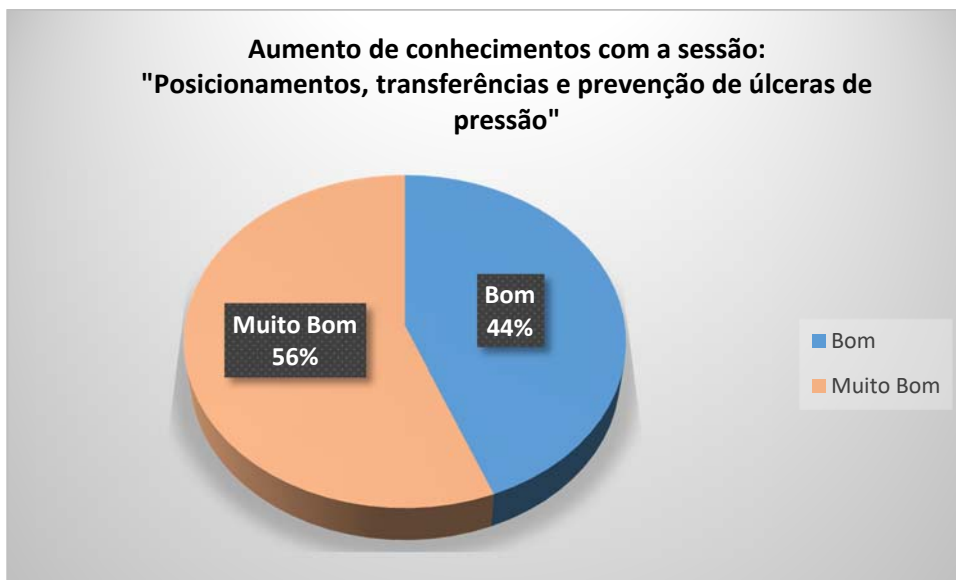
Gráfico nº 1- Aumento de conhecimentos com a sessão de formação: “Cuidados de higiene e Conforto”



Quadro nº 5- Avaliação da Sessão de formação: “Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão”

Avaliação da Sessão de formação- “ <i>Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão</i> ” %						
Item	Nulo	Fraco	Suficiente	Bom	Muito Bom	Total
1	0	0	0	56	44	100
2	0	0	0	56	44	100
3	0	0	6	39	56	100
4	0	0	0	33	67	100
5	0	0	0	39	61	100
6	0	0	0	33	67	100
7	0	0	0	11	89	100
8	0	0	0	44	56	100
9	0	0	0	22	78	100
10	0	0	0	33	67	100

Gráfico nº 2- Aumento de conhecimentos com a sessão: “Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão”



Da análise feita à avaliação das sessões pelos formandos verifica-se que todos os itens são pontuados de forma positiva e maioritariamente como Bom ou Muito Bom. Destacam-se os itens nº 7 (Competência/desempenho do formador) e o nº 9 (Ambiente relacional entre o formador e os formandos) como aqueles em que os formandos mais avaliaram no Muito Bom.

No item nº 8 (Aumento de conhecimentos com a sessão), em relação à 1ª sessão, apenas 1 formando considerou o seu aumento de conhecimentos no suficiente e uma percentagem de 94% pontuou no Bom e Muito Bom. Já na 2ª sessão todos os formandos avaliaram o seu aumento de conhecimentos no Bom ou no Muito Bom, sendo que 56% foi Muito Bom. Estes dados, quer os resultados das fichas de avaliação de conhecimentos, quer os da avaliação da sessão dos próprios formandos, sugerem que os mesmos aumentaram os seus conhecimentos, tendo sido por isso atingido um dos objetivos específicos deste projeto.

Como referido em capítulo anterior, é necessário definir indicadores para poder avaliar a atividade realizada. Assim, é apresentado um quadro que sintetiza os indicadores de atividade e os indicadores de resultado, assim como as metas que defini para permitir uma avaliação (Quadro nº 4).

Quadro nº 6- Indicadores de atividade e indicadores de resultado

Indicadores	Meta	Resultado Final
<b>Indicador de Atividade – “Inscrição nas Sessões de Formação”:</b> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD inscritos nas sessões de formação}}{\text{N}^\circ \text{ total de vagas}} \times 100$	Obter <b>100%</b> de inscrições	(24/24)= <b>100%</b>
<b>Indicador de Atividade – “Sessões de formação realizadas”</b> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões planeadas}} \times 100$	Realizar <b>100%</b> de sessões	(2/2)= <b>100%</b>
<b>Indicador de Atividade – “Assiduidade na sessão de formação: Cuidados de Higiene e Conforto</b> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD presentes na formação realizada}}{\text{N}^\circ \text{ total de AAD inscritos}} \times 100$	Obter <b>70%</b> de assiduidade	(17/24)= <b>70,8%</b>
<b>Indicador de Atividade - “Assiduidade na sessão de formação: Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão”</b> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD presentes na formação realizada}}{\text{N}^\circ \text{ total de AAD inscritos}} \times 100$	Obter <b>70%</b> de assiduidade	(18/24)= <b>75%</b>
<b>Indicador de Atividade – “ % de formandos que classificam o desempenho do formador de muito bom”</b> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de formandos a classificar muito bom}}{\text{N}^\circ \text{ total de formandos a avaliar}} \times 100$	Obter <b>70%</b> de formandos a considerar o desempenho do formador muito bom	<b>Sessão 1:</b> (14/17)= <b>82,4%</b>  <b>Sessão 2:</b> (16/18)= <b>88,9%</b>

<p><b>Indicador de Resultado – “% de formandos que consideram ter um aumento de conhecimentos muito bom”</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de formandos a classificar muito bom} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de formandos a avaliar}}</math></p>	<p>Obter <b>30%</b> de formandos a considerar um aumento de conhecimentos muito bom</p>	<p><b>Sessão 1:</b> (8/17)=<b>47%</b></p> <p><b>Sessão 2:</b> (10/18)=<b>55,6%</b></p>
<p><b>Indicador de Resultado – “ Melhoria das classificações nas fichas de avaliação”</b></p> <p>% da média da classificação final - % da média da classificação inicial</p>	<p>Obter <b>10%</b> de melhoria nas classificações</p>	<p>(76- 61)=<b>15%</b></p>

Tendo presente a análise destes dados, certifica-se que as atividades realizadas deram resposta positiva aos objetivos traçados, nomeadamente a promoção do aumento de conhecimentos das AAD no que toca aos cuidados de higiene e conforto, contribuindo por isso para a sua capacitação no cuidado ao idoso dependente. A avaliação da eficácia das intervenções realizadas, através dos indicadores definidos sensíveis às intervenções de enfermagem, pode-se concluir que foram eficazes dado que todos foram cumpridos. Em suma, a implementação deste projeto foi positiva para ambas as partes, na medida em que o mesmo concorre para a obtenção de ganhos em saúde, dando visibilidade à prática de enfermagem e a melhoria dos conhecimentos das AAD permite aumentar a qualidade dos cuidados que prestam ao idoso dependente.

Desta forma, julga-se ter adquirido a competência: G1.5- “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.”

#### 4- OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Para além do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foram realizadas outras atividades propostas pela Enfª Cooperante a fim de serem desenvolvidas outras competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária, assim como perceber o funcionamento de uma Unidade de Saúde Pública de forma mais abrangente. Assim, descrevo sucintamente as atividades em que participei:

- Realização de Ação de Sensibilização: “Cuidados com o Sol” dirigido a 2 turmas de crianças do 1º Ciclo do Concelho da Nazaré no dia 04 de Julho de 2016. Esta ação tinha sido um pedido por parte de instituições à USP com o intuito de alertar as crianças sobre a temática, tendo em conta o período de época balnear. Ambas decorreram muito bem, com muita participação das crianças, sendo por isso concretizado o objetivo de sensibilização destas crianças.

- Participação nas I Jornadas Pedagógicas do Aces Oeste Norte que decorreram nos dias 11 a 13 de Julho de 2016. O tema das jornadas foi “A Saúde Escolar na Promoção do Sucesso Educativo” e foram inseridas no âmbito do Movimento Escola de Afetos em que o Aces Oeste Norte e Aces Arco Ribeirinho são aderentes. Para além de workshops foram apresentados programas de saúde escolar dinamizados nas escolas destes agrupamentos. É de salientar a importância destes programas em âmbito escolar, dado que as crianças e adolescentes passam cada vez mais tempo na escola, sendo por isso um contributo positivo para a promoção da sua educação e saúde.

- Colaboração na elaboração de uma base de dados no programa *excel* referente aos internamentos compulsivos da área de influência da USP, de 2010 a 2016, de maneira a facilitar o acesso a estes dados. Devo referir que esta atividade foi complexa, na medida em que foram consultados todos os processos em papel dos casos existentes e fiquei sensibilizada com a quantidade de casos que continua a aumentar. Todavia, desde que a UCC de Caldas da Rainha possui na equipa uma Enfª Especialista em Saúde Mental, muitos destes casos são encaminhados para a profissional, não sendo por isso necessário na maioria o internamento, revelando assim a visibilidade do contributo da enfermagem na melhoria do estado de saúde das pessoas. Esta base de dados servirá ainda para a caracterização do perfil de saúde da região Oeste Norte que se encontra a ser reavaliado na USP.

- Colaboração na elaboração do Manual de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO). O meu contributo foi em relação às doenças Tuberculose e Varíola. A Enfª Cooperante sugeriu fontes bibliográficas e tive ainda a necessidade de recorrer à norma recente da DGS relativa à administração da vacina BCG (Norma 001/2016 de 12/02/2016). Esta atividade foi muito enriquecedora, dado que me alertou para a variedade de doenças para as quais está legislado a notificação obrigatória e permitiu um reforço de conhecimentos nesta área.

- Observação da dinâmica da Consulta de Alcoologia, dirigida pela Enfª Cooperante. Pude constatar que nesta consulta utilizam como recurso para avaliação da mudança comportamental dos utentes o Modelo Transteórico de Mudança, de Prochaska e DiClemente (1992) muito usado em intervenções relacionadas com comportamentos aditivos. De forma muito sucinta, este modelo descreve o processo de mudança ao longo de cinco fases denominadas por: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O profissional de saúde utiliza estratégias nas diferentes fases de modo a dar apoio à pessoa a avançar ao longo do processo.

O conjunto destas atividades contribuíram para o enriquecimento do estágio e permitiram a aquisição das competências: G3.1- *“Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.”* e G4.1- *“Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde –doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.”*

## 5- ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

O estágio realizado na USP Zé Povinho permitiu a identificação de uma lacuna na intervenção com os cuidadores formais de idosos dependentes, daí o desafio de trabalhar com este grupo. Iniciou-se a realização do diagnóstico de situação, nomeadamente o levantamento das necessidades formativas das AAD (cuidadores formais) de três IPSS do Concelho de Caldas da Rainha. Através das necessidades encontradas foi formulado (em grupo de estágio) o diagnóstico de enfermagem comunitário com recurso ao Modelo Teórico de Betty Neuman.

Tendo em conta o contexto do desenvolvimento deste trabalho, foi importante a compreensão da comunidade e, mais concretamente, a caracterização do grupo de AAD (sistema cliente).

O Modelo Teórico de Betty Neuman foi adotado, dado que defende uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress (Neuman, 1995).

O projeto “Capacitar para Melhor Cuidar” pretendeu ser resposta a um diagnóstico de enfermagem comunitário em particular, descrito como “Ameaça à linha de defesa das AAD relacionada com stressores intrapessoais, evidenciado por: dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto”.

A elaboração de um projeto de intervenção é estabelecido para procurar solucionar os desafios em saúde, de forma a suportar as comunidades na satisfação das suas necessidades e promover comportamentos geradores de bem-estar.

É necessário passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário (Jeremias e Rodrigues, 2010).

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica característico da sua disciplina e a transmissão do conhecimento para o quotidiano da vida das pessoas.

Nesta linha de pensamento, o recurso à revisão sistemática de literatura permitiu a escolha de intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica.

Dos achados encontrados, os enfermeiros são potenciais educadores dos cuidadores formais, nomeadamente das AAD, na medida em que podem identificar as suas necessidades, implementando assim sessões de educação e reflexão capazes de fomentar a aprendizagem profissional e trabalho em equipa. Os conhecimentos obtidos da RSL comprovam que a enfermagem cada vez mais deve usar esta ferramenta de modo a demonstrar que as intervenções

de enfermagem baseadas na melhor evidência científica são aquelas que podem produzir resultados que concorram para a obtenção de ganhos em saúde e dar a visibilidade necessária à prática.

Deste modo, o contributo da evidência científica encontrada prende-se com atividades que promovem aprendizagem e aumento de conhecimentos a este grupo de trabalhadores, uma vez que, tal como relatam Devlin e MacIlfatrick (2010) constituem um grupo de cuidadores que carecem de formação e identificam nomeadamente os enfermeiros da comunidade como fontes de apoio à sua atividade. De igual forma, no contexto português a literatura relata que os governantes não têm valorizado o investimento na formação destes cuidadores, apesar do mesmo constituir uma mais valia na qualidade dos cuidados prestados aos idosos e famílias (Sousa, 2011).

O diagnóstico de situação realizado constatou a falta de investimento na formação das AAD traduzida pelas diversas necessidades formativas identificadas, pelo que foram realizadas sessões de formação com vertente teórica e prática, dirigidas às AAD, com conteúdos relativos aos cuidados de higiene e conforto, incluindo-se também outros aspetos que se consideraram pertinentes tendo em conta as necessidades encontradas, tais como os cuidados com o idoso acamado, nomeadamente a importância dos posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão.

O facto destas sessões se dirigirem a um grupo de adultos, foram tidos em conta as suas habilitações literárias, os conhecimentos e experiência que já possuem, havendo a necessidade de adequar os conteúdos e a utilização de uma linguagem simples tendo em conta as competências que estão legisladas para estas trabalhadoras. Foi assim adotada a estratégia de realizar sessões de formação com o grupo e não para o grupo, uma vez que foi dada a oportunidade de partilharem as suas experiências e colocarem as suas dúvidas, possibilitando assim ir ao encontro do que era desejado ser aprendido. Segundo a RSL efetuada, Holroyd e Holroyd (2015) referem que as sessões de reflexão ajudariam a equipa de cuidados a desenvolver habilidades de comunicação e promoviam a troca de feedback, facilitando a aprendizagem.

Desta forma, julga-se ter correspondido de forma positiva à orientação deste grupo no seu processo de aprendizagem. A elevada participação e partilha de experiências das AAD foram reveladoras do envolvimento e sensibilização deste grupo relativamente à importância da formação para o desenvolvimento das suas competências, tendo por isso sido cumprido um dos objetivos operacionais do projeto.

Por outro lado, o aumento de conhecimentos das AAD, verificado pela aplicação das fichas de avaliação, foi comprovado pelos 15% de melhoria atingida. Importa acrescentar que esta melhoria é corroborada pelas avaliações das sessões feitas pelas AAD, classificadas maioritariamente de bom ou muito bom. Similarmente, o feedback que os diretores técnicos forneceram foi muito positivo, e inclusivamente foi lançado como desafio futuro a organização de mais iniciativas que respondam a outro tipo de necessidades.

Importa referir que no decurso deste projeto foi importante utilizar uma das ferramentas transmitidas em contexto de sala de aula e que diz respeito ao uso da prática reflexiva.

A prática reflexiva consiste em fazer uso da reflexão sobre a prática, que visa à mudança/transformação. Habitualmente o recurso a esta prática ocorre em três momentos, ou seja: durante a ação - reflexão na ação; numa perspetiva retroativa - reflexão sobre a ação; e numa perspetiva prospetiva - reflexão para a ação (Waldow, 2009).

A reflexão na ação significa que se usa a reflexão enquanto está a ocorrer a ação, ou seja, verifica-se o que está a acontecer, permitindo tomar medidas para manter ou alterar o curso da ação. Por outras palavras, diz respeito à avaliação do processo e visa atualizar, renovar, simplificar, tornar melhor (Waldow, 2009). Recorreu-se a este tipo de reflexão, por exemplo, durante a realização das sessões de formação às AAD, uma vez que, sempre que oportuno, apelou-se à partilha de experiências e de opiniões de forma a transmitir a mensagem pretendida.

A reflexão sobre a ação consiste em refletir a ação após estar concluída, ou seja, analisa-se o que foi feito e como poderia ser feito. Serve para compreender, aprender e integrar o que aconteceu (Waldow, 2009). Este tipo de reflexão esteve presente na etapa da avaliação, em que se pôde constatar que a sessão de formação que contemplou o treino dos posicionamentos e transferências foi promotor de uma assimilação de conhecimentos mais eficaz por parte das AAD, notório através do aumento da sua participação, assim como da melhoria das respostas às questões das fichas de avaliação respeitantes a esses conteúdos.

Perante o pensamento sobre o que se fez e como ocorreu é possível desenvolver um pensamento sobre como posso fazer de forma diferente, o que há a melhorar, ou seja, permite a reflexão para a ação, numa perspetiva prospetiva. Durante a execução do projeto não foi possível avaliar se as AAD alteraram o seu comportamento de acordo com o aumento de conhecimentos obtidos, contudo, pensa-se que apenas no imediato esses comportamentos tenham sido alterados, uma vez que o projeto decorreu num período de tempo muito limitado.

Segundo Carvalho (2006), para que ocorra mudança de comportamento e o mesmo se mantenha, poderá ser necessário que a intervenção decorra num período de tempo alargado. O mesmo é defendido por Henriques (2011) quando afirma que o tempo mínimo para que esta mudança possa ser mensurável é de 6 meses.

Para além do tempo, na minha opinião, manter a motivação das AAD para a mudança pode também ser outro fator importante.

Deste modo, tendo em conta o que foi desenvolvido e como decorreu, admite-se avaliar todo o percurso de uma maneira geral como positiva, contudo, de futuro é fundamental dar continuidade a este projeto para que, para além da melhoria de aspetos pontuais, tais como a realização de sessões que contemplem mais tempo dedicado a conteúdos práticos, também seja possível confirmar se o aumento de conhecimentos das AAD se reflete na sua prática, isto é, se o nível de prestação de cuidados ao idoso dependente foi melhorado. Esta avaliação poderá vir a ser efetivada através da observação das práticas, com recurso a visitas domiciliárias aos utentes recetores dos cuidados.

O estudo de Smith (2005) conclui que a qualidade dos cuidados prestados pode ser melhorada após a implementação de programas de formação para as AAD.

Também Stanhope (2011) esclarece que a mudança saudável exige conhecimento, desempenho de novas capacidades, análise de atitudes e valores relativos à mudança e adaptação aos papéis.

Por tudo isto, considero que o facto de exercer a minha atividade profissional em cuidados de saúde primários, nomeadamente no ACES ON, e por ter adquirido as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, encontram-se reunidas todas as condições para manter em execução este projeto de forma contínua de modo a atualizar a informação transmitida e assim promover a manutenção da motivação para a mudança das AAD.

Assim, a prática reflexiva em enfermagem constitui um instrumento de reavaliação das práticas que proporciona a sua transformação. Fazer uso da reflexão é por isso essencial e tem como objetivo melhorar a prática e a disciplina de enfermagem.

Pode-se ainda destacar que a troca de experiências e saberes, assim como os momentos de discussão ocorridos durante as apresentações nos seminários realizados na escola também foram um contributo para o desenvolvimento de todo o processo reflexivo deste estágio (Anexo XXII e Anexo XXIII).

Face ao exposto, julga-se que os objetivos operacionais do projeto, nomeadamente a sensibilização das IPSS e AAD para a necessidade de formação, a realização de sessões de formação e a constatação de um aumento de conhecimentos das AAD relativamente aos cuidados de higiene e conforto foram atingidos. De acordo com a perspetiva da Teoria de Neuman as intervenções de enfermagem desenvolvidas permitiram melhorar os conhecimentos do grupo populacional, tendo possibilitado a redução do stressor (falta de conhecimentos/formação) e ser assim reforçada a sua linha de defesa, no sentido do desenvolvimento de competências da sua área profissional, promovendo assim a sua capacitação no cuidado ao idoso dependente.

Em suma, o conjunto de atividades desenvolvidas ao longo deste estágio contribuíram antes de mais para a compreensão e aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, assim como o impacto que podem ter na vida das pessoas/comunidade, na promoção da saúde e bem-estar.

## 6- CONCLUSÃO

No presente relatório foi descrito todo o percurso realizado em contexto de estágio na USP Zé Povinho e que teve como grande objetivo a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. O relatório apresenta ainda a reflexão crítica das intervenções implementadas.

A temática que serviu de base à construção do projeto de intervenção comunitário foi relativa às necessidades formativas das AAD que desenvolvem a sua atividade nas IPSS.

Este grupo profissional não tem constituído uma prioridade para os governantes, contudo o investimento na formação e na valorização das AAD é fundamental para a qualidade dos cuidados aos idosos (Sousa, 2011).

Pela proximidade que o enfermeiro de enfermagem comunitária tem com a comunidade e pelos problemas de saúde que identifica, encontra-se num papel privilegiado para o apoio e acompanhamento das AAD, ou seja, é imperioso que o enfermeiro coloque em prática as suas competências específicas em prol da melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente através da implementação de projetos de intervenção que respondam às necessidades identificadas.

As atividades realizadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde permitindo o desenvolvimento e aquisição das competências específicas de enfermagem comunitária.

O recurso à revisão sistemática de literatura constituiu uma estratégia à concretização do projeto delineado tendo sido realizadas intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica e será de futuro uma ferramenta a continuar a usar para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem sustentada na evidência e com maiores ganhos em saúde.

De referir que este percurso só foi possível pelo excelente apoio da Enfermeira Cooperante e Professoras Orientadoras que nos momentos de maior dificuldade deram o reforço positivo necessário à prossecução do caminho traçado. Também a disponibilidade por parte das IPSS parceiras e as AAD participantes foram essenciais para o sucesso do projeto.

O projeto fica sob a responsabilidade da Enfermeira Cooperante e apesar de algum ajuste necessário detém viabilidade para continuar a ser desenvolvido, dada a manifestação por parte das IPSS do interesse em continuar a participar no mesmo, tornando-se assim mais próximas dos serviços de saúde da região e mais capacitadas para responder às exigências da sociedade.

O campo de estágio revelou-se uma grande vantagem pelo enriquecimento de experiências que possibilitou, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Por tudo o que já foi exposto ao longo deste documento, considero que os objetivos do estágio foram alcançados e adquiridas as competências específicas do enfermeiro de enfermagem comunitária e de saúde pública.

Relativamente aos objetivos pessoais traçados na introdução deste documento, julgo que o mesmo reflete o trabalho desenvolvido em contexto de estágio e que a aquisição das competências específicas no âmbito da enfermagem comunitária criaram capacidade de as continuar a desenvolver na minha prática diária, podendo assim contribuir para a promoção da visibilidade que as mesmas produzem na melhoria do estado de saúde da comunidade com quem trabalho e ainda concorrer para a minha satisfação pessoal enquanto profissional de saúde.

Por fim, a redação deste relatório permitiu o desenvolvimento da minha capacidade de análise crítica e reflexiva, essencial na avaliação do projeto de intervenção comunitário desenvolvido.

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2016). Aulas de Revisão Sistemática de Literatura no âmbito do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém.
- Antunes, A. (2001). *Terminologia de Formação Profissional. Alguns conceitos de base- III*. CIME. Comissão Interministerial para o emprego. Lisboa. Acedido em 11, Junho, 2016 em <http://www.exercito.pt/pefex/GLOS/DGEFP.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. ISBN 978-972-44-1506
- Beddome, G. (1995). *Community as client Assessment*. A Neuman Based Guide for Education and Practice in: B. Neuman. The Neuman Systems Model, 3ª ed. Norwalk: Appleton e Lange.
- Braga, G., Silva, J. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Carrilho, M.J., Patrício, L. (2008). *A situação demográfica recente em Portugal*. Revista dos Estudos Demográficos, 44, pp. 35-80.
- Carta de Ottawa (1986). Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Acedido em 12, Agosto, 2016 em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)
- Carvalho, A. (2012). *Ajudantes de Ação Direta: Percepções sobre Formação Profissional e Impacto da Formação na Prestação de Cuidados a Idosos Dependentes Internados*. Tese de Mestrado em Saúde e Envelhecimento. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/7742/1/Carvalho%20Andreia%20TM%202012.pdf>
- Carvalho, M. (2009). *A política de Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social: Risco ou Proteção Efetiva?* Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Acedido em 12, Junho, 2016 em [http://www.academia.edu/3843809/A\\_politica\\_de\\_cuidados\\_domiciliarios\\_em\\_instituicoes\\_de\\_solidariedade\\_social](http://www.academia.edu/3843809/A_politica_de_cuidados_domiciliarios_em_instituicoes_de_solidariedade_social)
- Carvalho, A. Carvalho, G. (2006). *Educação para Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Catálogo Nacional de Qualificações (2010). Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. Disponível em [www.anqep.gov.pt/default.aspx](http://www.anqep.gov.pt/default.aspx)

Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel. Lisboa.

Collière, M.F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª edição. Lusodidacta. Lisboa.

Costa, A. M. M. F. (2012). *Análise de Necessidades de Formação de Formadores de Cursos para Profissionais da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal*. Trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre. Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em [repositorio.ul.pt/handle/10451/8164](http://repositorio.ul.pt/handle/10451/8164)

Decreto-Lei nº 414/99. Diário da República nº 141/15 de Outubro- 1ª Série A. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.

Decreto-Lei nº 101/2006. Diário da República nº 109/06 de Junho de 2006- 1ª Série A. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.

Decreto-Lei nº 28/2008. Diário da República nº 38/22 de Fevereiro de 2008- 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Devlin, M., McIlfratrick, S. (2010). *Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker*. International Journal of Palliative Nursing, vol. 16, nº 4.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. DGS. Lisboa. Acedido em 06, Junho, 2016 em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.

Draganov, P. B., Friedländer, M. R., Sanna, M. C. (2011). *Andragogia na Saúde: Estudo Bibliométrico*. Universidade de São Paulo. Biblioteca Digital da produção Intelectual- BDPI. Esc Anna Nery, v. 15, nº 1, pp. 149-156.

Ferreira, M.E.M.M. (2012). *Ser Cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Educação. Bragança.

Fitzpatrick, J. M, Roberts, J. D. (2004). *Challenges for care homes: education and training of healthcare assistants*. Br J Nurs, 8, 13 (21), pp. 1258-1261.

Fleury, M., Fleury, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência*. Acedido em 10, Junho, 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

Friedlander, M.R, Lage, O.C. (2004). *Preparo para a alta pós-cirúrgica: resultados de ação andragógica observados durante a visita domiciliária*. Escola de Enfermagem de Lisboa, nº 33, pp. 8-23

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185.

Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (2010). *Carta Social- Rede de serviços e equipamentos- relatório de 2011*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa. Acedido a 5 de Dezembro de 2012, em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial210.pdf>.

Graveto, J. (2005). *Construção e validação de uma escala de perceção de competências profissionais do pré-licenciado em enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade da Extremadura. Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação, Badajoz, Espanha.

Henriques, M.A.P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

Holroyd, A., Holroyd, H. (2015). *Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers*. Quality in Ageing and Older Adults, vol. 16, nº 2, pp. 106-117.

Imaginário, C. (2004). *Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde*. 3ª edição. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2014). *Estatísticas Demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Pordata. Disponível em <http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-22>

Instituto da Segurança Social, I.P. (2013). *Guia prático- Apoios Sociais a Idosos*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.

- Jacob, L. (2004). *Serviços para Idosos. Portal do envelhecimento*. Acedido em 10, Junho, 2016 em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/servicos-para-idosos.html>>.
- Jacob, L. (2003). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa. Disponível em [https://www.socialgest.pt/\\_dlds/tesemestradoluis.pdf%3E](https://www.socialgest.pt/_dlds/tesemestradoluis.pdf%3E)
- Jeremias, C.R., Rodrigues, F.M. (2010). *O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade*. Revista Nursing. ISSN 0871-6196, pp. 12-17.
- Knowles, M.S, Holton, E.F, Swanson, R.A. (2009). *Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa*. Elsevier. Rio de Janeiro.
- Lei nº 7/2009. Diário da República nº 30/12 de Outubro. 1ª Série. Código do Trabalho. Assembleia da República. Lisboa.
- Lerner, N.B., Resnick, B., Galik, E., Russ, K.G. (2010). *Advanced Nursing Assistant Education Program*. J Contin Educ Nurs, 13, pp. 1-7.
- Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.
- Mendonça, S. (2009). *As competências profissionais dos enfermeiros. A excelência do cuidar*. Editorial. Lisboa.
- Militar, S. (2012). *Formar para Cuidar*. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido a 12, Agosto, 2016 em <repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13570/1/Relatório%20Sofia%20Militar.pdf>
- Nascimento, S. S. (2013). *Gerontologia Social*. Estágio Curricular, Escola Superior de Educação de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em [www.anai.pt/public/ficheiros/tinv\\_relestagiosandra.pdf](http://www.anai.pt/public/ficheiros/tinv_relestagiosandra.pdf)
- Nascimento, K.C, Erdmann, A.L, Leite, J.L., Marcelino, G., Ribeiro, J.A. (2006). *Conceitos de Cuidado sob a Perspectiva de Mestradas de Enfermagem*. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4652/2575>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª edição. Library of Congress. USA.

Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência. Edição Póstuma.

Norma 001/2016. Vacinação de crianças <6 anos de idade pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG. Direção Geral da Saúde. Disponível em [file:///C:/Users/admin/Downloads/i022172%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/i022172%20(1).pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento nº 128/2011. Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República nº 35/18 de Fevereiro- 2ª série. Acedido em 12, Agosto, 2016 em [www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento\\_128\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Acedido em 12, Agosto, 2016 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem- Tomada de Posição*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (1978). *Alma-Ata. Cuidados Primários de Saúde*. Acedido em 12, Agosto, 2016 em [apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)

Organização Mundial de Saúde (1998). *Health Promotion Glossary*. Acedido em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

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

Organização Mundial de Saúde (WHO) (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. Ageing and Health Technical Report*. WHO. Japan.

Pacheco, S., Rosa, D. (2009). *Importância do desenvolvimento de competências éticas na formação em enfermagem*. Revista Nursing, Fevereiro nº 242, pp. 8-13.

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

- Pavarini, S.C.I., Neri, A.L. (2000). *Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos*. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.). *Atendimento domiciliar. Umenfoque gerontológico*. pp. 49-70. Atheneu. São Paulo.
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício da Enfermagem*. ACEPS. Lisboa.
- Perfil de Saúde da Região Oeste Norte (2013). Disponível em <https://saudepublicaoestenorte.files.wordpress.com/2013/09/perfil-de-saude-oeste-norte.pdf>
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos*. 5ªed., Lusociência. Lisboa
- Prochaska, J.O., DiClemente, C. (1992). *The Transtheoretical Model*. Disponível em <http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>
- Regulamento Interno da Unidade de Saúde Pública (2016). Disponível em <https://saudepublicaoestenorte.files.wordpress.com/2013/11/regulamento-interno-usp-zc3a9-povinho-aces-oeste-norte-2016.pdf>
- Sackett, L., Straus. S., Richardson, S., Rosenberg, W., Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Chuechill Livingstone. Londres.
- Sampaio, R., Mancini, M. (2007). *Estudos de Revisão Sistemática: um guia para Síntese Críteriosa da Evidência Científica*. Revista brasileira de fisioterapia, v. 11, nº 1, pp. 83-89. Minas Gerais. Brasil.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Quarteto. Porto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel. Lisboa.
- Silva, M. (2010). *Cuidar da pessoa dependente no domicílio- o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de ação direta*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8550/1/RELAT%C3%93RIO%20FINAL.pdf>
- Smith, B., Kerse, N., Parsons, M. (2005). *Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference?* Journal of the New Zealand Medical Association, nº 118. Disponível em <https://search.proquest.com/openview/966dbc6ed277e994c4d416d0a7b46012/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1056335>

Sousa, L. (2006). *O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidados formais. Em Envelhecer em Família- Cuidados Familiares na Velhice*. Âmbar. Porto.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Princípia. Cascais.

Spindler, J. (2014). *Necessidades Humanas Básicas*. Disponível em <http://pt.slideshare.net/jesielenurse/aula-5-necessidades-humanas-basicas>.

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

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

Waldow, V.R. (2009). *Momento de cuidar: momento de reflexão na ação*. Revista Brasileira de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Porto Alegre. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>

Waldow, V. R., Borges, R. F. (2011). *Cuidar e humanizar: relações e significados*. Acta Paulista de Enfermagem, vol. 24, nº 3. São Paulo. Brasil.  
Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017)

ANEXOS

ANEXO I- Perfil de Saúde da Região Oeste Norte

# Região Oeste Norte

## Perfil de Saúde

Concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche

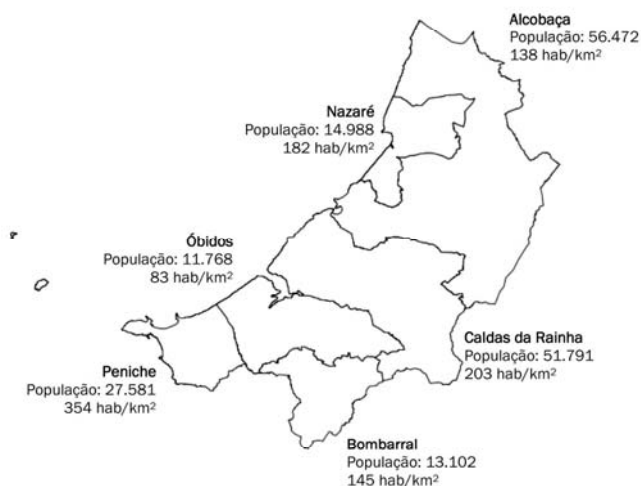
Ano de 2013

Este documento pretende, de uma forma rápida e abrangente, dar uma visão do estado da saúde da região Oeste Norte, que inclui os concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche. Foi elaborado como ferramenta da Unidade de Saúde Pública (USP) Zé Povinho, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Oeste Norte, com a finalidade de planear e priorizar as intervenções na área da saúde desta comunidade.

Inserir-se, assim, na missão desta USP, de contribuir para a melhoria contínua do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo para o cumprimento da missão do ACeS Oeste Norte.

É de notar que, não sendo um documento exaustivo, pretende-se que seja dinâmico e que beneficie de contribuições de todos os sectores da sociedade para o complementar.

Para mais informação ou comentários, por favor contacte-nos em [observatorio.oestenorte@gmail.com](mailto:observatorio.oestenorte@gmail.com)



Região Oeste Norte. Dados referentes a 2011 (INE)

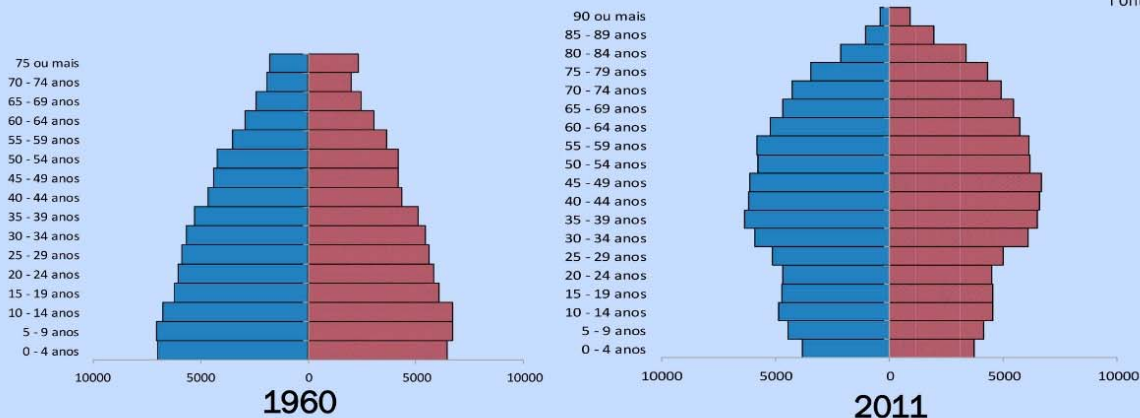
Documento elaborado por: Inês Campos Matos (médica interna de saúde pública), Jorge Nunes (médico de saúde pública, coordenador da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte), Fátima Neves (enfermeira especialista em saúde comunitária), Ana Maria Rodrigues (técnica de saúde ambiental), Anabela Santos (técnica de saúde ambiental) e Iliete Ramos (médica interna de saúde pública).

### A Região Oeste Norte em números - um resumo:

- A **esperança de vida** à nascença é de aproximadamente 79 anos;
- A taxa de **natalidade** é mais baixa e a taxa de **mortalidade geral** é mais elevada do que a nacional;
- A taxa de **analfabetismo** é superior à nacional, e o **ganho** médio mensal é inferior;
- O consumo de **bebidas alcoólicas** e de **tabaco** parece seguir uma tendência de aumento;
- A mortalidade por **suicídios** na região é mais elevada que a nacional e os indicadores de **saúde mental** disponíveis apontam para um problema importante;
- A prevalência de **HIV/SIDA** na região é inferior à do País, com excepção do concelho de Peniche, que mantém, há longos anos, uma taxa muito acima do valor médio nacional;
- A mortalidade por **diabetes** e por **doenças cerebrovasculares** é, há vários anos, mais elevada que a média nacional.

## Pirâmide Etária

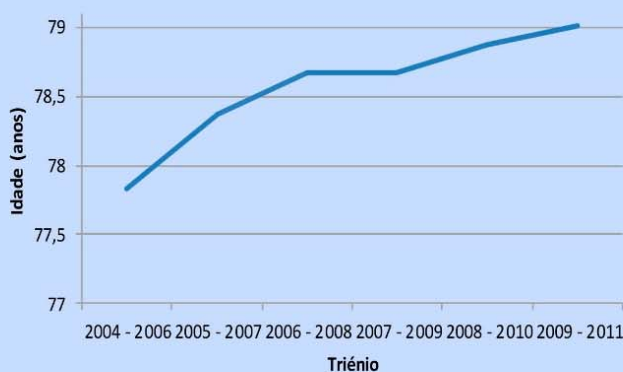
Fonte: INE, 2013



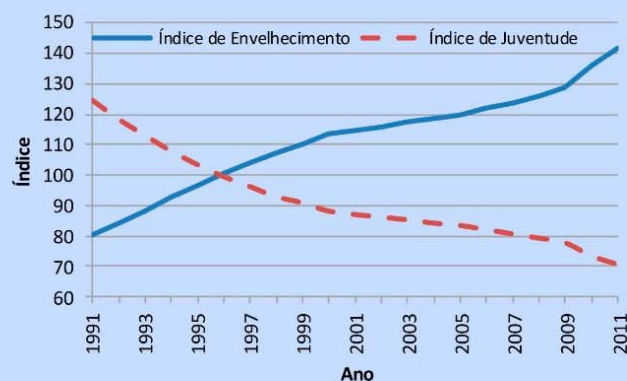
A estrutura demográfica da população da região Oeste Norte alterou-se de forma importante nos últimos 50 anos. O número de **nascimentos decresceu** para quase metade, a população **envelheceu** consideravelmente e os grupos etários com mais representação passaram dos com menos de 20 anos para o grupo entre os 30 e os 50. A par destas alterações, existe agora um número consideravelmente maior de habitantes com mais de 70 anos.

## Indicadores Demográficos

### Esperança de Vida à nascença (Oeste)



### Índices de Envelhecimento e de Juventude



### Saldo Natural e População Residente

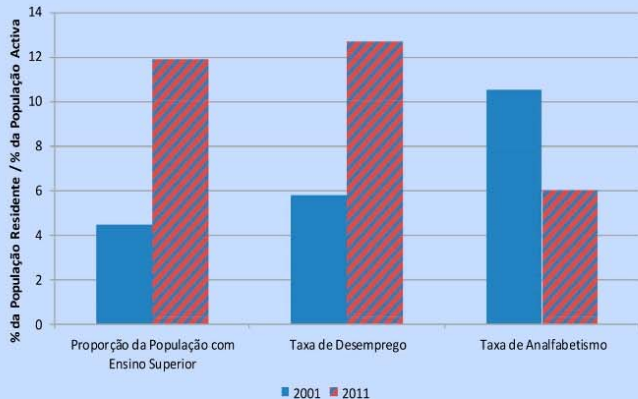


A Esperança de Vida tem aumentado na região Oeste. Ao mesmo tempo, verifica-se um aumento importante do Índice de Envelhecimento e uma diminuição correspondente do Índice de Juventude. Por último, o Saldo Natural tem vindo a diminuir desde 1991, com uma queda importante desde 2006, culminando em 2011, quando o número de óbitos ultrapassou em 600 o número de nascimentos.

Fonte: INE, 2013. Todos os dados se referem à região Oeste Norte, excepto a esperança de vida, que está disponível apenas para a região Oeste.

## Desemprego e educação

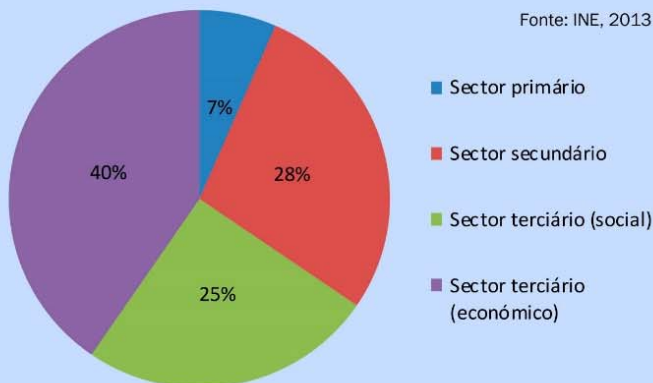
Fonte: INE, 2013



A taxa de desemprego na região duplicou, na última década, de cerca de 6 para mais de 12% da população activa. O padrão de educação da população residente também mudou de forma importante, com um aumento da proporção da população com ensino superior (de 4,5 para 11,9%) e uma diminuição da proporção da população com 10 e mais anos que não sabe ler nem escrever (de cerca de 10 para 6%).

## Sectores de actividade económica

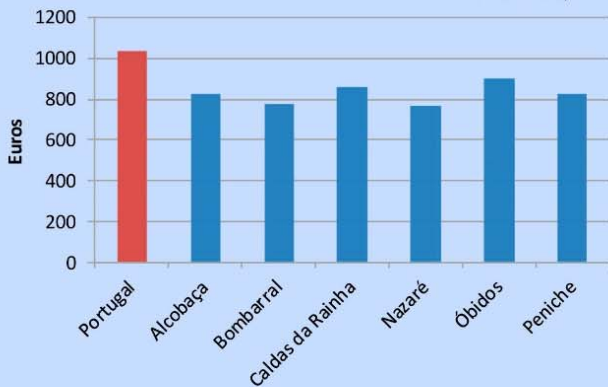
Fonte: INE, 2013



A maior parte da população da região Oeste Norte que trabalhava por conta de outrem em 2011 estava empregada no sector terciário. Apenas uma minoria (7%) trabalhava no sector primário.

## Rendimento






Fonte: MTSS, 2013

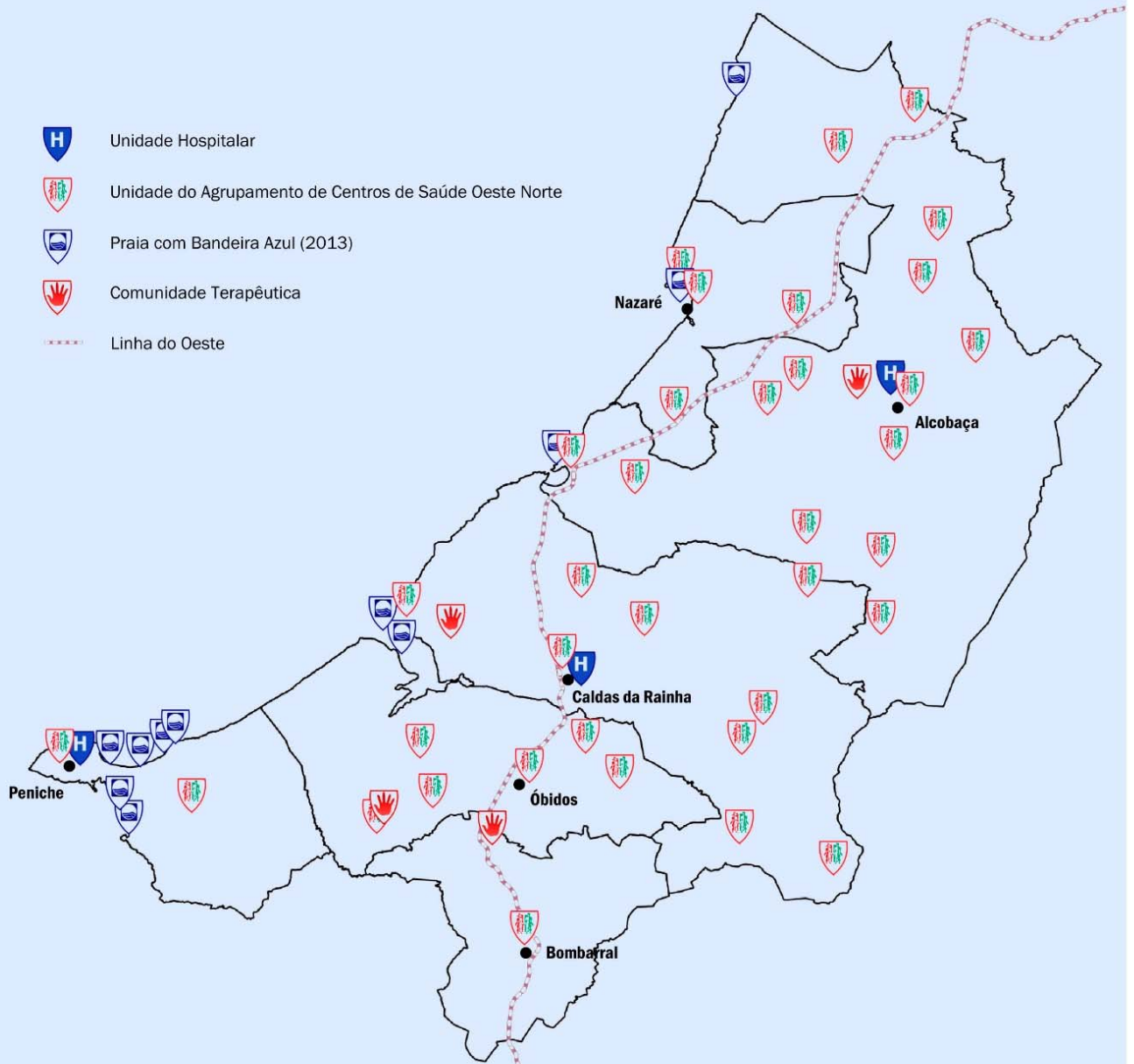


Em 2009, em todos os concelhos da região Oeste Norte, a média do ganho mensal era inferior à média nacional (1034€), variando de 769€ na Nazaré até 901€ em Óbidos.

## Mapa Recursos

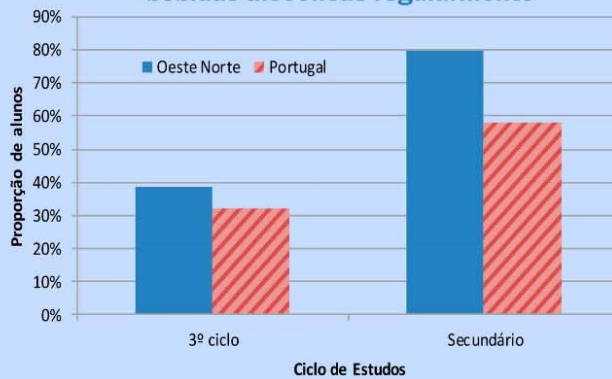


-  Unidade Hospitalar
-  Unidade do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte
-  Praia com Bandeira Azul (2013)
-  Comunidade Terapêutica
-  Linha do Oeste



## Comportamentos de Risco

### 1 Proporção de adolescentes que consomem bebidas alcoólicas regularmente

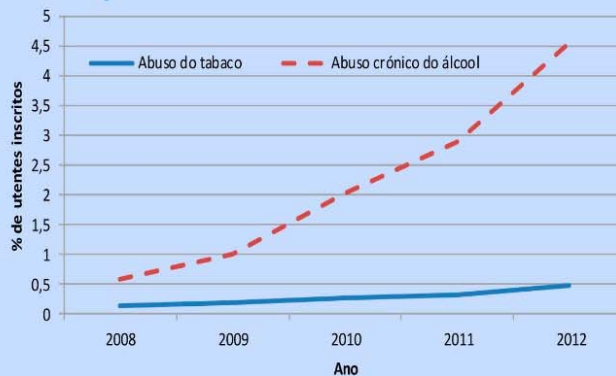


A informação disponível sobre comportamentos de risco na região Oeste Norte é escassa.

Sabemos que, em comparação com estudos nacionais, existem mais adolescentes nesta região—tanto no 3º ciclo como no secundário—que consomem bebidas alcoólicas regularmente.

Fontes: ACES ON, 2012 e IDT, 2010

### 2 Proporção de utentes dos cuidados primários com abuso de tabaco e álcool

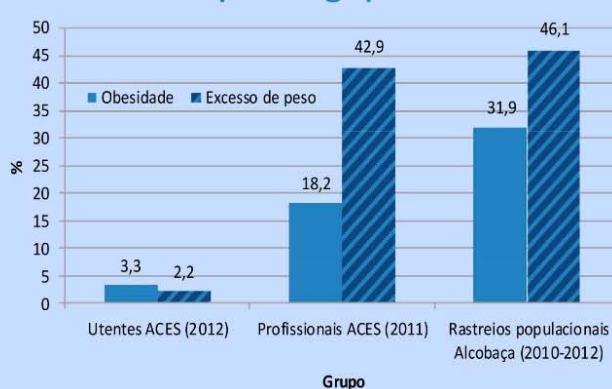


No ACeS Oeste Norte verificou-se um aumento expressivo no número de utentes com registo de abuso crónico do álcool entre 2008 e 2012. O abuso do tabaco também aumentou, mas de forma muito menos acentuada.

É de notar que esta informação provém de registos médicos, que podem não ser os mais fiáveis para avaliar correctamente um problema de saúde na população.

Fonte: SIARS, 2013

### 3 Proporção de indivíduos com obesidade e excesso de peso em grupos seleccionados



Existem várias fontes de dados sobre obesidade e excesso de peso no Oeste Norte.

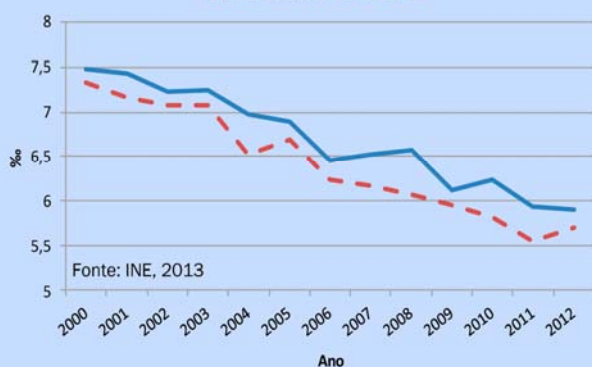
Ainda de acordo com os registos médicos do ACeS, menos de 6% dos utentes têm obesidade e/ou excesso de peso. No entanto, rastreios populacionais feitos pela Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) de Alcoaça detectaram uma prevalência de obesidade e excesso de peso de 31,9 e 46,1%, respectivamente.

Num estudo recente junto dos profissionais do ACeS Oeste Norte, constatou-se que 18% têm obesidade e 43% excesso de peso.

Fontes: SIARS, 2013, ACES ON 2013

## Mortalidade

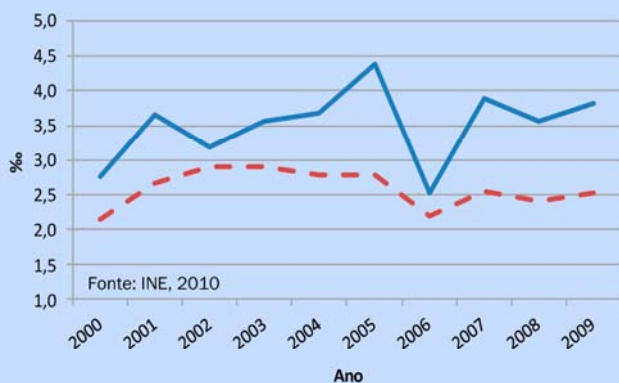
### Mortalidade Geral



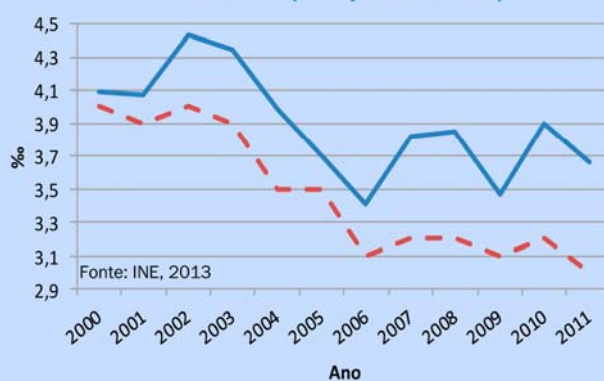
### Mortalidade por Suicídio (não padronizada)



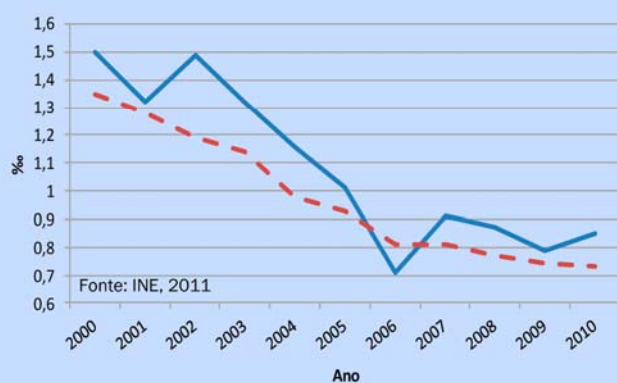
### Mortalidade por Diabetes



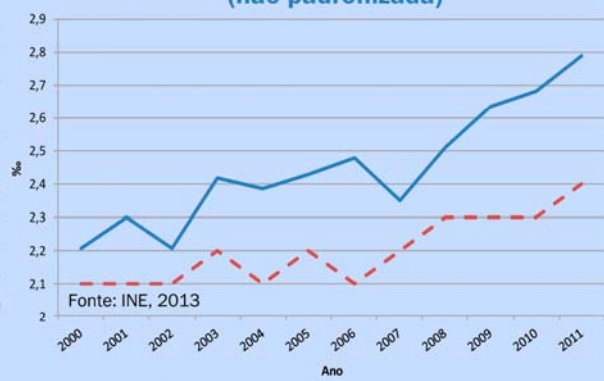
### Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (não padronizada)



### Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares



### Mortalidade por Tumores Malignos (não padronizada)



— Oeste Norte    - - - Portugal

A mortalidade geral (por todas as causas), padronizada para a idade, tem vindo a decrescer e tem sido, desde 2000, sempre superior na região Oeste Norte quando comparada com o País.

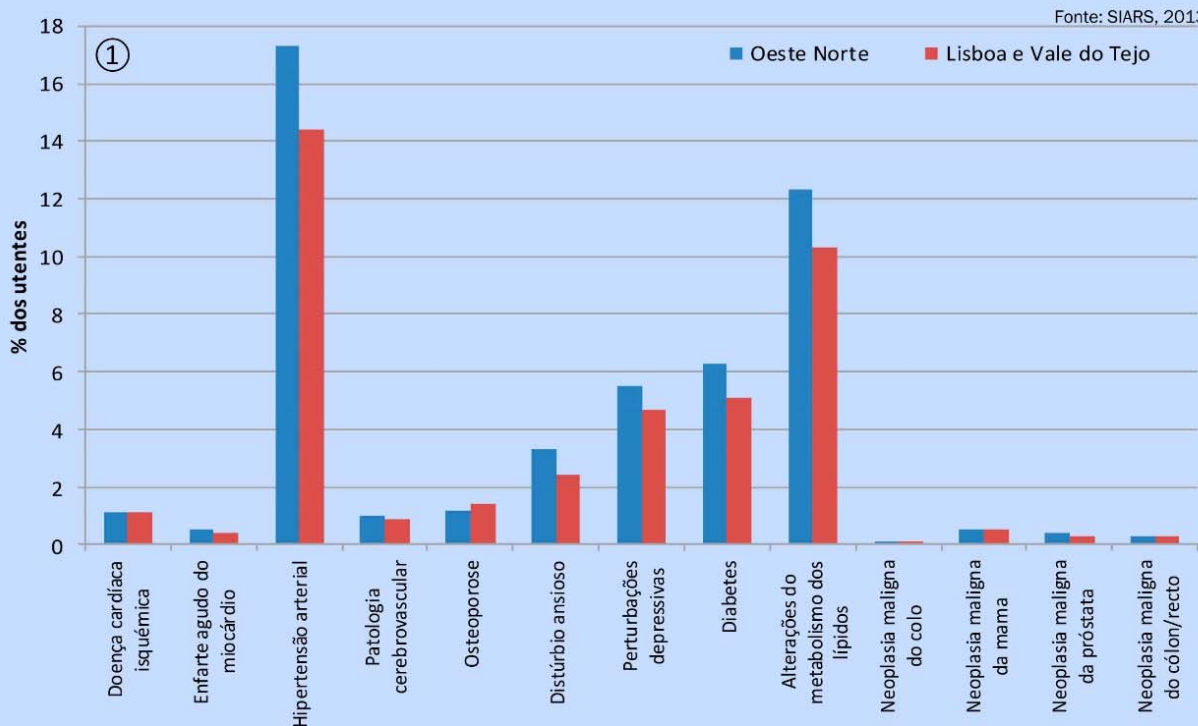
Já a mortalidade por diabetes e por doenças cerebrovasculares tem-se mantido quase sempre superior ao valor nacional. Esta diferença já tem em conta as diferentes distribuições etárias entre as duas populações.

A mortalidade por suicídio sofreu um grande aumento na região Oeste Norte de 2009 para 2010, tendo-se mantido superior ao valor nacional desde então.

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório e por tumores malignos também tem sido superior na região Oeste Norte. No entanto, estes dados não se referem a taxas padronizadas, pelo que podem reflectir apenas uma distribuição etária diferente (mais envelhecida).

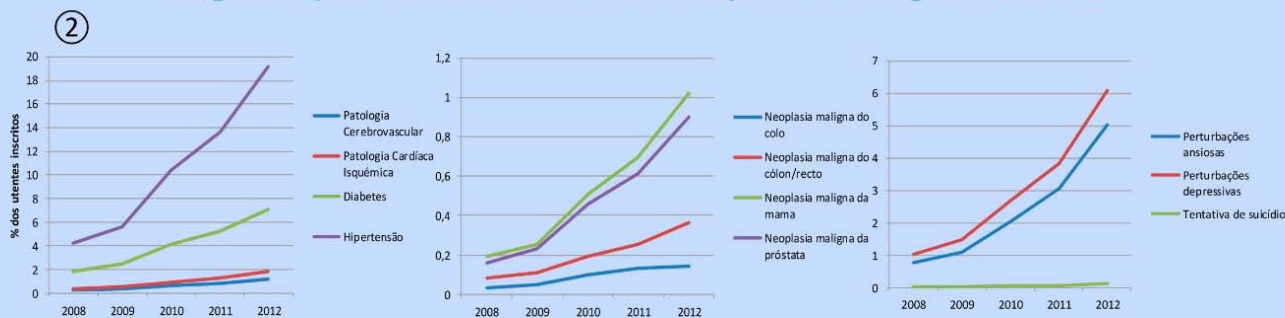
## Morbilidade—Cuidados Primários

Diferença na proporção de utentes dos cuidados primários com registo de problemas seleccionados, entre o ACES Oeste Norte e a região de Lisboa e Vale do Tejo



Os registos dos cuidados primários de saúde mostram que, em comparação com a população da região de Lisboa e Vale do Tejo, a hipertensão arterial é o problema que mais se destaca: existe uma proporção quase 3% maior no ACeS Oeste Norte. Existe também uma maior proporção de utentes neste ACeS com alterações do metabolismo dos lípidos, diabetes, perturbações depressivas e distúrbios ansiosos. Já para os restantes problemas de saúde apresentados no gráfico, a proporção no Oeste Norte é muito semelhante à da região de Lisboa e Vale do Tejo.

## Registo de problemas de saúde nos cuidados primários da região Oeste Norte

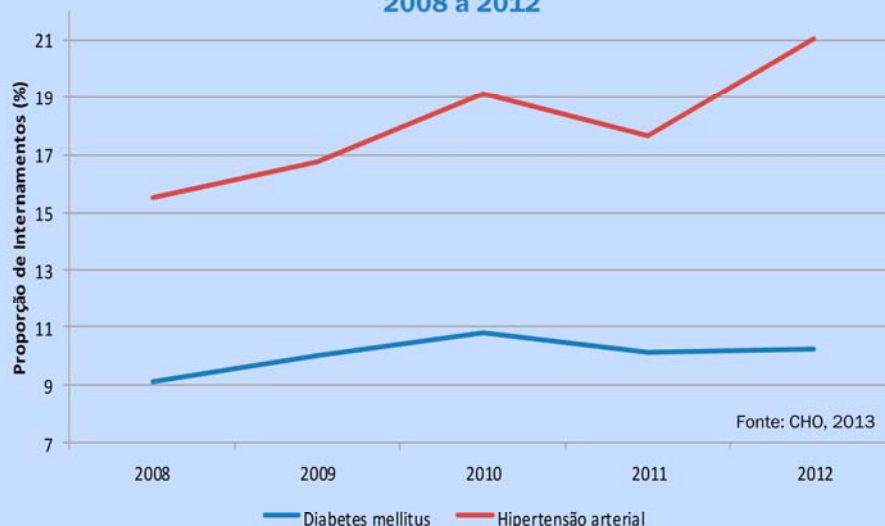


No ACeS Oeste Norte, o registo de praticamente todos os problemas de saúde tem aumentado nos últimos 5 anos. No entanto, em termos de variação, o aumento mais acentuado verificou-se nas perturbações ansiosas e nas perturbações depressivas, que determinaram em 2012 cerca de cinco vezes mais registos por utente do que em 2008.

Já nas neoplasias—do colo uterino, do cólon, da mama e da próstata—verificou-se um aumento do registo entre 3 e 4 vezes. Por fim, as patologias cerebrovasculares (como os acidentes vasculares cerebrais), as patologias cardíacas isquémicas (como o enfarte agudo do miocárdio), a diabetes e a hipertensão arterial, foram registadas, em 2012, cerca de 3 vezes mais frequentemente que em 2008.

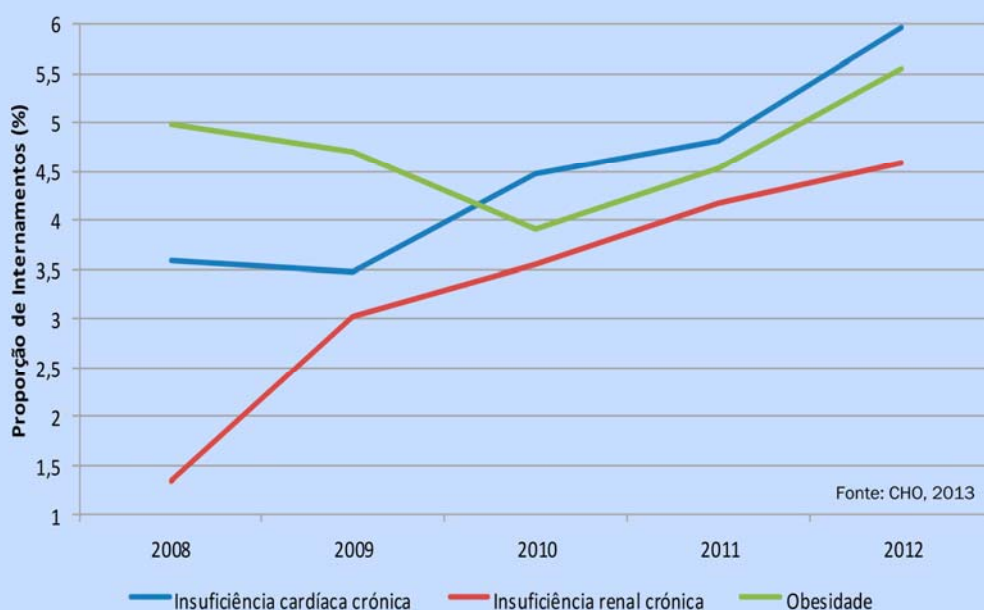
## Morbilidade—Cuidados Hospitalares

**Proporção de internamentos na Unidade Hospitalar das Caldas da Rainha com diabetes mellitus ou hipertensão arterial 2008 a 2012**



Entre 2008 e 2012, cerca de 10% dos internamentos nas Caldas da Rainha foram de doentes com diabetes mellitus (independentemente do motivo de internamento). Já a proporção de doentes com hipertensão arterial internados nesta unidade hospitalar subiu de 15,5 para cerca de 21% entre estes anos.

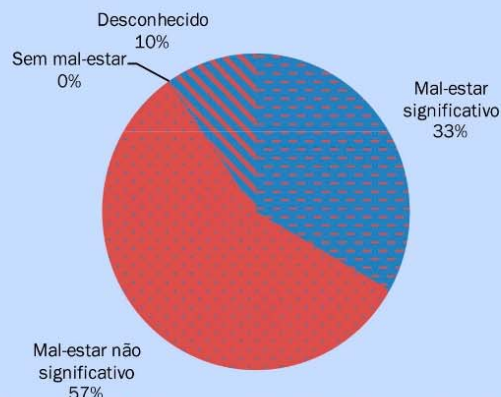
**Proporção de internamentos na Unidade Hospitalar das Caldas da Rainha com insuficiência cardíaca crónica, insuficiência renal crónica ou obesidade 2008 a 2012**



A proporção de doentes com insuficiência renal crónica internados na unidade hospitalar das Caldas da Rainha teve um aumento importante, de 1,3 para 4,5% entre 2008 e 2012. No que diz respeito à insuficiência cardíaca crónica, este número também sofreu um aumento importante, de 3,6 para quase 6%. Já a proporção de doentes com obesidade manteve-se relativamente constante neste período de tempo.

## Saúde Mental

Num estudo efectuado entre 2009 e 2012, no concelho das Caldas da Rainha, constituído por uma amostra de 424 utentes inscritos no ACeS, com aplicação do questionário *General Health Questionnaire* – versão GHQ-28, pretendeu-se conhecer a realidade comunitária desse concelho por referência à Saúde Mental e Bem-Estar Subjectivo.

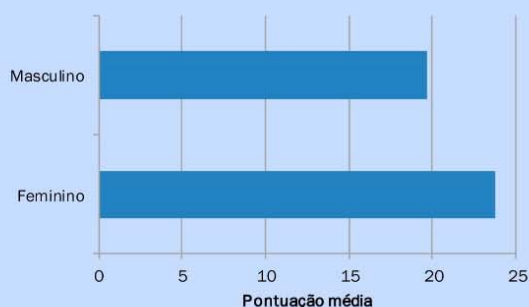


Um em cada três participantes tinha mal-estar significativo, sugestivo de patologia psiquiátrica.

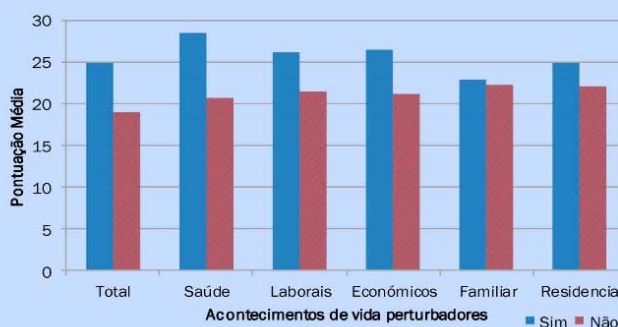


### Dimensões GHQ-28

As dimensões “disfunção social”, “ansiedade e insónia” e “sintomas somáticos” foram as que obtiveram pontuações médias mais elevadas.



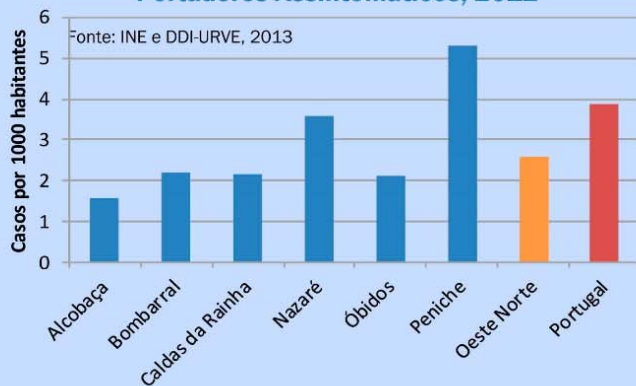
As mulheres tinham pior saúde mental, sobretudo as de baixa escolaridade.



Existe uma relação entre a saúde mental e acontecimentos de vida perante a conjuntura económica desfavorável, o desemprego e a pobreza.

## HIV/SIDA

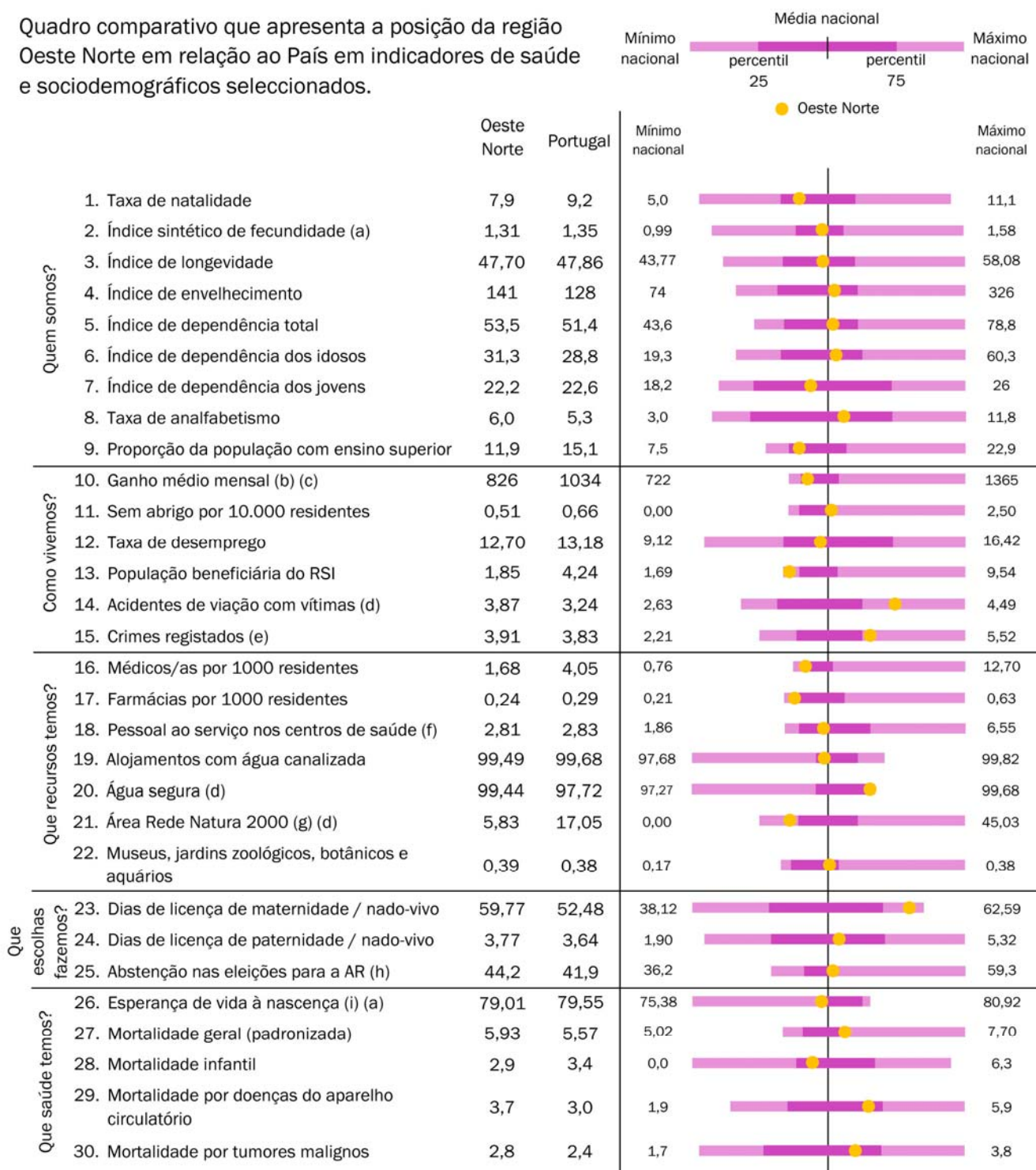
### Prevalência de casos acumulados de SIDA, CRS e Portadores Assintomáticos, 2012



Os casos acumulados de infecção por HIV até 2012, na região Oeste Norte, totalizam uma prevalência de 2,6 casos por cada 1000 habitantes, um número inferior à prevalência nacional (de 3,9).

No entanto, o concelho de Peniche, com uma prevalência de 5,3, ultrapassa largamente o valor nacional.

Quadro comparativo que apresenta a posição da região Oeste Norte em relação ao País em indicadores de saúde e sociodemográficos seleccionados.



Os mínimos, máximos e percentis 25 e 75 referem-se a todas as regiões NUTS III. O valor para Portugal refere-se a todo o território nacional, excepto quando indicado o contrário. Todos os valores se referem ao ano de 2011, excepto quando indicado o contrário. Todos os dados foram retirados da página electrónica do Instituto Nacional de Estatística.

**NOTAS** (a) Dados referentes à região Oeste e não Oeste Norte. (b) dados referentes a 2009. (c) o valor do ganho médio mensal para o Oeste Norte é a média do ganho médio mensal em cada um dos seis concelhos. (d) valores de referência para Portugal continental. (e) dados referentes a 2012 (assumiu-se a base populacional de 2011). (f) dados referentes a 2007. (g) dados referentes a 2010. (h) média da taxa de abstenção dos seis concelhos. (i) dados referentes ao triénio 2009-2011. AR: Assembleia da República

## Indicadores Demográficos

Índice de envelhecimento: razão entre a população com 65 anos ou mais de idade e a população com menos de 14 anos. Índice de juventude: razão entre a população com menos de 14 anos de idade e a população com 65 anos ou mais. Saldo natural: diferença entre o número de nados vivos e o número de óbitos.

## Desemprego e educação

Proporção da população com ensino superior: proporção da população residente com 21 ou mais anos com ensino superior completo. Taxa de desemprego: peso da população desempregada sobre o total da população activa. Taxa de analfabetismo: proporção da população residente com 10 ou mais anos de idade que não sabe ler nem escrever.

## Rendimento

Ganho médio mensal (líquido) em 2009 dos trabalhadores por conta de outrem a tempo completo com remuneração completa.

## Comportamentos de Risco

Gráfico ①: a proporção de adolescentes que consome álcool baseia-se no resultado de um estudo descritivo transversal que utilizou um questionário para caracterizar o consumo de álcool pelos adolescentes da região Oeste Norte. Dados nacionais do Instituto da Droga e da Toxicodependência. Gráfico ②: proporção de utentes do ACES Oeste Norte com registo clínico dos problemas referidos. Gráfico ③: dados referentes aos utentes do ACES baseados nos registos clínicos (SIARS); dados referentes aos profissionais de saúde do ACES baseados nos registos das consultas de medicina ocupacional de cerca de 40% dos profissionais; dados referentes aos rastreios profissionais baseados em rastreios feitos pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Alcobaça entre 2010 e 2012 em freguesias seleccionadas do concelho.

## Mortalidade

Mortalidade por diabetes, doenças cerebrovasculares e geral padronizada para a idade utilizando a população padrão europeia.

## Morbilidade—Cuidados Primários

O gráfico ① mostra a proporção de problemas registados na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Oeste Norte (registos clínicos efectuados pelos médicos de medicina geral e familiar dos ACES), entre o total de registos. Os gráficos ② mostram a proporção de utentes do ACES Oeste Norte com registo de cada um dos problemas referidos. Dados retirado do Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS).

## Morbilidade—Cuidados Hospitalares

Proporções calculadas com base nos diagnósticos principais e secundários codificados com os seguintes códigos ICD-9: Obesidade: 27800. Diabetes mellitus: 25000. Hipertensão arterial: 4019. Insuficiência renal crónica: 5859. Insuficiência cardíaca crónica: 4280.

## Saúde Mental

O estudo mencionado utilizou um questionário a uma amostra não probabilística por quotas, tendo sido seleccionados 424 utentes, maiores de dezoito anos, inscritos nos cuidados de saúde primários do concelho de Caldas da Rainha, presentes na sede ou extensões do centro de saúde deste concelho, entre Fevereiro de 2009 a Fevereiro de 2010, após obtida autorização prévia junto da Direcção do Centro de Saúde. Foi solicitada a colaboração a cada um dos inquiridos, mediante consentimento informado e posterior resposta aos diversos itens do questionário segundo procedimento protocolado. Nos casos de baixo nível de literacia, o preenchimento do questionário foi apoiado pelos elementos da equipa de investigação envolvidos no processo de recolha de dados. O *General Health Questionnaire* (GHQ-28) foi desenvolvido por Goldberg e Hillier em 1979, sendo utilizado para detectar e medir, de forma extensiva, perturbações psiquiátricas não psicóticas. A cada item corresponde uma escala ordinal, com quatro opções de resposta (0-1-2-3) sendo que o valor global da escala GHQ-28 varia entre 0 e 84, com os valores mais elevados a corresponderem a pior saúde mental.

Adaptado de: Neto C, Silva M, Abrantes C, Coelho M, Nunes J, Coelho V e Pais Ribeiro L. Rastreamento em Saúde Mental—Concelho de Caldas da Rainha. Caldas da Rainha, Outubro de 2011. Não publicado.

## HIV/SIDA

Casos acumulados até 2012 de infecção por HIV/SIDA nos diferentes estadios de infecção por cada 1000 residentes. Dados disponibilizados pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas (DDI-URVE) do Instituto Nacional de Saúde, I.P.

## Quadro Comparativo

1. Número de nados vivos por 1000 residentes. 2. Número médio de crianças nascidas por mulher dos 15 aos 49 anos. 3. Relação entre a população mais idosa ( $\geq 75$ ) e a idosa ( $\geq 65$ ), por 100. 4. Relação entre a população idosa ( $\geq 65$ ) e a população jovem (0-14), por 100. 5. Relação entre a população jovem (0-14) e idosa ( $\geq 65$ ) e a população em idade activa (15-64), por 100. 6. Relação entre a população idosa ( $\geq 65$ ) e a população em idade activa (15-64), por 100. 7. Relação entre a população jovem (0-14) e a população em idade activa (15-64), por 100. 8. Proporção (%) da população residente com 10 ou mais anos de idade que não sabe ler nem escrever. 9. Proporção (%) da população residente com ensino superior completo. 10. Montante líquido em euros. 11. População sem alojamento, de acordo com a definição utilizada nos Censos 2011. 12. População desempregada sobre o total de população activa (15-64). 13. Proporção (%) da população que beneficia do rendimento social de inserção. 14. Acidentes nos quais pelo menos uma pessoa tenha ficado ferida ou morta, por 1000 residentes. 15. Crimes registados pelas autoridades policiais por 100 residentes. 16. Médicos/as especialistas e não especialistas, sob qualquer condição de trabalho. 17. Farmácias ou postos farmacêuticos móveis. 18. Profissionais ao serviço nos centros de saúde por 1000 residentes. 19. Proporção (%) de alojamentos com água canalizada. 20. Produto da percentagem de cumprimento da frequência de amostragem pela percentagem de cumprimento dos valores paramétricos fixados na legislação (anexo II do Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto). 21. Proporção (%) de território que pertence à rede Natura 2000 por contribuir de forma significativa para manter ou restabelecer um tipo de habitat natural ou uma espécie, num estado de conservação favorável e para manter a diversidade biológica. 22. Museus, jardins zoológicos, botânicos e aquários por 10.000 residentes. 23. Número de dias de licença de maternidade retirados por cada nado vivo. 24. Número de dias de licença de paternidade retirados por cada nado vivo. 25. Relação percentual entre o número de abstenções e o número de eleitores/as residentes inscritos nas eleições para a Assembleia da República de 2011. 26. Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento. 27. Taxa de mortalidade por todas as causas padronizada para a população padrão europeia. 28. Número de óbitos em crianças com menos de 1 ano de idade por 1000 nados-vivos. 29. Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório por 1000 residentes. 30. Número de óbitos por tumores malignos por 1000 residentes.

ANEXO II- Guiões de entrevista aos Informantes Chave



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA Zé Povinho  
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE OESTE NORTE



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

Informante-chave

Data \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

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

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

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

Idade - 20 a 30 anos \_\_\_\_ 30 a 40 anos \_\_\_\_ 40 a 50 anos \_\_\_\_ + de 50 anos \_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_

Formação académica \_\_\_\_\_

Formação profissional \_\_\_\_\_

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

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

2- Como caracteriza as AAD desta equipa?

2.1- Que conhecimentos têm para a função que desempenham?

2.2- De que forma gerem o trabalho em equipa?

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

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

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

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



## Guião de Entrevista- Ajudantes de Ação Direta

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

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

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

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

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

1- Qual a sua idade?

20 a 30 anos \_\_\_ 30 a 40 anos \_\_\_ 40 a 50 anos \_\_\_ + de 50 anos \_\_\_

2- Quais são as suas habilitações literárias?

Formação académica \_\_\_\_\_

Formação profissional \_\_\_\_\_

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

3-Qual a sua opinião sobre esta afirmação?

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

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

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

ANEXO III- Carta explicativa e Consentimento Informado



Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Diretora da Associação Social e Cultural Paradense

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

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

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

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

A entrevista terá aproximadamente a duração de 20 minutos.

Gratos pela disponibilidade

Os alunos:

Bruno Vicente

Daniela Nazário

Mónica Duarte

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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

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

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

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

Aquando do tratamento de dados é garantido o anonimato.

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

Face ao exposto, aceito participar no mesmo.

Data \_\_\_/\_\_\_/2016

ASSINATURA \_\_\_\_\_

#### ANEXO IV- Análise de Conteúdo das entrevistas

## ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS INFORMANTES-CHAVE

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO SIGNIFICATIVAS
Necessidades identificadas	Necessidade de Formação das AAD's	<b>Processo de Envelhecimento</b>	<p>“Gostavam de ter conhecimentos sobre o ciclo de vida, o processo de envelhecimento...” (E1)</p> <p>“Têm muita dificuldade em lidar com o processo de morte de alguns utentes.” (E5)</p>
		<b>Gestão de conflitos</b>	<p>“... uma das necessidades que referem é acerca da gestão de conflitos, na equipa e com o utente.” (E1)</p> <p>“... esse domínio da gestão de conflito com as famílias é importante para a formação das AAD's.” (E3)</p>
		<b>Comunicação com os utentes e família</b>	<p>“...referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família.” (E1)</p> <p>“É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes.” (E2)</p> <p>“É importante saberem um pouco mais como lidar e comunicar com utentes com patologias do foro psiquiátrico; acerca de psicossociologia do idoso...” (E3)</p> <p>“Talvez fosse uma mais valia sabermos como lidar com alguns utentes mais difíceis, com Alzheimer, por exemplo...” (E4)</p> <p>“A algumas funcionárias falta um pouco de ‘saber comunicar’ e de saber manter o sigilo profissional com os utentes, um pouco de ética profissional (...) muitas vezes não sabem usar a comunicação.” (E5)</p>

		<p><b>Cuidados de higiene e conforto</b></p>	<p>“...uma das áreas que pedem formação é sobre cuidados de higiene.” (E1)</p> <p>“... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” (E2)</p>
		<p><b>Posicionamento e transferências</b></p>	<p>“... como posicionar um utente em segurança, no leito e na transferência para cadeira...”(E1)</p> <p>“... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” (E2)</p> <p>“... é fulcral e fundamental a formação em posicionamentos e mobilizações.” (E3)</p> <p>“As transferências para a cadeira e os levantes trazem-lhes algumas dificuldades...” (E5)</p>
		<p><b>Prevenção de úlceras</b></p>	<p>“... temos algumas dúvidas quando há alterações na pele.” (E2)</p> <p>“... acho que as funcionárias não têm conhecimentos suficientes para saberem fazer uma boa avaliação da pele, para sinalização para a enfermagem de início de feridas.” (E3)</p>
		<p><b>Alimentação por SNG</b></p>	<p>“Se houver necessidade de administrar alimentação por SNG a algum utente, terá de se apostar em formação nessa área.” (E1)</p> <p>“Não damos alimentação por sonda, mas também não sabemos fazê-lo.” (E4)</p> <p>“Não dão alimentação por sonda a nenhum utente, de momento, e elas esquecem-se disto facilmente (...) quando há essa necessidade temos de voltar a pedir à enfermagem esses ensinamentos, novamente.” (E5)</p>

		<b>Cuidados com Sonda Vesical</b>	“Não sabemos como a melhor maneira de lidar com algalias.” (E4)
		<b>Suporte Básico de Vida</b>	<p>“As funcionárias mais recentes não têm formação ... nem em SBV.” (E1)</p> <p>“... porque uma PLS salva uma vida, porque uma Manobra de Heimlich salva uma vida e saber quando ligar e pedir ajuda é essencial.” (E3)</p>
		<b>Primeiros Socorros</b>	<p>“A formação é rápida, muito no geral, mas elas gostam de ter formação nessa área e de relembrar conhecimentos, no entanto as funcionárias mais recentes não têm formação em primeiros socorros...” (E1)</p> <p>“... algumas de nós têm feito algumas formações (...) em primeiros socorros...mas as novas colegas não têm formação.” (E2)</p> <p>“... estes tipos de funcionárias deveriam ter todas formação nesta área de primeiros socorros.” (E3)</p> <p>“Eu não tenho formação em primeiros socorros.” (E4)</p> <p>“ Apenas algumas das funcionárias têm alguma formação em primeiros socorros...” (E5)</p>
<b>Pertinência das necessidades identificadas</b>	<b>Desenvolvimento das competências das AAD's</b>	_____	<p>“Os conhecimentos não são suficientes, precisam de mais formação...” (E1)</p> <p>“As AAD's têm uma função muito exigente e de grande responsabilidade, têm de ter um controle emocional muito grande, têm de ter uma preparação muito grande.” (E1)</p> <p>“... são um elemento crucial a nível de intervenção social.” (E1)</p>

			<p>“... é importante a melhoria da prestação de cuidados aos utentes, pelas AAD’s e dos serviços prestados pela IPSS.” (E3)</p> <p>“Elas detetam novas situações e reportam sempre à enfermagem...têm sempre essa consciência de pedir ajuda e esclarecer dúvidas.” (E5)</p> <p>“Elas tentam prestar os cuidados da melhor forma para não errarem com o utente...” (E5)</p>
	<b>Resposta do SAD aos idosos dependentes</b>	_____	<p>“O SAD dá resposta parcialmente...é feita uma avaliação das necessidades do utente e realizada uma visita domiciliária para ver essas mesmas necessidades, para esclarecer dúvidas à família e utente, para adaptações.” (E1)</p> <p>“O acolhimento é feito pelas AAD’s que têm como funções dar os pequenos-almoços e almoços, prestar cuidados de higiene, limpezas, posicionamentos e transferências cadeirão/ leito.” (E1)</p> <p>“... o SAD dá resposta aos utentes, embora nalgumas situações fosse necessário institucionalização de alguns utentes que exigem mais cuidados.” (E3)</p> <p>“Há uma boa articulação com as famílias mas há muitos constrangimentos económicos das famílias.” (E3)</p> <p>“O serviço de SAD presta serviços de higiene, alimentação, limpeza, tratamento de roupa...” (E3)</p> <p>“Nós nunca temos lista de espera. Conseguimos dar resposta a todos os utentes que nos solicitam.” (E5)</p> <p>“Damos apoio a 39 utentes em SAD, muitos com grande dependência.” (E5)</p>
	<b>Necessidades sentidas no</b>	_____	<p>“...não sabem bem como realizar alguns cuidados ao utente em segurança, mas</p>

	<p><b>contexto de trabalho</b></p>		<p>procuram informação.” (E1)</p> <p>“... têm dificuldade em gerir o stress que o seu dia-a-dia acarreta.” (E1)</p> <p>“... referem muitas vezes alguma dificuldade em lidar com cada utente e família.” (E1)</p> <p>“Há uma grande exigência por parte dos utentes e grande diversidade de culturas, crenças em cada utente.” (E1)</p> <p>“... os utentes são cada vez mais dependentes e necessitam de muitos cuidados e assistência...temos uma população muito envelhecida...a ajuda é pedida muito tarde” (E1)</p> <p>“... a exigência dos utentes e familiares vem trazer muitos constrangimentos, essencialmente às AAD’s.” (E3)</p> <p>“Há alguma dificuldade de relacionamento com algumas famílias.” (E3)</p> <p>“Alguns idosos tornam-se mais agressivos... ou também há situações de suspeita de maus tratos a idosos por parte dos familiares, que as AAD’s que não sabem como agir.” (E3)</p> <p>“Elas sentem mais dificuldade em lidar com utentes com alterações mentais...” (E3)</p> <p>“Alguns utentes ficam melindrados facilmente...é difícil para elas comunicar com alguns deles e com familiares.” (E5)</p> <p>“A nível emocional é difícil para elas lidarem com alguns utentes...” (E5)</p>
<p><b>Prestação de cuidados ao idoso</b></p>	<p><b>Dificuldades sentidas pelas AAD’s</b></p>	<p>_____</p>	<p>“... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos.” (E2)</p>

<b>dependente no domicílio</b>			<p>“É difícil a comunicação com alguns familiares, mais até do que com os utentes.” (E2)</p> <p>“Sinto dificuldade em cuidados de higiene e a posicionar utentes mais dependentes...vou sempre com alguém mais experiente.” (E6)</p> <p>“A nível emocional para mim é muito difícil lidar com algumas situações de utentes mais dependentes.” (E6)</p>
<b>Caraterísticas das AAD's</b>	<b>Grupo etário</b>	_____	<p>“Tenho 48 anos.” (E2)</p> <p>“Tenho 57 anos.” (E4)</p> <p>“Tenho 54 anos.” (E6)</p>
	<b>Habilitações literárias</b>	_____	<p>“Tenho o 9ºano.” (E2)</p> <p>“Só tenho a 4ª classe.” (E4)</p> <p>“Tenho o 9º ano de escolaridade.” (E6)</p>
	<b>Formação</b>		<p>“A equipa de AAD's é um pouco resistente à formação em sala.” (E1)</p> <p>“Eu tirei a formação de Apoio à Família e à Comunidade.” (E2)</p> <p>“... não tinha ideia do que era trabalhar com idosos, a formação deu-me uma noção da realidade.” (E2)</p> <p>“... algumas de nós têm feito algumas formações, sobre avaliação de glicémias, cuidados de higiene, em primeiros socorros...mas as novas colegas não têm formação.” (E2)</p> <p>“... não fazemos reciclagem da formação que recebemos na fase inicial.” (E2)</p> <p>“... tenho duas agentes de geriatria, as restantes sem formação mas com experiência.” (E3)</p> <p>“Elas estão sempre disponíveis para aderir à formação, mas nos últimos anos</p>

			<p>não se tem cumprido as horas para formação e as funcionárias têm alguma dificuldade de articulação para disponibilidade de horário para formação.” (E3)</p> <p>“Algumas fizeram formação no âmbito da ética profissional, gestão de conflitos e alimentação.” (E3)</p> <p>“Não tenho formação na área, só experiência profissional e a nível pessoal.” (E4)</p> <p>“Acho que a formação para nós é uma mais-valia.” (E4)</p> <p>“Algumas delas fazem alguma formação na área do idoso, embora não façam muita reciclagem...” (E5)</p> <p>“Há pouco tempo, em parceria com outra IPSS, 4 funcionárias fizeram formação na área de Geriatria...” (E5)</p> <p>“Temos alguma dificuldade em dar formação pelo horário exigente de trabalho que elas têm...” (E5)</p> <p>“A formação é muito importante. Eu nunca fiz formação nesta área do idoso (...) mas outras colegas já fizeram...” (E6)</p>
	<p><b>Trabalho de equipa</b></p>	<p>_____</p>	<p>“É uma boa equipa, com muita sensibilidade; equipa unida.” (E1)</p> <p>“São para muitos utentes como família...” (E1)</p> <p>“Há uma boa comunicação na equipa, resolvemos bem os problemas entre nós e comunicamos à chefe alguns assuntos mais difíceis a resolver.” (E2)</p> <p>“O trabalho em equipa é bom e transmito sempre essa mensagem do trabalho de equipa ser fulcral e fundamental.” (E3)</p>

			<p>“Conflitos há sempre...” (E3)</p> <p>“Não há problemas dentro da equipa, o trabalho é ótimo e há boa comunicação.” (E4)</p> <p>“A equipa organiza-se bem, entreadjudam-se, esperam sempre umas pelas outras...são todas diferentes mas dão-se bem.” (E5)</p> <p>“Tento manter um equilíbrio nas equipas...uma com mais jeito para o cuidar da pessoa e outra com mais jeito para limpezas.” (E5)</p> <p>“Toda a equipa se relaciona bem...e é também uma equipa experiente.” (E6)</p>
--	--	--	--

ANEXO V- Apreciação do grupo populacional segundo Betty Neuman

## CONTEXTO INTRASISTÊMICO

Variáveis	Sistema Cliente
<b>Fisiológica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Problemas de saúde:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas osteoarticulares</li></ul></li><li>✓ <b>Comportamentos de risco:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Adoção de más posturas corporais na execução dos posicionamentos e transferências com idoso (verbalizado pelas AAD na sessão de formação “Posicionamentos e transferências”)</li></ul></li></ul>
Variáveis	Sistema Cliente
<b>Psicológica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>A escolha foi uma escolha pessoal:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Sim: 83%</li><li>• Não: 17%</li></ul></li><li>✓ <b>Caraterização do nível de formação pelas AAD:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiente: 12%</li><li>• Suficiente: 25%</li><li>• Bom: 58%</li><li>• Muito Bom: 4%</li><li>• Excelente: 0%</li></ul></li><li>✓ <b>Caraterização do nível de cuidados prestados pelas AAD:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiente: 0%</li><li>• Suficiente: 17%</li><li>• Bom: 71%</li><li>• Muito Bom: 12%</li><li>• Excelente: 0%</li></ul></li></ul>
Variáveis	Sistema Cliente
	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Sexo:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino: 4%</li><li>• Feminino: 96 %</li></ul></li><li>✓ <b>Idade</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Menos de 20 anos: 0%</li><li>• 20 a 39 anos: 13%</li><li>• 40 a 59 anos: 79%</li><li>• 60 ou mais anos: 8%</li></ul></li><li>✓ <b>Estado civil</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Solteiro/a: 17%</li></ul></li></ul>

<p><b>Sociocultural</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado/a: 71%</li> <li>• Divorciado/a: 12%</li> <li>• Viúvo/a: 0%</li> <li>✓ <b>Nacionalidade:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portuguesa: 96%</li> <li>• Outra: 4%</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Habilitações Literárias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º Ciclo Ensino Básico: 21%</li> <li>• 2º Ciclo Ensino Básico: 25%</li> <li>• 3º Ciclo Ensino Básico: 17%</li> <li>• Ensino Secundário: 29%</li> <li>• Ensino Superior: 8%</li> <li>• Ensino Profissional: 0%</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Nº horas trabalho semanal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 20 horas: 4%</li> <li>• 20 a 29 horas: 0%</li> <li>• 30 a 39 horas: 75%</li> <li>• 40 ou mais horas: 21%</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Regime de horário:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotativo: 0%</li> <li>• Fixo: 100%</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Tipo de Contrato:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Termo Certo: 38%</li> <li>• Efetivo: 46%</li> <li>• Prestação de serviços: 4%</li> <li>• Outro: 12%</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Variáveis</b></p>	<p><b>Sistema Cliente</b></p>
<p><b>Desenvolvimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim: 63% (Cursos de Apoio à família e comunidade e Cursos de Geriatria)</li> <li>• Não: 37%</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Realização da última formação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 ano: 37%</li> <li>• 1 a 2 anos: 17%</li> <li>• Mais de 2 anos: 25%</li> <li>• Não tem formação: 21%</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Tempo de exercício da atividade profissional de cuidador/a:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 ano: 33%</li> <li>• 1 a 5 anos: 17%</li> <li>• 6 a 10 anos: 33%</li> <li>• Mais de 10 anos: 17%</li> </ul> </li> <li>✓ <b>Tempo de experiência enquanto cuidador na instituição:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 ano: 29%</li> <li>• 1 a 5 anos: 24%</li> <li>• 6 a 10 anos: 33%</li> <li>• Mais de 10 anos: 13%</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Variáveis</b></p>	<p><b>Sistema Cliente</b></p>

<b>Espiritual</b>	Sem dados
-------------------	-----------

### CONTEXTO INTERSISTÉMICO

SUBSISTEMAS	
<b>EDUCATIVO</b>	Cencal Gabinae Universidade Sénior Rainha D <sup>a</sup> Leonor Formação interna nas IPSS Escola Técnica Empresarial do Oeste Biblioteca Municipal das Caldas da Rainha
<b>RECREATIVO E DE LAZER</b>	Centro Social Paroquial N <sup>a</sup> Sr <sup>a</sup> das Mercês Centro Recreativo e Cultural de Salir do Porto Museu José Malhoa; Museu da Cerâmica e Museu do Hospital Banda Comercio e indústria Orquestra Ligeira monte Olivetti Caldas Futebol clube
<b>SAÚDE e SEGURANÇA</b>	PSP Caldas da Rainha GNR Caldas da Rainha Bombeiros Voluntários Caldas da Rainha e de São Martinho do Porto CHO-Caldas Laboratórios de Análises UCC Caldas da Rainha (ECCI) USF Tornada; USF Rainha D <sup>a</sup> Leonor; USF Bordalo Pinheiro UCSP Caldas da Rainha USP Caldas da Rainha Farmácias do Concelho de Caldas Recolha e Tratamento de resíduos Caldas da Rainha Saneamento Básico Cantina Social Caldas da Rainha Banco Local de Voluntariado Banco Alimentar do Oeste Clínicas e Hospitais não pertencentes à rede do SNS
<b>POLÍTICO E SEGURANÇA</b>	Câmara Municipal de Caldas da Rainha Junta de Freguesia de Caldas da Rainha; Junta da União de Freguesias Tornada e Salir do Porto; Junta de Freguesia Carvalhal Benfeito
<b>SÓCIO CULTURAL</b>	Associação Social e Cultural Paradense Associação Desportiva e Recreativa de Carvalhal Benfeito Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto Centro Cultural e de Congressos de Caldas Página da Câmara Municipal de Caldas da Rainha -na rede Web Revista Municipal da Câmara de Caldas da Rainha Jornal das Caldas e a Gazeta das Caldas; Jornal Digital Oeste Global IPSS Lares de Idosos
<b>RELIGIOSO</b>	Templos Católicos, Evangélicos, Batistas e Testemunhas de Jeová

<b>COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE</b>	Transportes Urbanos (Toma) Rodoviária do Oeste (Carreiras normais, Rede de Expressos) Comboio Táxis Ligação à A8; N8 Rede de Estradas municipais
<b>ECONÓMICO</b>	Parque Industrial de Caldas da Rainha; Entidades bancárias, Serviços de comércio, Hipermercados, Indústria diversa Feiras diárias, semanais, mensais e sazonais

### CONTEXTO EXTRASISTÉMICO

<b>SUBSISTEMAS</b>	
<b>EDUCATIVO</b>	Cencal Gabinete Universidade Sénior Rainha D <sup>a</sup> Leonor Formação interna nas IPSS Escola Técnica Empresarial do Oeste Biblioteca Municipal das Caldas da Rainha
<b>RECREATIVO E DE LAZER</b>	Centro Social Paroquial N <sup>a</sup> Sr <sup>a</sup> das Mercês Centro Recreativo e Cultural de Salir do Porto Museu José Malhoa; Museu da Cerâmica e Museu do Hospital Banda Comercio e indústria Orquestra Ligeira monte Olivetti Caldas Futebol clube
<b>SAÚDE e SEGURANÇA</b>	PSP Caldas da Rainha GNR Caldas da Rainha Bombeiros Voluntários Caldas da Rainha e de São Martinho do Porto CHO-Caldas Laboratórios de Análises UCC Caldas da Rainha (ECCI) USF Tornada; USF Rainha D <sup>a</sup> Leonor; USF Bordalo Pinheiro UCSP Caldas da Rainha USP Caldas da Rainha Farmácias do Concelho de Caldas Recolha e Tratamento de resíduos Caldas da Rainha Saneamento Básico Cantina Social Caldas da Rainha Banco Local de Voluntariado Banco Alimentar do Oeste Clínicas e Hospitais não pertencentes à rede do SNS
<b>POLÍTICO E SEGURANÇA</b>	Câmara Municipal de Caldas da Rainha Junta de Freguesia de Caldas da Rainha; Junta da União de Freguesias Tornada e Salir do Porto; Junta de Freguesia Carvalhal Benfeito
<b>SÓCIO CULTURAL</b>	Associação Social e Cultural Paradense Associação Desportiva e Recreativa de Carvalhal Benfeito

	<p>Associação de Desenvolvimento Social de Salir do Porto  Centro Cultural e de Congressos de Caldas  Página da Câmara Municipal de Caldas da Rainha -na rede Web  Revista Municipal da Câmara de Caldas da Rainha  Jornal das Caldas e a Gazeta das Caldas; Jornal Digital Oeste Global  IPSS  Lares de Idosos</p>
<b>RELIGIOSO</b>	Templos Católicos, Evangélicos, Batistas e Testemunhas de Jeová
<b>COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE</b>	<p>Transportes Urbanos (Toma)  Rodoviária do Oeste (Carreiras normais, Rede de Expressos)  Comboio  Táxis  Ligação à A8; N8  Rede de Estradas municipais</p>
<b>ECONÓMICO</b>	<p>Parque Industrial de Caldas da Rainha; Entidades bancárias,  Serviços de comércio,  Hipermercados,  Indústria diversa  Feiras diárias, semanais, mensais e sazonais</p>

ANEXO VI- Cartaz de divulgação do Projeto



## “FORMAR PARA MELHOR CUIDAR”

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

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

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

**HORÁRIO:** 18h00 às 20h00

**LOCAL:** Biblioteca do Centro de Saúde das Caldas da Rainha

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



ANEXO VII- Planos das Sessões de Formação

### Plano de Sessão 1

**Tema:** Cuidados de Higiene e Conforto

**Local:** Biblioteca do Centro de Saúde Caldas da Rainha

**Data:** 19/09/2016

**Grupo Alvo:** Ajudantes de Ação Direta (AAD)

**Formador:** Mónica Duarte

**Convidado:** Susana Fernandes, Higienista Oral do Aces Oeste Norte

**Início:** 18h

**Términus:**

20h

Objetivos a serem atingidos pelos formandos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer os cuidados de higiene e conforto como essenciais na prevenção de doenças e na promoção da saúde</li> <li>➤ Compreender a importância dos cuidados de higiene e conforto para o aumento da auto-estima e qualidade de vida dos idosos</li> <li>➤ Enumerar as funções da pele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introdução à temática da sessão de formação</li> <li>✓ Necessidades Humanas Básicas: definição</li> <li>✓ Cuidados de Higiene e Conforto: definição e importância</li> <li>✓ Caracterização da pele e funções</li> <li>✓ Cuidados a ter em conta com a pele</li> <li>✓ Tipos de Higiene: parcial e total</li> </ul>	120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Expositivo</li> <li>➤ Demonstrativo</li> <li>➤ Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador</li> <li>• Projetor</li> <li>• Apresentação em suporte digital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos</li> <li>✓ Observação direta (adesão e participação na sessão)</li> <li>✓ Formulação de questões</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar os tipos de higiene e adaptação à pessoa</li> <li>➤ Conhecer os aspetos a ter em conta na execução do banho</li> <li>➤ Compreender os procedimentos corretos na higiene íntima</li> <li>➤ Descrever os cuidados adequados aos anexos da pele</li> <li>➤ Ter presente os cuidados inerentes à higiene oral</li> <li>➤ Executar a técnica correta de alimentação por SNG</li> <li>➤ Conhecer o manuseamento adequado com as algalias</li> <li>➤ Entender a importância dos cuidados de segurança e proteção pessoal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Grau de dependência: adaptação da higiene</li> <li>✓ Banho: a sua importância</li> <li>✓ Sequência adequada do banho</li> <li>✓ Tipos de Banho (Chuveiro/Leito)</li> <li>✓ Higiene Íntima: aspetos a ter em conta</li> <li>✓ Cuidados os cabelos</li> <li>✓ Cuidados com a barba</li> <li>✓ Cuidados com as unhas</li> <li>✓ Higiene oral</li> <li>✓ Cuidados especiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação por sonda nasogástrica (SNG)</li> <li>- Cuidados a ter com algalias</li> <li>- Cuidados de segurança e proteção pessoal</li> </ul> </li> </ul>				
---	---	--	--	--	--

## Plano de Sessão 2

**Tema:** Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão

**Local:** Biblioteca do Centro de Saúde de Caldas da Rainha

**Data:** 21/09/2016

**Grupo Alvo:** Ajudantes de Ação Direta (AAD)

**Formador:** Mónica Duarte

**Convidado:** Liliana Sobral, Enf<sup>a</sup> Especialista em Enf. Reabilitação

**Início:** 18h

**Términus:** 20h

Objetivos a serem atingidos pelos formandos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	MAE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compreender a importância e tipos de posicionamentos</li> <li>➤ Identificar fatores de risco para o aparecimento das úlceras de pressão</li> <li>➤ Enumerar medidas preventivas das úlceras de pressão</li> <li>➤ Identificar equipamentos de apoio à prevenção de úlceras</li> <li>➤ Conhecer os sinais de alerta presentes na</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introdução à temática da sessão de formação</li> <li>✓ Posicionamentos: a sua importância</li> <li>✓ Tipos de Posicionamentos</li> <li>✓ Úlceras de pressão: definição</li> <li>✓ Evolução das úlceras de pressão</li> <li>✓ Fatores de risco</li> <li>✓ Medidas preventivas</li> <li>✓ Equipamentos de apoio</li> </ul>	120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Expositivo</li> <li>➤ Demonstrativo</li> <li>➤ Interativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador</li> <li>• Projetor</li> <li>• Apresentação em suporte digital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aplicação prévia da ficha de avaliação de conhecimentos</li> <li>✓ Observação direta (adesão e participação na sessão)</li> <li>✓ Formulação de questões</li> <li>✓ Desempenho demonstrado no treino dos posicionament</li> </ul>

<p>pele que motivam a necessidade de cuidados de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecer e executar os diversos tipos de transferências</li> <li>➤ Ter presente as ajudas técnicas e o seu correto manuseamento</li> <li>➤ Demonstrar as técnicas corretas dos posicionamentos e transferências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reconhecimento de situações de alerta na pele: encaminhamento para cuidados de enfermagem</li> <li>✓ Transferências: definição</li> <li>✓ Tipos de transferências</li> <li>✓ Ajudas técnicas: importância e exemplos</li> <li>✓ Treino dos posicionamentos e transferências</li> </ul>				<p>os e transferências</p>
---	---	--	--	--	----------------------------

ANEXO VIII- Protocolo de Pesquisa

Instituto Politécnico de Santarém  
Escola Superior de Saúde de Santarém  
6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
UC – Estágio II e Relatório

## **Capacitação das Ajudantes de Ação Direta no Cuidado ao Idoso Dependente**

**Autor:**

Mónica Duarte nº:140431004

**Orientadora:**

Professora Doutora Rosário Machado

Santarém, Outubro 2016

## **Title- Capacitação das Ajudantes de Ação Direta no Cuidado ao Idoso Dependente**

Duarte, Monica<sup>1</sup>

Machado, Rosário<sup>1</sup>

1 Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde

### **Corresponding author:**

Mónica Duarte

Email: usf.tornada.monica@gmail.com

### **Review question**

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a melhoria dos conhecimentos das Ajudantes de Ação Direta no cuidado ao idoso dependente?

### **Objective**

Caraterizar as intervenções de enfermagem que promovem a melhoria dos conhecimentos das Ajudantes de Ação Direta no cuidado ao idoso dependente.

### **Background**

O envelhecimento populacional é uma evidência atual, com sérias consequências para a sociedade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2014), a tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa, com um aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens em idade ativa na população total.

Em Portugal esta realidade não é exceção, onde se confirma a descida continuada da natalidade, o aumento da longevidade e, mais recentemente, o crescimento dos fluxos emigratórios. Em 2013 a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos de idade) aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2014).

O agravamento do envelhecimento deve-se à melhoria dos cuidados de saúde, refletido no aumento da esperança média de vida das pessoas, e também devido ao aumento das doenças

crónicas e/ou incapacitantes, que leva ao aumento do topo da pirâmide etária e associado a este, uma diminuição da base da mesma, pelo decréscimo da taxa de natalidade (Carrilho e Patrício, 2008).

Sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os setores sociais e exige a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI),2004).

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

A diminuição das capacidades, natural com o avançar do ciclo vital e o aumento de doenças crónicas conduzem a uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a satisfação das mais elementares necessidades diárias e manutenção da qualidade de vida (Sequeira, 2010)

A dependência é caracterizada pela incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se (Pavarini e Neri, 2000).

Também, de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, dependência pode ser definida como [...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

Quando é verificada na pessoa uma situação de dependência que por várias razões se encontra a residir no seu domicílio, justifica-se a prestação de cuidados de saúde e de apoio social com o objetivo de ajudar o utente/família evitando a institucionalização da pessoa dependente.

Para Stanhope e Lancaster (1999), os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde. Assim, é esperado que estes cuidados de saúde se centrem em equipas multidisciplinares, com recursos humanos devidamente formados, com vista à recuperação global e acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que são indispensáveis a um sistema de saúde adequado às necessidades da população dependente.

As alterações demográficas modificaram a estrutura e dinâmica da família, levando à necessidade da criação de recursos sociais que substituam ou apoiem os familiares na responsabilidade no cuidado e acompanhamento da pessoa dependente.

O número de pessoas dependentes com necessidades múltiplas a carecer da prestação de cuidados no seu ambiente familiar para a satisfação das atividades de vida diárias é uma realidade em crescimento, sendo por isso prioritário que a sociedade ofereça uma boa capacidade de resposta a este nível.

De acordo com a legislação em vigor, nomeadamente a Portaria nº 38/2013 de 30 de Janeiro, procede ao ajustamento da resposta social e estabelece as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, designado SAD.

O SAD, segundo a mesma portaria, é a resposta social que assegura a prestação de cuidados e serviços às famílias ou pessoas que se encontram numa situação de dependência, no seu domicílio, e que não conseguem responder à satisfação das suas necessidades básicas ou atividades instrumentais de vida diárias, de forma temporária ou permanente, e que não dispõem de apoio familiar satisfatório para o efeito.

Assim, são objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário:

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização;
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Na sequência dos objetivos delineados para o SAD, encontra-se regulamentado que este deve proporcionar um conjunto diversificado de cuidados e serviços, adaptados às necessidades de cada utente. Desta forma, os serviços e cuidados prestados devem, preferencialmente, ser disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, sempre que se considere necessário, apoio durante o fim-de-semana e feriados.

A Portaria n.º 38/2013 elenca ainda diversos serviços e cuidados que o SAD deve disponibilizar, sendo imperativo reunir pelo menos quatro dos seguintes:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
- Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;

- Tratamento da roupa do uso pessoal do utente;
- Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
- Serviço de teleassistência.

Nesta linha de pensamento e tendo em conta a área específica deste projeto, importa enquadrar os cuidados de higiene e conforto.

A manutenção da higiene pessoal é crucial enquanto veículo à promoção da saúde, por constituir uma forma de remover microrganismos que podem ser nocivos à saúde.

Segundo Potter e Perry (2006) os cuidados de higiene são um conjunto de práticas que visam essencialmente a limpeza e cuidado ao corpo, ajudando a pessoa a atingir bem-estar, conforto e auto-estima. Devem ser tidos em conta a idade, o estado da pessoa, assim como os seus hábitos e preferências. O contato próximo com o utente na prestação dos cuidados de higiene pode promover a relação terapêutica através da comunicação, facilitando a transmissão de carinho e respeito.

Os cuidados de higiene e conforto constituem o serviço mais requerido pelos utentes/famílias e com maior expressividade de realização pelas Ajudantes de Ação Direta (AAD) que exercem funções em SAD sendo por isso importante a aposta na sua melhoria.

Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Assim, existe uma “preparação específica para o desempenho deste papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias” (Sequeira, 2007 citado por Sousa, 2011).

A qualidade dos cuidados prestados aos idosos depende não só mas também da preparação eficaz da força de trabalho, ou seja, deve existir a garantia que a equipa de cuidados possui os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar o seu papel com competência e sensibilidade. Neste domínio, os ajudantes de ação direta (AAD) representam uma considerável componente da força de trabalho, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados, tendo por isso um impacto considerável na qualidade dos serviços prestados (Fitzpatrick e Roberts, 2004).

Num contexto no qual é previsível a procura cada vez maior de serviços e cuidados especializados, verifica-se um quadro de instabilidade profissional dos ajudantes de ação direta, associada por um lado, a um decréscimo numérico (em relação ao crescimento do número de idosos) e por outro, a uma grande rotatividade desta força de trabalho, maioritariamente constituída por mulheres com idades compreendidas entre os 25 e 50 anos (Sousa, 2011). Esta

atividade, em muitas instituições é assegurada por pessoal com baixa escolaridade, má remuneração e com fraca formação específica. Estes e outros fatores podem afetar negativamente a qualidade do seu desempenho e consequentemente a vida dos idosos e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Sousa, 2011).

Em Portugal, Jacob (2003) relata que o pessoal não técnico inicia na maioria da vezes a sua atividade profissional sem que antes tenha frequentado qualquer formação específica que o habilite a cuidar de idosos. Da mesma forma, em relação à formação contínua, não é realizada com periodicidade regular.

A formação profissional, nas suas diversas modalidades, poderá ser entendida como o conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos que são exigidos a um indivíduo para o exercício das funções próprias de uma profissão (Sousa, 2011).

A formação profissional constitui-se um alicerce para qualquer organização, existindo uma relação direta entre a formação e o desempenho profissional. Para os AAD, a formação é crucial para a obtenção de competência e saberes, indispensáveis para um bom desempenho. Através da formação coesa e estruturada permite-se aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e atingir um adequado nível de qualidade de cuidados (Jacob, 2003).

Esta é uma questão de extrema pertinência no âmbito da prestação de cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliário. O que se pretende para a pessoa que necessita de cuidados prestados por outrem, independentemente do nível de dependência, é a prestação de cuidados de excelência por profissionais competentes.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários para a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, bem como participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010).

**Keywords**

Nurs\*

Education

Home Health Aides

Caring

**Inclusion Criteria**

- Estudos em que os participantes sejam cuidadores formais (AAD);
- Cuidadores formais com idade superior a 18 anos e saudáveis;
- Estudos que contemplem cuidados a idosos.

**Exclusion Criteria**

- Revisões sistemáticas de literatura;
- Estudos não relacionados com a temática em análise.

***Types of participants***

Cuidadores Formais (Ajudantes de Ação Direta)

***Types of intervention of interest***

Caraterísticas das intervenções de enfermagem que promovem a capacitação das AAD para a melhoria do cuidado ao idoso dependente

***Types of outcomes***

Melhoria dos conhecimentos das AAD sobre o cuidado ao idoso dependente

***Types of studies***

Estudos no âmbito do Paradigma Positivista e Interpretativista.

## Search strategy

Com base na questão formulada definiram-se as palavras-chave Enfermeiro, Educação, Cuidador Formal e Cuidar. Através da pesquisa na plataforma Mesh Browser identificaram-se os descritores: Nurs\*, Education e Home Health Aides. A palavra *Caring* é um Entry Term.

A partir destes descritores procurei estudos que me permitam caracterizar as intervenções de enfermagem que capacitam os cuidadores formais no cuidado ao idoso dependente.

Para ir ao encontro deste objetivo procedi à pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL, Medline Complete, Medclatina, Pubmed e Proquest. A pesquisa foi realizada a 04 de Outubro de 2016 no Distrito de Santarém pelas 19 horas com a seguinte expressão de pesquisa: "Nurs\*" AND "Education" AND "Home Health Aides" AND "Caring".

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

- PUBMED: Free full text; 10 years; Humans.
- PROQUEST: Texto completo; Revisão inter-pares; Data publicação (Setembro 2006 a Setembro 2016); Revistas; Revistas Académicas; Revistas Especializadas; Tipo de documento (Artigo e Artigo Principal); Faixa etária (Adulto 19-44; Meia idade 45-64).
- CINAHL Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Resumo disponível; Data Publicação (Setembro 2006 a Setembro 2016); Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF.
- Medline Complete: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Setembro 2006 a Setembro 2016); Resumo disponível; Humano.
- Medclatina: Booleano/Frase; Texto completo; Data (Setembro 2006 a Setembro 2016); Texto completo em PDF.

Os resultados da pesquisa constam na tabela abaixo.

**Tabela 1- Resultados da pesquisa nas bases de dados**

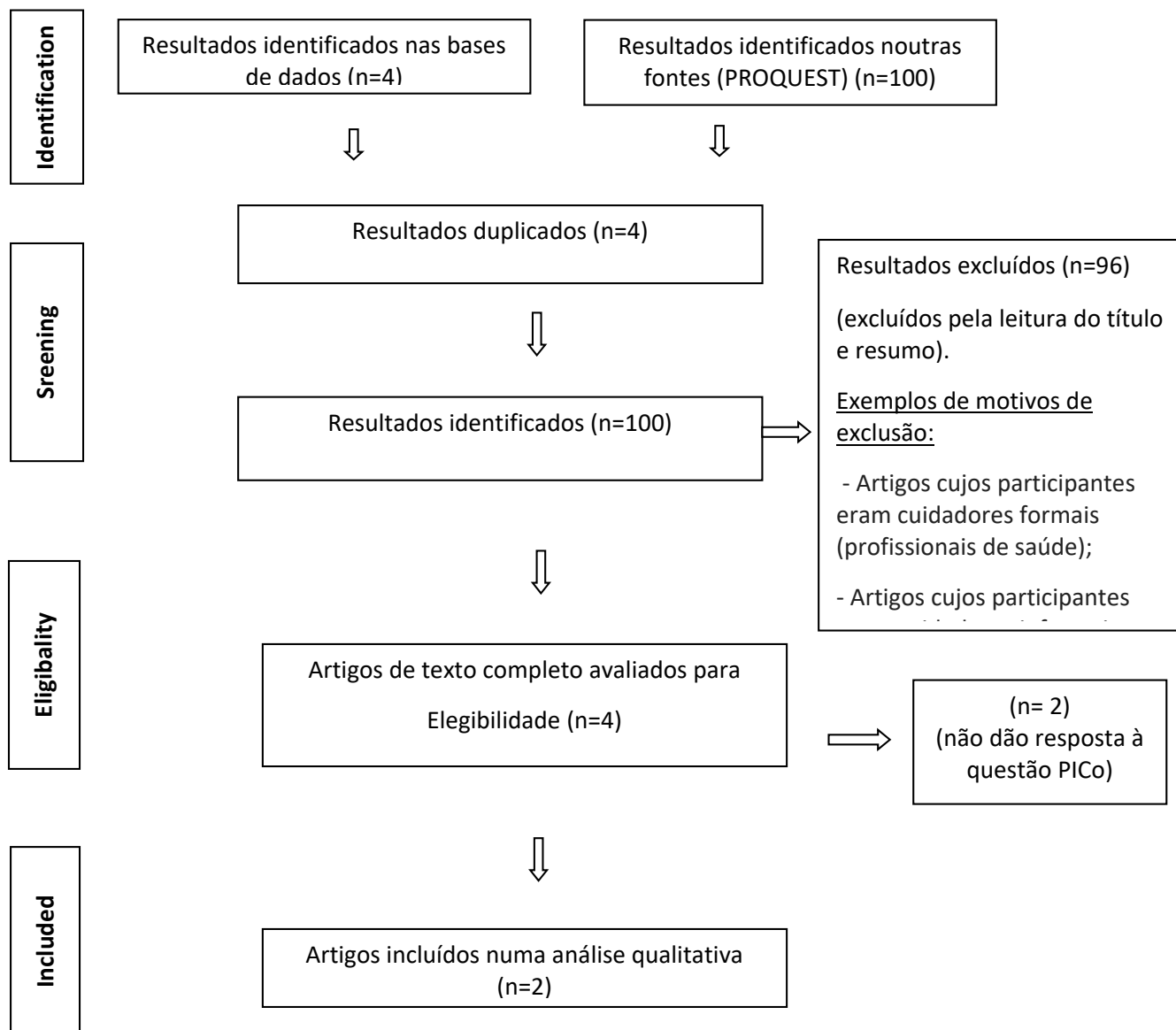
Palavras- chave	PROQUEST	PUBMED	Plataforma EBSCOhost		
			CINAHL Complete	Medline Complete	MedicLatina
<b>1- Nurs*</b>	27.268	32.134	2.695	61.177	1.922
<b>2- Education</b>	40.035	103.258	1.483	102.073	3.529
<b>3- Home Health Aides</b>	410	84	3	90	0
<b>4- Caring</b>	5.509	4.393	232	5.700	159
<b>1+2</b>	16.104	7.997	1.016	17.435	446
<b>1+3</b>	330	57	2	40	0
<b>1+4</b>	3.924	844	191	2.737	75
<b>2+3</b>	316	21	0	19	0
<b>2+4</b>	4.034	1.070	69	1.344	29
<b>3+4</b>	133	4	1	9	0
<b>1+2+3</b>	252	16	0	8	0
<b>1+2+4</b>	3.078	256	60	827	13
<b>2+3+4</b>	107	2	0	2	0
<b>1+2+3+4</b>	100	2	0	2	0

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados inicialmente 104 artigos, sendo 4 repetidos. Foram lidos os títulos e resumos de 100 artigos e destes 96 não se enquadravam

no objetivo desta revisão sistemática de literatura. Restaram 4 artigos para elegibilidade, sendo que 2 destes não davam resposta à questão PICO formulada. Deste modo elegi 2 artigos para proceder à avaliação metodológica.

### Assessment of methodological quality

Prisma FlowChart 2009



Os dois artigos seleccionados intitulam-se: **“Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker”** e **“Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers”**.

Ambos os artigos são estudos de investigação qualitativos pelo que se enquadram no paradigma interpretativista. Por estes motivos foram alvo de uma análise da qualidade metodológica, através do instrumento de avaliação QARI (ver appendix I).

## Data Extraction

Para extrair os dados procedi à avaliação da qualidade metodológica através da utilização do instrumento de avaliação QARI. Por forma a realizar uma síntese da análise dos resultados obtidos nos artigos, são apresentados os 2 quadros resumos seguintes:

**Quadro 1- Quadro Resumo do Artigo 1: “Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker”**

<b>Título</b>	<b>Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker</b>
<b>Autor</b>	Margaret Devlin e Sonja McIlfatrick
<b>Publicação</b>	International Journal of Palliative Nursing 2010, Vol 16, No 4
<b>Objectivo</b>	O objetivo do estudo foi explorar o papel dos trabalhadores de cuidados em domicílio em cuidados paliativos e de fim de vida. Os objetivos específicos foram: examinar o papel e as experiências dos trabalhadores domiciliários em cuidados paliativos e fim-de-vida; explorar as perceções dos enfermeiros comunitários sobre o papel dos profissionais de cuidados em casa em cuidados paliativos e de fim de vida; identificar as necessidades de treinamento, suporte e de supervisão de trabalhadores de cuidados a domicílio em cuidados paliativos e de fim de vida.
<b>Desenho do Estudo   Material e métodos</b>	Abordagem de métodos mistos. Questionário (dados qualitativos e quantitativos) para obter os pontos de vista dos trabalhadores domiciliários; Entrevistas aos enfermeiros comunitários
<b>População   Amostra e Participantes/Contexto</b>	Trabalhadores de cuidados em domicílio e enfermeiros comunitários. 236 trabalhadores domiciliários e 6 enfermeiros comunitários Cuidados Domiciliários no Reino Unido
<b>Colheita de dados   Tratamento e análise</b>	Foram usados os seguintes instrumentos de colheita de dados: Questionário e Entrevistas Foi usado o software IBM SPSS versão 16.
<b>Principais resultados   Conclusões</b>	Os principais resultados foram: todos os inquiridos eram do sexo feminino com idades entre 22 e 69 anos. A maioria ganhou experiência como cuidador enquanto trabalhador na instituição e escolheram a

	<p>sua ocupação por “um desejo de cuidar e ajudar”. As principais tarefas que identificaram realizar foi “falar e ouvir os clientes/família, bem como a prestação de cuidados pessoais. A maioria considera que o seu papel é claro. Consideram ainda que o trabalho com clientes em fim de vida é mais stressante mas também muito gratificante. Das inquiridas, a maioria não tem qualificação reconhecida. Algumas trabalhadoras não tiveram nenhum treinamento para a ocupação e aprenderam no “terreno” com colegas de trabalho. Aproximadamente 2/3 das trabalhadoras não teve nenhuma formação em cuidados de fim de vida. As necessidades de treinamento incluem habilidades de comunicação, cuidados específicos em fim de vida. A necessidade de supervisão e apoio foram mencionados e destacam as colegas e os enfermeiros comunitários como fontes de apoio.</p> <p>Os enfermeiros comunitários vêem o papel dos profissionais de cuidados em casa como alguém que transmite tranquilidade para as famílias e fazem verificações regulares, assim como referenciam se necessário. É destacado que estes trabalhadores são fundamentais para a identificação e deterioração da condição da pele e da mobilidade dos clientes e nos contatos com os Enf<sup>es</sup> da comunidade. Vários défices de formação foram identificados pelos enfermeiros e consideram que as atualizações são precisas para estes trabalhadores, incorporando todos os membros da equipa multidisciplinar. Destaca-se a necessidade de aumentar a supervisão destes trabalhadores; de um maior apoio e ainda a realização de reuniões entre trabalhadores de cuidados em domicílio e enfermeiros comunitários.</p> <p>Conclusões: Estes cuidadores domiciliários precisam de apoio e supervisão adequado de modo a melhorar a qualidade de vida do utente em fim de vida. O aumento da população idosa a necessitar de cuidados em fim de vida continua a ser um desafio aos cuidados de saúde e serviços sociais. É importante clarificar o papel das cuidadoras mas também das suas necessidades de educação e treinamento.</p>
--	--

**Quadro 2- Quadro Resumo do Artigo 2: “Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers”**

<b>Título</b>	<b>Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers</b>
<b>Autor</b>	Ann Holroyd and Heather Holroyd
<b>Publicação</b>	QUALITY IN AGEING AND OLDER ADULTS Vol. 16 No. 2 2015, pp. 106-117
<b>Objectivo</b>	Compreender como as mudanças na capacidade física de um idoso altera as suas preferências de banho; como o ambiente de cuidados incorpora valores e crenças dos clientes em torno do banho para

	cumprir estas novas necessidades de cuidados e, como fatores institucionais, como a escala de pessoal e processos de comunicação, influenciam as ajudantes de cuidados residenciais nas práticas de banho.
<b>Desenho do Estudo   Material e métodos</b>	Múltiplos métodos de pesquisa Entrevistas qualitativas semi-estruturadas
<b>População   Amostra e Participantes/Contexto</b>	Idosos residentes e Ajudantes de cuidados residenciais 42 Ajudantes de cuidados residenciais; 9 idosos residentes e 10 Ajudantes de cuidados residenciais foram entrevistados
<b>Colheita de dados   Tratamento e análise</b>	Entrevistas qualitativas semi-estruturadas a idosos residentes e a Ajudantes de cuidados residenciais Levantamento de informações ajuda no banho CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory)
<b>Principais resultados   Conclusões</b>	Os principais resultados foram: O declínio do estado físico do idoso é razão para que altere as suas preferências de banho. Em geral os residentes idosos apreciam o banho que recebem e descrevem-no como um momento de interação social. As ajudantes de cuidados identificam o banho ocasionalmente como um aspeto stressante do seu trabalho, contudo também o descrevem como uma atividade muito importante em cuidados residenciais e de ligação entre si os idosos. Salienta-se ainda a importância do trabalho em equipa favorecedor à qualidade oferecida nos banhos e à satisfação no trabalho.  Conclusões: As ajudantes de cuidados residenciais tinham uma compreensão básica dos cuidados centrados na pessoa, contudo reconheceram a sua importância e desejam formação e apoio. Também a necessidade de formação que promova que os idosos passem de objetos passivos a sujeitos ativos foi descrita. A formação iria permitir colmatar o modelo biomédico para um modelo mais humanista de cuidados, através do estabelecimento de comunicação aberta entre residentes e ajudantes. Foi apontada a necessidade de facilitar sessões de reflexão com ajudantes de cuidados para fomentar a aprendizagem profissional e trabalho de equipa eficaz. Desta forma, poderiam identificar os aspetos que realizam bem e os que devem ser melhorados, assim como encontrar estratégias para gerir conflitos na equipa.

## Data synthesis

Do artigo 1 “**Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker**” emerge três categorias que ajudam a esclarecer a pertinência do artigo, que

são: ***“importância dos cuidadores formais”***; ***“necessidades dos cuidadores formais”*** e ***“enfermeiros comunitários: agentes de educação”***.

Os trabalhadores de cuidados em casa, também designados cuidadores formais, desempenham um papel fundamental ao permitir a prestação de cuidados a pessoas em fim de vida no seu ambiente domiciliar. Estes cuidadores estão sujeitos a stress no desenvolvimento do seu trabalho, contudo sentem-se com um papel muito gratificante.

As principais tarefas que os cuidadores realizam a pessoas em fim de vida são falar/ouvir os clientes e famílias, bem como a prestação de cuidados pessoais.

Os cuidadores formais identificam algumas necessidades que se prendem com défices de formação, apoio, comunicação e supervisão.

Os enfermeiros da comunidade caracterizam estes cuidadores como alguém que transmite tranquilidade para as famílias, exercem verificações regulares, identificam aspetos relacionados com a condição da pele e alterações da mobilidade dos clientes, e contatam com os enfermeiros da comunidade. Contudo, as opiniões dos enfermeiros acerca da qualidade da prestação dos cuidados físicos são variáveis. Os cuidadores formais destacam como fontes de apoio além dos seus colegas de trabalho, os enfermeiros da comunidade.

Deste modo, os enfermeiros são potenciais educadores deste grupo na medida em que podem identificar as suas necessidades, fornecer-lhes apoio e supervisão nas suas tarefas, nomeadamente em relação à prestação de cuidados físicos.

As estratégias educacionais usadas pelos enfermeiros da comunidade devem ter em conta as necessidades dos cuidadores e podem ser uma resposta eficaz aos défices de formação identificados, bem como a promoção de uma compreensão mútua de papéis no contributo do cuidado à pessoa. Assim pode-se indagar que a intervenção dos enfermeiros através do acompanhamento direcionado às necessidades dos cuidadores formais contribui para a capacitação dos mesmos.

No que diz respeito ao artigo 2 **“Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers”** foram identificadas as seguintes categorias: ***“importância do banho”***; ***“cuidado centrado na pessoa”***; ***“perceção do banho: experiência dos idosos residentes”***; ***“perceção do banho: experiência dos cuidadores formais”*** e ***“necessidades dos cuidadores formais”***.

O aumento da população idosa cada vez mais leva à procura de cuidados residenciais.

A degradação das capacidades físicas dos idosos altera as suas preferências em relação ao banho. O banho é muito importante na medida em que constitui a satisfação de uma das necessidades humanas básicas, a higiene. Assim, é necessário que os cuidadores residenciais

tenham em conta o cuidado centrado na pessoa, incorporando os seus valores e crenças de modo a responder adequadamente às novas necessidades.

O banho é visto por ambos (idosos residentes e ajudantes de cuidados) como um momento de interação social e como uma atividade complexa que vai além da limpeza física.

Os idosos caracterizam maioritariamente os banhos de forma positiva e as ajudantes de cuidados tentam flexibilizar esse momento por forma a torná-lo agradável.

As ajudantes de cuidados identificam algumas necessidades, como por exemplo, a existência de equipamentos de apoio que são necessários para garantir segurança e satisfação global no banho, assim como a necessidade de trabalho em equipa.

As ajudantes de cuidados reconhecem igualmente a necessidade de formação para promover o cuidado centrado na pessoa, tal como os idosos se tornem em sujeitos ativos em vez de objetos passivos e desta forma humanizar mais os cuidados.

Sessões de reflexão entre os vários intervenientes, com o objetivo de identificar aspetos positivos e aspetos a melhorar poderiam fomentar a aprendizagem profissional, resolução de conflitos e trabalho em equipa eficaz.

Este artigo permite verificar que há um campo aberto de motivos para chegar até estes cuidadores de forma a procurar a melhoria da prestação de cuidados nomeadamente no que diz respeito à higiene do idoso. O enfermeiro de saúde comunitária é o profissional de excelência capaz de validar as necessidades destes cuidadores e implementar estratégias de apoio e educação que promovam a sua capacitação.

A análise de ambos os artigos selecionados permitiu a compreensão da resposta à questão de investigação formulada.

### **Conflicts of interest**

O autor não têm conflitos de interesse a declarar.

### **References**

Carrilho, M.J., Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. Revista dos Estudos Demográficos, 44, pp. 35-80.

Devlin, M., McIlpatrick, S. (2010). Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker. International Journal of Palliative Nursing, vol. 16, nº 4.

Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS. Acedido em 31, Maio, 2016 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74->

4DED-94A9- F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf

Fitzpatrick, J. M, Roberts, J. D. (2004). Challenges for care homes: education and training of healthcare assistants. *Br J Nurs*, 8, 13 (21), pp. 1258-1261.

Holroyd, A., Holroyd, H. (2015). Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers. *Quality in Ageing and Older Adults*, vol. 16, nº 2, pp. 106-117.

Instituto Nacional de Estatística (2014). *Estatísticas Demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jacob, L. (2003). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.

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

Pavarini, S.C.I., Neri, A.L. (2000). *Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos*. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.). *Atendimento domiciliar. Umenfoque gerontológico*. (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Princípia.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária- Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos*. 4ªed., Lisboa: Lusociência.

## **Appendix I: Appraisal instruments**

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

**Revisor:** Mónica Duarte

# AVALIAÇÃO CRÍTICA DE ARTIGOS

## QARI | JBI

**Autor:** Margaret Devlin, Sonja McIlfratrick

**Ano:** 2010

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

**Volume:** 16

**Nº:** 4

**Jornal:** International Journal of Palliative Nursing

**Páginas:** 195-203

	QARI					COMMENTS
	Criteria	y	n	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	x				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	x				O objetivo do estudo está claramente definido
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	x				Foi usada metodologia qualitativa com recurso a entrevistas
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	x				O autor representa os dados e faz a sua análise
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	x				Os resultados foram interpretados
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	x				
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.			x		
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	x				No artigo podem ser encontrados excertos de respostas de ambos os participantes
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	x				Aprovação pelo Comitê de Investigação em Ética da Irlanda do Norte
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	x				
Absolut Value		9				

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

#### DECISÃO

**Inequívoco** [ x ] **Credível** [ ] **Indefinido** [ ]

**Fundamentação:** O artigo constitui um bom contributo para a revisão sistemática de literatura uma vez que aborda a importância do papel dos cuidadores formais na prestação de cuidados a pessoas em fim de vida na comunidade. Estes cuidadores exprimem algumas necessidades que se prendem com défices de formação, apoio, comunicação e supervisão. Os enfermeiros comunitários são potenciais educadores destes cuidadores formais em relação à prestação de cuidados físicos e de fim de vida.

<b>Dimensões</b>	<b>Descrição das características</b>
Método	A 2ª fase do estudo utiliza metodologia qualitativa através da realização de entrevistas aos participantes
Fenómeno de interesse	Conhecer o papel e experiências dos cuidadores formais na prestação de cuidados no domicílio em fim de vida e explorar as percepções dos enfermeiros da comunidade sobre o papel destes cuidadores a fim de identificar necessidades de formação, suporte e de supervisão.
Contexto de cuidados	Comunidade
Origem geográfica	Reino unido
Origem cultural	Reino unido
Participantes	Trabalhadores em cuidados domiciliários e enfermeiros da comunidade
Conclusões dos autores	Os trabalhadores de cuidados em casa podem dar um contributo significativo para satisfazer as necessidades holísticas de pacientes que necessitam de cuidados paliativos e de fim de vida, e suas famílias. Eles identificaram muitos aspetos positivos da prestação de cuidados paliativos, no entanto, eles experimentam problemas psicológicos e de comunicação, como lidar com o seu próprio sentimento de perda e de lidar com questões difíceis. O impacto emocional de cuidar de pacientes e das suas famílias precisa de ser reconhecido e o apoio e a supervisão adequado são necessários. O papel do trabalhador de cuidados em casa também precisa de ser mais clarificado para evitar inconsistências na prática. A disponibilidade de recursos para atender às crescentes necessidades de cuidados em fim de vida na comunidade continuará a ser um desafio. Por isso, é importante ter clareza, não apenas sobre o papel, mas também as necessidades de educação e formação da pessoa envolvida na prestação de cuidados paliativos e de fim de vida na comunidade.
Comentários do revisor	Os trabalhadores de cuidados em casa constituem um pilar na satisfação das necessidades de pacientes em fim de vida. É importante conhecer estes cuidadores e ter em conta as suas necessidades de formação a fim de não comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros têm um papel importante na consecução desse objetivo.

### Identificação das categorias

Nome	<b>Importância dos cuidadores formais</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Trabalhadores que prestam cuidados domiciliários	“Home-care workers make a significant contribution to meeting the holistic needs of patients requiring palliative and end-of-life care, and their families.”(Achado pág. 202)
Nome	<b>Necessidades dos cuidadores formais</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Os trabalhadores de cuidados em casa experimentam sentimentos gratificantes mas também identificam necessidades na prestação de cuidados.	“Training needs included communication skills, end-of-life care, dealing with death, dying and loss, information on specific conditions and subsequent care required, and palliative care awareness.” (Achado pág.199)

Nome	<b>Enfermeiros Comunitários: Agentes de Educação</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Os trabalhadores de cuidados em casa sublinharam a necessidade de um maior apoio dos enfermeiros da comunidade.	“Homecare workers report varying levels of support from community nurses and have highlighted the need for increased support from community nurses, particularly in end-of-life care.” (Achado pág.200)
Nome		
Descrição   Ilustração no txt		
Nome		
Descrição   Ilustração no txt		
Nome		
Descrição   Ilustração no txt		
Nome		
Descrição   Ilustração no txt		

### Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>“Home-care workers play a vital role in enabling patients to be cared for in their own homes.” <b>(Achado pág.195)</b></p> <p>“In the community, there are multiple providers of palliative and end-of-life care (Department of Health, Social Services and Public Safety, 2000), however, the mainstay of care is provided by generic services, general practitioners (GPs), community nurses and social services staff, including home-care workers.” <b>(Achado pág.195)</b></p> <p>“...patients and carers who had home-care workers considered them as having a key role in caring for the patient at home.” <b>(Achado pág. 196)</b></p> <p>“...the social support provided by home-care workers has been linked to strong relationships of trust and friendship for older people and their informal carers.” <b>(Achado pág. 196)</b></p> <p>“Given that the availability of resources to meet the increasing demands for palliative and end-of-life</p>	<p><b>Importância dos Cuidadores Formais</b></p>	<p>Os trabalhadores de cuidados em casa, também designados cuidadores formais, desempenham um papel fundamental ao permitir a prestação de cuidados a pessoas em fim de vida no seu ambiente domiciliar.</p> <p>O artigo revela que os cuidadores formais estão sujeitos a stress no desenvolvimento do seu trabalho, contudo sentem-se com um papel muito gratificante.</p> <p>As principais tarefas que os cuidadores realizam a pessoas em fim de vida são falar/ouvir os clientes e famílias, bem como a prestação de cuidados pessoais.</p> <p>Os cuidadores identificam algumas necessidades que se prendem com défices de formação, apoio, comunicação e supervisão.</p> <p>Os enfermeiros da comunidade caracterizam estes cuidadores como alguém que transmite tranquilidade para as famílias, exercem verificações regulares, identificam aspetos relacionados com a condição da pele e alterações da mobilidade</p>

<p>care in the community will continue to be challenging, it is vital that there is a clearer understanding of the role of the home-care worker in palliative and end-of-life care.” <b>(Achado pág. 196)</b></p> <p>“The community nurses viewed the role of home-care workers in palliative and end-of-life care primarily as physical care providers, as well as providing reassurance to families by making regular checks and making referrals if required. For example, they considered home-care workers had a key role in identifying deterioration in skin condition and mobility, identifying constipation and liaising with community nurses.” <b>(Achado pág. 199)</b></p> <p>“Home-care workers make a significant contribution to meeting the holistic needs of patients requiring palliative and end-of-life care, and their families.” <b>(Achado pág. 202)</b></p>		<p>dos clientes, e contatam com os enfermeiros da comunidade. Contudo, as opiniões dos enfermeiros acerca da qualidade da prestação dos cuidados físicos são variáveis. Os cuidadores formais destacam como fontes de apoio além dos seus colegas de trabalho, os enfermeiros da comunidade. Deste modo, os enfermeiros são potenciais educadores deste grupo na medida em que podem identificar as suas necessidades, fornecer-lhes apoio e supervisão nas suas tarefas, nomeadamente em relação à prestação de cuidados físicos. As estratégias educacionais usadas pelos enfermeiros podem ser uma resposta eficaz aos défices de formação dos trabalhadores de cuidados em casa, bem como a promoção de uma compreensão mútua de papéis no contributo do cuidado à pessoa.</p>
<p>“While the homecare workers demonstrated that their role incorporated a genuine caring dimension, they identified the need for additional support in the provision of end-of-life care, specifically during out-of-hours. Various restricting factors such as training deficits, need for support and supervision and communication issues were also identified.” <b>(Achado pág.195)</b></p> <p>“...dissatisfaction with the quality of support services has been identified as a strong predictor of psychological distress for caregivers. This includes dissatisfaction around the quality of communication, lack of rapport and the reluctance of staff to provide instruction in care-giving skills. <b>(Achado pág. 196)</b></p> <p>“In a systematic review of the palliative care needs of patients and carers in rural areas, Hughes et al</p>	<p><b>Necessidades dos Cuidadores Formais</b></p>	

(2004) identified information needs, emotional concerns and the need for assistance in providing physical care.”  
**(Achado pág. 196)**

“Additionally, palliative formal carers may have to deal with difficult patients and demanding families, alongside high levels of work-related stress.” **(Achado pág. 196)**

“Some of the more negative aspects were related to physical care aspects such as uncontrolled pain management, breathing difficulties, and physical deterioration. Psychological and communication problems were also identified, such as coping with their own sense of loss whilst being there for the family, dealing with difficult questions and having personal empathy for the patient and family carer.” **(Achado pág. 198)**

“It is also interesting to note that 31.9% of home-care workers had no training on appointment and hence, it has to be assumed that these home-care workers learned ‘on the ground’ from co-workers.” **(Achado pág. 199)**

“Training needs included communication skills, end-of-life care, dealing with death, dying and loss, information on specific conditions and subsequent care required, and palliative care awareness.” **(Achado pág. 199)**

“...the need for ‘on the ground’ supervision and support was identified. Dealing with difficult questions and issues around boundaries of confidentiality were areas requiring attention through supervision. **(Achado pág. 199)**

“The need for emotional support when dealing with regular deaths and when a patient dies suddenly was indicated...” **(Achado pág. 199)**

<p>“The nurses highlighted that they felt that home-care workers sometimes communicated inappropriately with patients providing inaccurate information concerning services...” <b>(Achado pág. 199)</b></p> <p>“Several training deficits were identified by participants in the focus group.” <b>(Achado pág. 200)</b></p> <p>“Regular updates were considered necessary for home-care workers...” <b>(Achado pág. 200)</b></p> <p>“Homecare workers report varying levels of support from community nurses and have highlighted the need for increased support from community nurses, particularly in end-of-life care.” <b>(Achado pág. 200)</b></p> <p>“ It is therefore important to have clarity, not only on the role, but also the educational and training needs of staff involved in the provision of palliative and end of life care in the community.” <b>(Achado pág. 202)</b></p>		
<p>“Palliative care provision is a multidisciplinary and multiagency responsibility (Daniels, 2005) and hence, co-ordination of care is vital.” <b>(Achado pág. 196)</b></p> <p>“The majority of respondents highlighted their co-workers as a source of support as well as community nurses.” <b>(Achado pág.199)</b></p> <p>“However, opinions around the quality of physical care were variable and it was felt that the age and level of experience of the home-care worker influenced the quality of care provided.” <b>(Achado pág.199)</b></p> <p>“Regular updates were considered necessary for home-care workers, incorporating all members of the multidisciplinary team including palliative care nurse specialists,</p>	<p><b>Enfermeiros Comunitários: Agentes de Educação</b></p>	

<p>community nurses..." <b>(Achado pág. 200)</b></p> <p>"The need for increased support of home-care workers by home-care officers was seen as vital alongside regular monthly meetings between home-care officers and community nurses to deal with problem areas." <b>(Achado pág.200)</b></p> <p>"It is suggested that community nurses could improve their day-to-day support of home-care workers." <b>(Achado pág.200)</b></p> <p>"There is also a potential role for community nurses to provide education in relation to provision of physical care and end-of-life care. Such educational initiatives could provide a cost-effective means of addressing home-care workers' training deficits as well as creating a mutual understanding of roles and an increased appreciation of each other's contribution to care provision." <b>(Achado pág.201)</b></p>		
---	--	--

**Título:** “Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers”

**Revisor:** Mónica Duarte

# AVALIAÇÃO CRÍTICA DE ARTIGOS

## QARI | JBI

**Autor:** Ann Holroyd and Heather Holroyd

**Ano:** 2015

**Título:** "Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers"

**Volume:** 16

**Nº:** 2

**Jornal:** Quality in Ageing and Older Adults

**Páginas:** 106-117

	QARI					COMMENTS
	Criteria	y	n	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	x				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	x				O objetivo do estudo está claramente definido
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	x				Foi usada metodologia qualitativa com recurso a entrevistas
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	x				O autor representa os dados e faz a sua análise
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	x				Os resultados foram interpretados
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	x				
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.			x		
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	x				No artigo podem ser encontrados excertos de respostas de ambos os participantes
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	x				O estudo envolveu a consulta de oficiais de mesas de ética
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	x				
Absolut Value		9				

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

#### DECISÃO

**Inequívoco** [ x ] **Credível** [ ] **Indefinido** [ ]

**Fundamentação:** O artigo constitui um bom contributo para a revisão sistemática de literatura uma vez que aborda o facto das alterações das capacidades físicas dos idosos poderem alterar as suas preferências de banho, como o ambiente de cuidados pode incorporar os valores e crenças dos idosos com determinadas necessidades de cuidados e que influência os fatores institucionais, como a escala de pessoal e processos de comunicação têm sobre as práticas de higiene realizadas pelas ajudantes de cuidados.

<b>Dimensões</b>	<b>Descrição das características</b>
Método	Entrevistas qualitativas semi-estruturadas
Fenómeno de interesse	Compreender como alterações na capacidade física dos idosos podem alterar as suas preferências de banho; como o ambiente de cuidados incorpora valores e crenças dos idosos em torno das novas necessidades de cuidados e como fatores institucionais, como escalas de pessoal e processos de comunicação influenciam as ajudantes de cuidados.
Contexto de cuidados	Instalação de cuidados residencial
Origem geográfica	Canadá
Origem cultural	Canadá
Participantes	Residentes idosos e Ajudantes de cuidados residenciais
Conclusões dos autores	<p>The older adult population is expected to double within the next 20 years, and physical and cognitive decline are critical factors that will prompt a certain percentage of this population to enter residential care. Findings from this study highlight the overall importance of creating residential models of care for the older adult population that are person-centred. The study accentuated the way that changes in an older adult's physical capacity alter his or her bathing preferences. For that reason, staff who work with residents in the care environment need systems for incorporating residents' values and beliefs into their practice, and especially processes for utilizing this knowledge in an innovative fashion to fulfil residents' changing bathing needs.</p> <p>This study points to the importance of recognizing bathing as a complex activity that goes beyond physical cleanliness. This study demonstrates how bathing, especially in the tub bath, creates a predictable time and place where a highly valued social interaction between a resident and RCA can take place. The privacy of the tub bath provides an opportunity for the older adult resident to experience a social interaction with the RCA that is deeply informed by the RCA's concern for the resident's well-being. Older adults will benefit most from residential models of care that incorporate a person-centred understanding of bathing as a dynamic activity that requires sufficient infrastructure and equipment, as well organizational support for on-going and open communication around resident needs and desires.</p>
Comentários do revisor	O aumento da população idosa requer mais oferta de cuidados residenciais. A higiene é desde logo uma das atividades de vida diárias que fica comprometida. O banho ao idoso com algum grau de dependência, é uma atividade complexa que vai além da limpeza física. É necessário ter em conta os valores e crenças do idoso de modo a que o cuidado seja centrado na pessoa. O banho constitui um momento de interação social entre o idoso e o ajudante de cuidado residencial.

### Identificação das categorias

Nome	<b>Importância do banho</b>	
Descrição   Ilustração no txt	A higiene enquanto necessidade humana básica	"Everyday personal and bodily care rituals such as bathing and grooming remain important for adults living in

		residential care facilities.” (Achado pág.107)
Nome	<b>Cuidado centrado na pessoa</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Inclui o respeito e compreensão pela individualidade da pessoa	“Person-centred models of care, which involve knowing the person, respecting their individuality, and providing a supportive physical and organizational environment...” (Achado pág. 108)
Nome	<b>Percepção do banho: experiência dos idosos residentes</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Compreende as vivências dos residentes em relação ao banho dado por um ajudante de cuidados	“Residents spoke to their overall satisfaction with bathing practices in residential care.” (Achado pág.111)
Nome	<b>Percepção do banho: experiência dos ajudantes de cuidados (cuidadores formais)</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Envolve as vivências dos ajudantes de cuidados em relação ao banho dos residentes	“RCAs identified baths as a bonding experience where they are caring for residents who are vulnerable.” (Achado pág. 112)
Nome	<b>Necessidades dos Ajudantes de Cuidados (Cuidadores formais)</b>	
Descrição   Ilustração no txt	Os ajudantes de cuidados identificam algumas necessidades de formação e apoio	“RCAs recognized that their understanding of person-centred care was limited and spoke about their desire for training and support that would allow them to actualize a person-centred framework of care.” (Achado pág. 113)
Nome		
Descrição   Ilustração no txt		
Nome		
Descrição   Ilustração no txt		

### Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>“Everyday personal and bodily care rituals such as bathing and grooming remain important for adults living in residential care facilities” (Achado pág.107)</p> <p>“The social context and dominant culture in which an individual resides strongly informs bathing practices, preferences and goals, but it should not be assumed that these remain static throughout one’s life.” (Achado pág.107)</p>	<b>Importância do Banho</b>	<p>O aumento da população idosa cada vez mais leva à procura de cuidados residenciais.</p> <p>A degradação das capacidades físicas dos idosos altera as suas preferências em relação ao banho. Assim, é necessário que os cuidadores residenciais tenham em conta o cuidado centrado na pessoa, incorporando os seus valores e crenças de modo a responder adequadamente às novas necessidades.</p>

<p>“Bathing is one of the first activities in which disability, defined as a gap between an individual’s capabilities and environmental demands, develops for older adults.” (Achado pág.107)</p> <p>“...the occurrence of persistent bathing disability is strongly associated with admission to a residential care facility. Receiving support with an intimate activity such as bathing in an institutional environment can diminish its pleasure for older adults. This is especially true when bathing is approached as a task-orientated procedure.” (Achado pág.107)</p> <p>“...demonstrate overlapping concerns that speak to bathing as a co-constructed interaction.” (Achado pág.110)</p> <p>“...although residents may have a desire to be bathed more often, this desire may collide with their physical abilities; it is therefore important to regularly review a resident’s changing bathing needs.” (Achado pág.111)</p> <p>“Residents indicated that the bathing ritual was one of the most positively anticipated and intimate experiences in residential care, in that it was an opportunity to enjoy the comfort and care of human touch.” (Achado pág.112)</p> <p>“RCAs identified the tub bath as a time to engage in full surveillance of the resident’s naked body, checking skin surfaces and looking for any other obvious changes in a resident’s general body condition.” (Achado pág.112)</p>	<p><b>Cuidado centrado na pessoa</b></p>	<p>O banho é visto por ambos (idosos residentes e ajudantes de cuidados) como um momento de interação social e como uma atividade complexa.</p> <p>Os idosos caracterizam maioritariamente os banhos de forma positiva e as ajudantes de cuidados tentam flexibilizar esse momento por forma a torná-lo agradável.</p> <p>As ajudantes de cuidados identificam algumas necessidades, como por exemplo, a existência de equipamentos de apoio que são necessários para garantir segurança e satisfação global no banho, assim como a necessidade de trabalho em equipa.</p> <p>As ajudantes de cuidados reconhecem ainda a necessidade de formação para promover o cuidado centrado na pessoa, ou seja, sujeitos ativos em vez de objetos passivos e desta forma humanizar mais os cuidados.</p> <p>Sessões de reflexão entre os vários intervenientes, com o objetivo de identificar aspetos positivos e aspetos a melhorar poderiam fomentar a aprendizagem profissional, resolução de conflitos e trabalho em equipa eficaz.</p>
<p>“The rights of individuals as persons are the defining force behind person-centred models of health care, which</p>		

<p>reflect respect for individuals to make rational decisions and be self-determining.” (Achado pág.107)</p> <p>“...an approach to practice established through the formation and fostering of therapeutic relationships between all care providers, older people and others significant to them in their lives. It is underpinned by values of respect for persons, individual right to self-determination, mutual respect and understanding” (Achado pág.108)</p> <p>“Person-centred models of care, which involve knowing the person, respecting their individuality, and providing a supportive physical and organizational environment, have become key in efforts to improve residential and long-term care environments...” (Achado pág.108)</p> <p>“A person-centred practice model emphasizes partnership and trust between the health care worker and older adult based on mutual understanding and the sharing of knowledge and information.” (Achado pág.108)</p> <p>“If RCAs needed to alter a scheduled bath time, residents valued RCAs who consulted with them and discussed the needed changes.” (Achado pág.111)</p> <p>“The RCAs interviewed in this study believed they had a basic understanding of person-centred care, they all struggled to define what person-centred care means in the context of this environment...” (Achado pág.113)</p>		
<p>“Most residents preferred the tub bath. The resident interviews revealed that the amount of pleasure residents experienced during their weekly immersion in the tub bath cannot be overemphasized:</p>	<p><b>Percepção do banho: experiência dos idosos residentes</b></p>	

<p>It's like a spa. Sometimes they let me stay a little longer in the bathtub, they don't just shoo you off [...] I like my bubble bath, I wouldn't miss it for anything. [...] The caregivers work on my behalf" (Achado pág.111)</p> <p>"...residents emphasized that they are more likely to express their wishes regarding the length of time in the tub, the use of skin care products and so forth when they feel familiar and comfortable with their RCAs." (Achado pág.111)</p> <p>"Residents spoke to their overall satisfaction with bathing practices in residential care." (Achado pág.111)</p> <p>"The most commonly cited reasons for changes in bathing preferences were related to residents' decreasing energy levels and overall physical decline." (Achado pág.111)</p> <p>"Residents appreciated RCAs who demonstrated a willingness to be consistent, flexible and accommodating with regard to their bathing experience, particularly the tub bath. If RCAs needed to alter a scheduled bath time, residents valued RCAs who consulted with them and discussed the needed changes." (Achado pág.111)</p> <p>"Most residents stated that they do not like unexpected surprises in relation to their bathing experience; this finding is unsurprising given that many residents describe the tub bath as the highlight of their week." (Achado pág.111)</p> <p>"Residents stated that they generally felt pleased by the way most RCAs tried to accommodate their need or desire to be bathed at a certain time (e.g. if they had hair or medical appointments, or preferred a particular time of day for their bath)." (Achado pág.111)</p>		
--	--	--

<p>“Residents indicated that the bathing ritual was one of the most positively anticipated and intimate experiences in residential care, in that it was an opportunity to enjoy the comfort and care of human touch.” (Achado pág.112)</p> <p>“One resident spoke about feeling very discouraged with RCAs who were not attentive during her bath, describing an occasion when an RCA spoke on her mobile phone to a family member while bathing her; resident descriptions of dissatisfaction with the bathing experience were often linked to instances when RCA behaviour reduced the social interaction they had come to anticipate and enjoy during the weekly tub bath.” (Achado pág. 112)</p> <p>“Several residents noted how the tub bath allows RCAs to closely monitor and make note of any changes to their bodies; residents discussed how this attention from RCAs provided a sense of reassurance that they were being kept as safe and healthy as possible.” (Achado pág.112)</p>		
<p>“The most common emphasis during bathing training is on safety, followed by the mechanics of bathing and methods to reduce agitated behavior.” (Achado pág.109)</p> <p>“RCAs report minimal emphasis during training on the individualisation of resident bathing care.” (Achado pág.109)</p> <p>“71% of RCAs identify bathing as a stressful aspect of their work” (Achado pág.109)</p> <p>“ RCAs identify negative bathing-related behaviours in residents as creating a negative experience for themselves and contributing to</p>	<p><b>Percepção do banho: experiência dos ajudantes de cuidados (cuidadores formais)</b></p>	

<p>negative work-related satisfaction” (Achado pág.109)</p> <p>“RCAs recognized the importance of consistency for residents, and described how they always presented their residents with choices by asking questions such as “Do you want a tub bath today?” and “Is this the right time for you and is there anything you want done differently today?” (Achado pág.111)</p> <p>“RCAs demonstrou uma apreciação do fato de que eles estão lá para o residente, e que o banho é um momento em que esta orientação para o cuidado centrado na pessoa é refletida de volta ao seu moradores.” (Achado pág.111)</p> <p>“Para RCAs, proporcionando uma experiência de banho sem pressa e agradável para os residentes era altamente dependente de trabalhar ao lado de uma equipe RCA apoio.” (Achado pág.111)</p> <p>“Residents and RCAs spoke about the bathing interaction as a way of getting to know each other.” (Achado pág.112)</p> <p>“RCAs identified baths as a bonding experience where they are caring for residents who are vulnerable. RCAs recognized that a resident’s immersion in a warm, bubbly bath of water provides an opportunity for residents to relax, unwind and be treated in a special way. Furthermore, RCAs identified the tub bath as a time to engage in full surveillance of the resident’s naked body, checking skin surfaces and looking for any other obvious changes in a resident’s general body condition.” (Achado pág.112)</p>		
<p>“The most common emphasis during bathing training is on safety, followed</p>	<p><b>Necessidades dos Ajudantes de Cuidados (Cuidadores formais)</b></p>	

<p>by the mechanics of bathing and methods to reduce agitated behaviour” (Achado pág. 109)</p> <p>“RCAs report minimal emphasis during training on the individualisation of resident bathing care” (Achado pág.109)</p> <p>“71% of RCAs identify bathing as a stressful aspect of their work” (Achado pág.109)</p> <p>“RCAs identify negative bathing-related behaviours in residents as creating a negative experience for themselves and contributing to negative work-related satisfaction” (Achado pág.109)</p> <p>“ RCAs desire further education in the areas of time management, the communication of bathing needs as these relate to residents and working with other RCAs, and what it means to provide a person-focused bath” (Achado pág.109)</p> <p>“Although RCAs indicated a general satisfaction with teamwork in this residential care setting, RCAs did comment on the need for improvement. RCAs stated that while there may only be a few individuals who do not function well as team members, these few individuals create a significant burden for others, particularly with regard to time management. In turn, poor time management negatively impacts residents’bathing experiences. (Achado pág.111)</p> <p>“...the first recommendation from this study relates to the physical infrastructure of the residential care facility: care facilities must have the equipment and bathing-related supports to maximize the resident and RCA’s sense of comfort, safety and overall satisfaction. Without supportive structures such as an</p>		
--	--	--

<p>overhead lift in the central bathing area, RCAs are limited in their capacity to offer more frequent tub baths.” (Achado pág.112)</p> <p>“RCAs recognized that their understanding of person-centred care was limited and spoke about their desire for training and support that would allow them to actualize a person-centred framework of care.” (Achado pág.113)</p> <p>“RCAs were highly uncertain of what supports were needed to promote effective, person-centred interpersonal skills and ways of being with their assigned residents and within the RCA team.” (Achado pág.113)</p> <p>“...the third recommendation arising from this study is the need for RCA training that promotes a conception of residents as active subjects rather than passive objects.” (Achado pág.113)</p> <p>“The study findings also point to the need for facilitated and structured reflection sessions with RCAs as a way of fostering professional learning and effective teamwork. Structured reflection sessions would allow RCAs to clearly identify what they are doing well, aspects of practice that could be improved, and strategies to manage team conflict.” (Achado pág.113)</p> <p>“...staff who work with residents in the care environment need systems for incorporating residents’ values and beliefs into their practice, and especially processes for utilizing this knowledge in an innovative fashion to fulfil residents’ changing bathing needs.” (Achado pág.114)</p>		
---	--	--

ANEXO IX- Projeto de Estágio



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



## **PROJETO DE ESTÁGIO**



**Autora: Mónica Duarte**

**Santarém, Junho, 2016**



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



**PROJETO DE ESTÁGIO**  
**“Capacitar para melhor Cuidar”**

**Autora:** Mónica Duarte

Nº Aluno: 140431004

**ENFERMEIRA COOPERANTE:**

Fátima Neves

**PROFESSORA ORIENTADORA:**

Maria Rosário Machado

**Santarém, Junho, 2016**

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**AAD-** Ajudante de Ação Direta

**ACES-** Agrupamentos de Centros de Saúde

**Dec.-** Decreto-Lei

**IPSS-** Instituições Particulares de Solidariedade Social

**N<sup>ª</sup>-** Nossa

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PNSPI-** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

**SAD-** Serviço de Apoio Domiciliário

**SBV-** Suporte Básico de Vida

**Sr<sup>ª</sup>-** Senhora

**UCC-** Unidade Cuidados na Comunidade

**USP-** Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO GERAL.....</b>	<b>6</b>
<b>2. PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A IMPLEMENTAR.....</b>	<b>11</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>

## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio II e Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a decorrer na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho de Caldas da Rainha.

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008 estabeleceu a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que garantem a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Nestes integram-se um conjunto de unidades funcionais, entre as quais as Unidades de Saúde Pública (USP).

Compete à USP elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008).

A USP Zé Povinho pertence ao ACES Oeste Norte da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e tem como área de abrangência os concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche. A sua missão é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde a que pertence.

Tendo em conta que não foi possível manter o campo de estágio anterior (realizado na UCC Alcobaça/Nazaré), nasce a necessidade da realização de um projeto de estágio que reflita o planeamento do percurso a realizar, com base nos problemas de saúde identificados na USP, no sentido de integrar programas e projetos de intervenção que promovam a capacitação comunitária com o intuito de *atingir competências específicas enquanto futura enfermeira especialista de saúde comunitária*.

Desta forma, através da consulta do Perfil de Saúde e do Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte correspondente ao triénio 2014-2016 tomou-se conhecimento dos programas e projetos em vigor na USP. Decorrente da minha prática diária no âmbito dos cuidados de saúde primários e do importante aumento do índice de envelhecimento da população da Região Oeste Norte, conforme consta no Perfil de Saúde desta região identifica-se uma lacuna na intervenção com profissionais que cuidam dos idosos, nomeadamente os cuidadores formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), designados de Ajudantes de Ação Direta (AAD).

Assim, procurou-se realizar o levantamento das necessidades formativas das cuidadoras formais (AAD) de três IPSS da área de influência do ACES Oeste Norte (Associação Desenvolvimento Social de Salir do Porto, Associação Social e Cultural Paradense e Centro Social Paroquial N.º Sr.ª das Mercês de Carvalhal Benfeito) através de entrevistas com informantes-chave a fim de serem identificados os respetivos diagnósticos de enfermagem segundo o Modelo de Betty Neuman.

Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas emergiu o seguinte diagnóstico de enfermagem **“Ameaça à linha de defesa das AAD relacionada com stressores intrapessoais”**, evidenciado por:

- Défice de conhecimentos em relação ao processo de envelhecimento;
- Obstáculos na comunicação com o idoso/família;
- Dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto;
- Défice de formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e em primeiros socorros.

Deste modo, tendo em conta a minha experiência profissional e particular interesse, vou direcionar este projeto intitulado **“Capacitar para melhor cuidar”** de forma a ir ao encontro da melhoria dos conhecimentos das AAD no que toca à prestação de cuidados de higiene e conforto dos idosos dependentes.

Este projeto pretende dar resposta aos objetivos gerais deste estágio que são os seguintes:

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

Tendo como ponto de partida o diagnóstico de enfermagem formulado, este projeto pretende ainda atingir os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar os responsáveis das IPSS e as AAD para a necessidade de formação na área definida, motivando-os para a colaboração e integração no projeto de intervenção individual;
- Desenvolver sessões de formação direcionadas às principais dificuldades identificadas no âmbito da prestação de cuidados de higiene e conforto;
- Promover a capacitação das AAD na melhoria da prestação dos cuidados;
- Avaliar o impacto das estratégias de intervenção realizadas.

## 1. ENQUADRAMENTO GERAL

O envelhecimento populacional é uma evidência atual, com sérias consequências para a sociedade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2014), a tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa, com um aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens em idade ativa na população total.

Em Portugal esta realidade não é exceção, onde se confirma a descida continuada da natalidade, o aumento da longevidade e, mais recentemente, o crescimento dos fluxos emigratórios. Em 2013 a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos de idade) aumentou 1,9 por pessoa, situando-se em 19,9%. Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 116 para 136 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2014).

O agravamento do envelhecimento deve-se à melhoria dos cuidados de saúde, refletido no aumento da esperança média de vida das pessoas, e também devido ao aumento das doenças crónicas e/ou incapacitantes, que leva ao aumento do topo da pirâmide etária e associado a este, uma diminuição da base da mesma, pelo decréscimo da taxa de natalidade (Carrilho e Patrício, 2008).

Sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os setores sociais e exige a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), 2004).

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

A diminuição das capacidades, natural com o avançar do ciclo vital e o aumento de doenças crónicas conduzem a uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros para a satisfação das mais elementares necessidades diárias e manutenção da qualidade de vida (Sequeira, 2010).

A dependência é caracterizada pela incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se (Pavarini e Neri, 2000).

Também, de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, dependência pode ser definida como  
[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença

orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857).

Quando é verificada na pessoa uma situação de dependência que por várias razões se encontra a residir no seu domicílio, justifica-se a prestação de cuidados de saúde e de apoio social com o objetivo de ajudar o utente/família evitando a institucionalização da pessoa dependente.

Para Stanhope e Lancaster (1999), os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde. Assim, é esperado que estes cuidados de saúde se centrem em equipas multidisciplinares, com recursos humanos devidamente formados, com vista à recuperação global e acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que são indispensáveis a um sistema de saúde adequado às necessidades da população dependente.

As alterações demográficas modificaram a estrutura e dinâmica da família, levando à necessidade da criação de recursos sociais que substituam ou apoiem os familiares na responsabilidade no cuidado e acompanhamento da pessoa dependente.

O número de pessoas dependentes com necessidades múltiplas a carecer da prestação de cuidados no seu ambiente familiar para a satisfação das actividades de vida diárias é uma realidade em crescimento, sendo por isso prioritário que a sociedade ofereça uma boa capacidade de resposta a este nível.

De acordo com a legislação em vigor, nomeadamente a Portaria nº 38/2013 de 30 de Janeiro, procede ao ajustamento da resposta social e estabelece as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, designado SAD.

O SAD, segundo a mesma portaria, é a resposta social que assegura a prestação de cuidados e serviços às famílias ou pessoas que se encontram numa situação de dependência, no seu domicílio, e que não conseguem responder à satisfação das suas necessidades básicas ou actividades instrumentais de vida diárias, de forma temporária ou permanente, e que não dispõem de apoio familiar satisfatório para o efeito.

Assim, são objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário:

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização;

- Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Na sequência dos objetivos delineados para o SAD, encontra-se regulamentado que este deve proporcionar um conjunto diversificado de cuidados e serviços, adaptados às necessidades de cada utente. Desta forma, os serviços e cuidados prestados devem, preferencialmente, ser disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, sempre que se considere necessário, apoio durante o fim-de-semana e feriados.

A Portaria n.º 38/2013 elenca ainda diversos serviços e cuidados que o SAD deve disponibilizar, sendo imperativo reunir pelo menos quatro dos seguintes:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
- Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
- Tratamento da roupa do uso pessoal do utente;
- Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
- Serviço de teleassistência.

Nesta linha de pensamento e tendo em conta a área específica deste projeto, importa enquadrar os cuidados de higiene e conforto.

A manutenção da higiene pessoal é crucial enquanto veículo à promoção da saúde, por constituir uma forma de remover microrganismos que podem ser nocivos à saúde.

Segundo Potter e Perry (2006) os cuidados de higiene são um conjunto de práticas que visam essencialmente a limpeza e cuidado ao corpo, ajudando a pessoa a atingir bem-estar, conforto e auto-estima. Devem ser tidos em conta a idade, o estado da pessoa, assim como os seus hábitos e preferências. O contato próximo com o utente na prestação dos cuidados de higiene pode promover a relação terapêutica através da comunicação, facilitando a transmissão de carinho e respeito.

Os cuidados de higiene e conforto constituem o serviço mais requerido pelos utentes/famílias e com maior expressividade de realização pelas Ajudantes de Ação Direta (AAD) que exercem funções em SAD sendo por isso importante a aposta na sua melhoria.

Os cuidadores formais são profissionais contratados, com caráter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Assim, existe uma “preparação específica para o desempenho deste papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias” (Sequeira, 2007 citado por Sousa, 2011).

A qualidade dos cuidados prestados aos idosos depende não só mas também da preparação eficaz da força de trabalho, ou seja, deve existir a garantia que a equipa de cuidados possui os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar o seu papel com competência e sensibilidade. Neste domínio, os ajudantes de ação direta (AAD) representam uma considerável componente da força de trabalho, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados, tendo por isso um impacto considerável na qualidade dos serviços prestados (Fitzpatrick e Roberts, 2004).

Num contexto no qual é previsível a procura cada vez maior de serviços e cuidados especializados, verifica-se um quadro de instabilidade profissional dos ajudantes de ação direta, associada por um lado, a um decréscimo numérico (em relação ao crescimento do número de idosos) e por outro, a uma grande rotatividade desta força de trabalho, maioritariamente constituída por mulheres com idades compreendidas entre os 25 e 50 anos (Sousa, 2011). Esta atividade, em muitas instituições é assegurada por pessoal com baixa escolaridade, má remuneração e com fraca formação específica. Estes e outros fatores podem afetar negativamente a qualidade do seu desempenho e conseqüentemente a vida dos idosos e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Sousa, 2011).

Em Portugal, Jacob (2003) relata que o pessoal não técnico inicia na maioria das vezes a sua atividade profissional sem que antes tenha frequentado qualquer formação específica que o habilite a cuidar de idosos. Da mesma forma, em relação à formação contínua, não é realizada com periodicidade regular.

A formação profissional, nas suas diversas modalidades, poderá ser entendida como o conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos que são exigidos a um indivíduo para o exercício das funções próprias de uma profissão (Sousa, 2011).

A formação profissional constitui-se um alicerce para qualquer organização, existindo uma relação direta entre a formação e o desempenho profissional. Para os AAD, a formação é crucial para a obtenção de competência e saberes, indispensáveis para um bom desempenho. Através da formação coesa e estruturada permite-se aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e atingir um adequado nível de qualidade de cuidados (Jacob, 2003).

Esta é uma questão de extrema pertinência no âmbito da prestação de cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliário. O que se pretende para a pessoa que necessita de cuidados prestados por outrem, independentemente do nível de dependência, é a prestação de cuidados de excelência por profissionais competentes.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários para a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, bem como participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010).

Deste modo, este projeto para além de procurar responder aos objetivos do estágio II, tem ainda como finalidade facilitar a aquisição de algumas competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de saúde Pública descritas anteriormente.

## 2. PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A IMPLEMENTAR

**População alvo:** Ajudantes de Ação Direta das IPSS (Salir do Porto, Chão da Parada e Carvalhal Benfeito)

**Objetivo geral:** Planear o projeto de intervenção em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<b>Conhecer e integrar a USP Zé Povinho das Caldas da Rainha e a Equipa Multidisciplinar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reunião de apresentação na USP com a Enf<sup>a</sup> Cooperante Fátima Neves e com a Professora Orientadora Rosário Machado.</li><li>• Apresentação da Equipa Multidisciplinar.</li><li>• Conhecer as instalações da USP Zé Povinho.</li><li>• Conhecer as áreas de intervenção da USP.</li><li>• Consultar Plano de Ação da USP Zé Povinho.</li></ul>	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP; Alunos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária; Equipa Multidisciplinar da USP; Professora Rosário Machado	30/05/2016 a 3/06/2016	<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de propostas produzidas na reunião para desenvolver ao longo do estágio.</li><li>• Número de projetos onde serão integrados os alunos ao longo de todo o estágio.</li><li>• Número de intervenções individuais propostas para cada aluno.</li></ul>

<p><b>Identificar a área de atuação para a implementação de um projeto de intervenção individual</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de reunião com a Enfª Cooperante para partilha de ideias em relação às necessidades da USP e ao interesse dos alunos no intuito de se decidir o tema do projeto de intervenção de cada um.</li> <li>• Consultar o Plano de Ação e o documento Perfil de Saúde da região da USP Zé Povinho e integrar ou iniciar um projeto dentro do mesmo.</li> </ul>	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha</p>	<p>Enfª Fátima Neves; Alunos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária</p>	<p>1ª e 2ª semana de estágio (30 de Maio a 9 de Junho)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de propostas para desenvolver no projeto individual.</li> <li>• Número de intervenções estabelecidas para o projeto de intervenção.</li> </ul>
<p><b>Avaliar as necessidades formativas das AAD de três IPSS para promover intervenção comunitária neste grupo populacional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar os guiões de entrevistas aos Informantes-Chave: Diretor Técnico e uma AAD de cada IPSS (Salir do Porto, Chão da Parada e Carvalhal Benfeito).</li> <li>• Realização das entrevistas aos Diretores Técnicos e às AAD das respetivas IPSS.</li> <li>• Consulta de documentação fornecida pelas IPSS sobre identificação de algumas necessidades formativas da sua</li> </ul>	<p>IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito</p>	<p>Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte</p>	<p>6 a 16 de Junho de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de documentos elaborados para realização de entrevistas com os devidos procedimentos éticos.</li> <li>• Número de entrevistas realizadas.</li> <li>• Número de documentos das IPSS sobre necessidades formativas, analisados.</li> </ul>

	<p>equipa de AAD, já identificadas pelas mesmas.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento produzido pela análise de conteúdo das entrevistas.</li> </ul>
<p><b>Formular os diagnósticos de enfermagem acerca das necessidades formativas das AAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise de conteúdo das entrevistas.</li> <li>• Estratificar áreas de interesse para posterior intervenção.</li> </ul>	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha</p>	<p>Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte</p>	<p>17 a 21 de Junho de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de diagnósticos de enfermagem formulados.</li> <li>• Documento produzido pela análise de conteúdo das entrevistas.</li> </ul>
<p><b>Realizar a RSL de acordo com a problemática definida.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de pergunta PICO, objetivos e restante protocolo da RSL, para ir ao encontro da melhor evidência científica.</li> <li>• Obter evidências científicas que guiem uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado, segundo a área de atuação definida.</li> </ul>	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém</p>	<p>Aluna Mónica Duarte</p>	<p>Junho e Julho de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo produzido ao longo da RSL.</li> <li>• Número de artigos finais com qualidade metodológica para análise da resposta à pergunta PICO.</li> </ul>
<p><b>Estabelecer um plano de intervenção comunitária para o grupo populacional das AAD, de acordo com os diagnósticos formulados.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de um plano de formação a implementar às AAD com o intuito de responder aos diagnósticos formulados.</li> <li>• Validar o planeamento da intervenção com as três IPSS,</li> </ul>	<p>USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de</p>	<p>Alunos: Bruno Vicente, Daniela Nazário, Mónica Duarte; Enf<sup>a</sup> Fátima Neves.</p>	<p>Junho e Julho de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentagem de AAD disponíveis para englobar os projetos de intervenção comunitária.</li> </ul>

	<p>para partilha e aferição da operacionalização do mesmo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de linhas orientadoras para intervenção com as AAD.</li> <li>• Proceder à divulgação das atividades a delinear com as AAD, ao longo da implementação dos três projetos individuais de intervenção, complementares.</li> <li>• Elaboração de materiais de informação e divulgação dos projetos individuais.</li> <li>• Reforço da importância da formação como base para prestação de melhores cuidados ao idoso, no domicílio.</li> </ul>	Santarém; IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalho Benfeito.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados da validação do planeamento com as três IPSS.</li> <li>• Número de propostas produzidas sobre as linhas orientadoras para intervenção com as AAD.</li> <li>• Número de intervenções a implementar.</li> <li>• Documento produzido com as intervenções delineadas.</li> <li>• Número de materiais produzidos para a realização da divulgação.</li> <li>• Número de AAD abrangidos pela divulgação da informação.</li> </ul>
<b>Sensibilizar os responsáveis das IPSS e as AAD para a importância do projeto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do projeto de intervenção sobre a capacitação</li> </ul>	IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da	Aluna Mónica Duarte	Junho e Julho de 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de intervenções a implementar.</li> </ul>

<p><b>“Capacitar para melhor Cuidar”</b></p>	<p>das AAD na área dos cuidados de higiene e conforto.</p>	<p>Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento produzido com as intervenções delineadas.</li> </ul>
<p><b>Implementar o projeto “Capacitar para melhor Cuidar” por intermédio da estratégia de educação para a saúde, tendo em conta as necessidades formativas identificadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar os responsáveis das IPSS e as AAD acerca da importância de formação em Cuidados de Higiene e Conforto como essenciais à qualidade de vida dos idosos.</li> <li>• Realização de ficha de avaliação dos conhecimentos das AAD acerca dos Cuidados de Higiene e Conforto.</li> <li>• Realizar sessões de formação teórico-práticas ao nível dos Cuidados de Higiene e Conforto.</li> <li>• Identificar e disponibilizar tempo para a expressão de sentimentos/dificuldades de aprendizagem ao longo das sessões formativas.</li> <li>• Realização de reuniões com a Enfª Cooperante para aferição do projeto e eventual integração de possíveis</li> </ul>	<p>IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito.</p>	<p>Aluna Mónica Duarte</p>	<p>Julho a Outubro de 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão das AAD às sessões de formação (Nº de AAD presentes nas sessões).</li> <li>• Resultados obtidos nas fichas de avaliação.</li> <li>• Número de sessões de formação realizadas.</li> <li>• Nível de participação e reflexões realizadas pelas AAD ao longo das sessões de formação.</li> <li>• Validação da existência de parceiros da comunidade para colaboração no projeto no sentido de</li> </ul>

	parceiros da comunidade para colaboração no projeto.				enriquecimento do mesmo.
<b>Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação do processo reflexivo.</li> <li>• Comparação dos resultados do projeto com o Estado da Arte e estudos feitos acerca desta temática.</li> <li>• Realização de ficha de avaliação de conhecimentos teóricos aprendidos e avaliação prática.</li> <li>• Preenchimento de ficha de satisfação acerca da prestação dos formadores.</li> </ul>	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Escola Superior de Saúde de Santarém; IPSS de Salir do Porto; IPSS de Chão da Parada; IPSS de Carvalhal Benfeito.	Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP; Alunos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária; Professora Rosário Machado	Outubro de 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento produzido sobre o processo de implementação do projeto.</li> <li>• Comparação da avaliação de processo realizado sensivelmente a meio do estágio e de resultado no final do mesmo.</li> <li>• Relatório de avaliação do projeto de intervenção produzido.</li> </ul>
<b>Integrar alguns projetos do plano de ação da USP, mediante necessidade de intervenção comunitária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar na avaliação do perfil de saúde em relação aos internamentos compulsivos dos 6 concelhos da USP Caldas da Rainha.</li> <li>• Colaborar na avaliação do Perfil de Saúde 2016 do Concelho das Caldas da Rainha.</li> </ul>	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha; Câmaras Municipais Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral, Nazaré, Alcobaça,	Enfermeira Especialista Fátima Neves da USP; Alunos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária	Junho a Outubro de 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de documentos produzidos em cada projeto integrado.</li> <li>• Número de sessões de educação para a saúde realizadas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar um Manual de Intervenção dos Inquéritos Epidemiológicos.</li> <li>• Realização de Sessões de Educação para a Saúde para crianças nas campanhas de proteção contra o Sol.</li> <li>• Integrar a avaliação da Cidade dos Afetos.</li> <li>• Participação como formanda nas Jornadas Pedagógicas de Educação para a Saúde, projetadas pela USP Caldas da Rainha.</li> <li>• Realização de Sessões de Educação para a Saúde no Estabelecimento Prisional de Caldas da Rainha.</li> <li>• Observação das Consultas de Alcoologia.</li> <li>• Observação das Consultas de Desabituação Tabágica.</li> <li>• Colaborar no rastreio das doenças cardiovasculares nos funcionários das Câmaras Municipais dos 6 concelhos</li> </ul>	<p>Peniche; Estabelecimento Prisional de Caldas da Rainha; Escolas das Caldas da Rainha, Nazaré, Valado dos Frades.</p>			
--	---	---	--	--	--

	<p>integrados na USP Caldas da Rainha.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar algumas atividades em parceria com as escolas no início do ano letivo 2016/2017.</li> </ul>				
<b>Elaborar o relatório individual de estágio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização do relatório de estágio individual</li> </ul>	USP Zé-Povinho - Caldas da Rainha	Aluna Mónica Duarte	Junho a Novembro de 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento produzido como relatório final de estágio.</li> </ul>

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente projeto tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, procura dar resposta aos problemas identificados, numa lógica de intervenção num grupo profissional específico, integrado numa comunidade, que trabalha com a mesma e em prol dos utentes.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária encontra-se numa posição privilegiada uma vez que ao estar em contato permanente com a comunidade consegue identificar as suas necessidades, estando por isso habilitado a dirigir intervenções personalizadas a cada situação e contexto. Tem ainda a possibilidade de estabelecer parcerias com outros elementos da comunidade no sentido de promover a participação de outros setores que concorram para a melhoria do estado de saúde da pessoa/grupo/comunidade.

Através do diagnóstico de enfermagem formulado a partir da identificação das necessidades formativas do grupo populacional (AAD) é intuito deste projeto de intervenção individual contribuir para a diminuição das dificuldades/necessidades encontradas, assim como para a melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente em relação aos cuidados de higiene e conforto.

Espera-se que à medida que o projeto seja implementado se avalie as ações realizadas através da prática reflexiva, de modo a que, se necessário sejam feitas alterações que de alguma forma possibilitem mais oportunidades de aprendizagem, conseguindo um maior desenvolvimento pessoal e profissional deste grupo e que corresponda às suas necessidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carrilho, M.J., Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista dos Estudos Demográficos*, 44, pp. 35-80.

Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em 31, Maio, 2016 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Fitzpatrick, J. M, Roberts, J. D. (2004). Challenges for care homes: education and training of healthcare assistants. *Br J Nurs*, 8, 13 (21), pp. 1258-1261.

Instituto Nacional de Estatística (2014). *Estatísticas Demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jacob, L. (2003). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.

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

Pavarini, S.C.I., Neri, A.L. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.). *Atendimento domiciliar. Umenfoque gerontológico*. (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Princípia.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária- Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos*. 4ªed., Lisboa: Lusociência.

ANEXO X- Ficha de Inscrição nas Sessões de Formação



## SESSÕES DE FORMAÇÃO

### Ficha de Inscrição



Nome:

Telefone:

Instituição:

*Selecione uma das seguintes opções:*

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

2. **Sexo:** Masculino  Feminino

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

4. **Nacionalidade:** Portuguesa  Outra  Qual

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

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

Sim  Não

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

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

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

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

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

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

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

Sim  Não

**11. Nº de horas de trabalho semanal:**

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

**12. Regime de horário:**

Rotativo  Fixo

**13. Tipo de contrato:**

Termo certo  Efetivo  Prestação de serviços  Outro  Qual?

**14. Como caracteriza o seu nível de formação?**

Insuficiente  Suficiente  Bom  Muito Bom  Excelente

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

Insuficiente  Suficiente  Bom  Muito Bom  Excelente

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

Mensal  Trimestral  Semestral  Anual  Desconhece/Não sabe

Assinatura:

Data:

ANEXO XI- Representação gráfica dos resultados das fichas de inscrição

## Representação gráfica dos resultados das fichas de inscrição

Quadro nº 1- Idade

Idade	Nº	%
Menos de 20 anos	0	0%
20 a 39 anos	3	13%
40 a 59 anos	19	79%
60 ou mais anos	2	8%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Gráfico nº 1- Idade



Quadro nº 2- Sexo

Sexo	Nº	%
Masculino	1	4%
Feminino	23	96%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

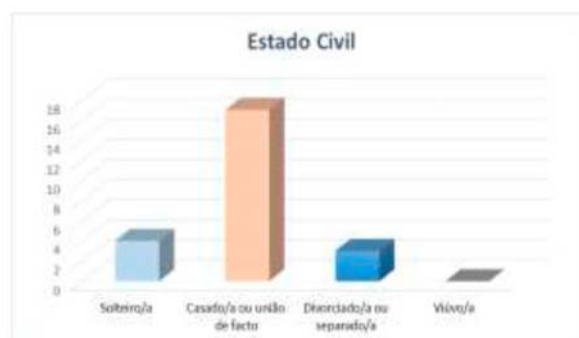
Gráfico nº 2- Sexo



Quadro nº 3- Estado Civil

Estado Civil	Nº	%
Solteiro/a	4	17%
Casado/a ou União de facto	17	71%
Divorciado/a ou Separado/a	3	12%
Viúvo/a	0	0%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

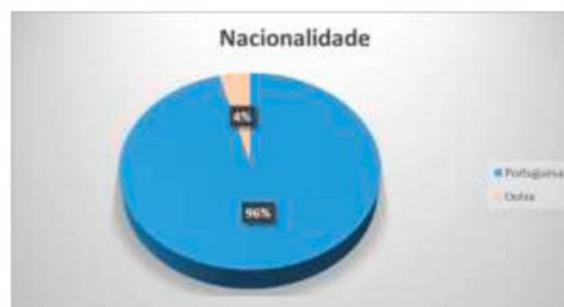
Gráfico nº 3- Estado Civil



Quadro nº 4- Nacionalidade

Nacionalidade	Nº	%
Portuguesa	23	96%
Outra	1	4%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Gráfico nº 4- Nacionalidade



**Quadro nº 5- Habilitações Literárias**

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

**Gráfico nº 5- Habilitações Literárias**



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

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

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



**Quadro nº 7- Tempo em que realizou a última formação**

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

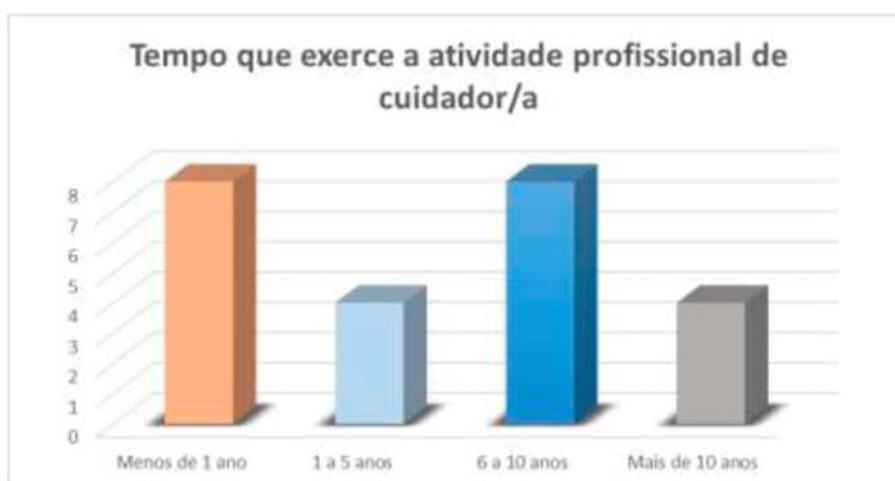
**Gráfico nº 7- Tempo em que realizou a última formação**



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

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

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



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

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

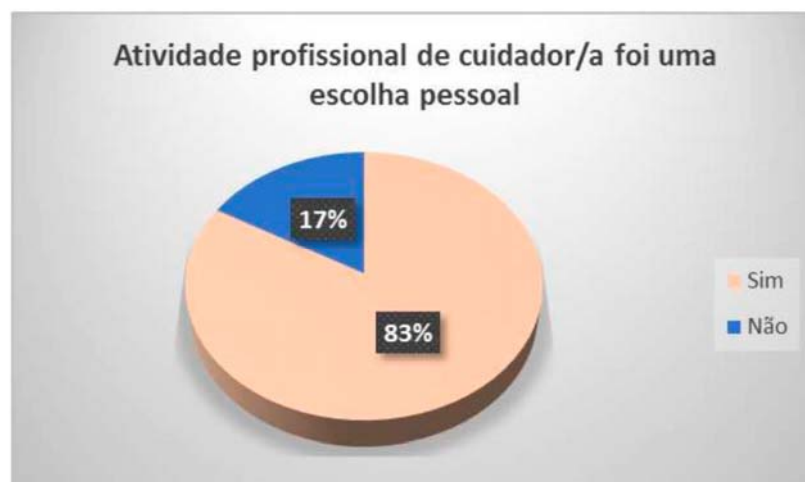
**Gráfico nº 9- Tempo que é cuidador/a na instituição**



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

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

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



**Quadro nº 11- Nº Horas trabalho semanal**

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

**Gráfico nº 11- Nº Horas trabalho semanal**



**Quadro nº 12- Regime de horário**

Regime de horário	Nº	%
Rotativo	0	0%
Fixo	24	100%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Gráfico nº12- Regime de horário**



Quadro nº 13- Tipo de contrato

Tipo de contrato	Nº	%
Termo certo	9	38%
Efetivo	11	46%
Prestação de serviços	1	4%
Outro	3	12%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Gráfico nº Tipo de contrato



Quadro nº 14- Como caracteriza o seu nível de formação

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

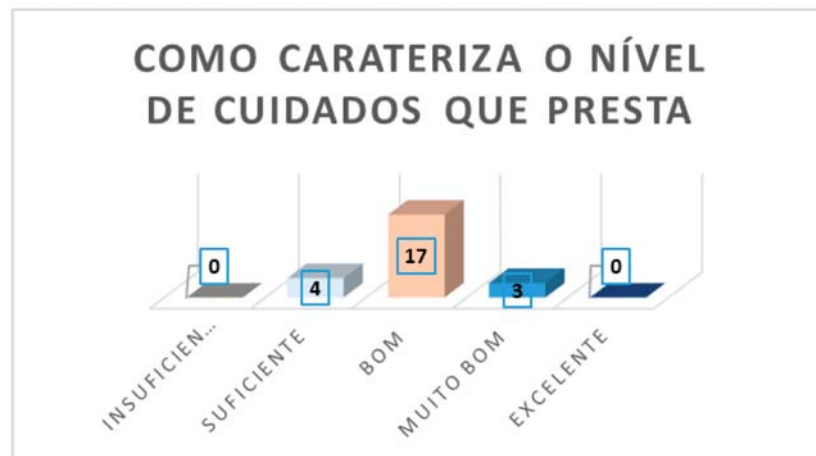
Gráfico nº 14- Como caracteriza o seu nível de formação



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

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

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



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

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

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



ANEXO XII- Ficha de avaliação de conhecimentos



## Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Projeto de Intervenção Comunitária: “Capacitar para melhor Cuidar”



Duração: 10 minutos

Classificação

Nome:

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

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

	V	F
1. A pele é a primeira barreira de defesa às infeções.		
2. O banho tem como objetivos: manter a pele íntegra, relaxar os músculos, ajuda a circulação de sangue e previne doenças da pele.		
3. A primeira etapa do banho é despir o idoso e começar das partes mais limpas para as mais sujas.		
4. A higiene íntima não deve ser realizada diariamente para evitar as infeções.		
5. O corte das unhas dos pés deve ser feito a direito e de modo a que não fiquem demasiado curtas.		
6. Num idoso que não consegue colaborar na sua higiene oral este deve ficar posicionado de costas para facilitar o procedimento.		
7. No idoso com sonda para alimentação (nasogástrica), o correto é em primeiro lugar posicionar o utente sentado ou semi-sentado, lavar as mãos e aspirar o conteúdo gástrico.		
8. De uma maneira geral, os posicionamentos durante o dia devem ser realizados a cada 3h e durante a noite a cada 8h.		
9. As úlceras de pressão são lesões na pele que podem ser agravadas com a humidade, desidratação, fricção e desnutrição.		
10. Na transferência de um idoso da cama para a cadeira de rodas, é importante adequar a postura corporal, posicionar-se o mais afastado possível do corpo do utente e travar a cadeira.		

ANEXO XIII- Grelha de avaliação da sessão pelos formandos



## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS



**Sessão:** Cuidados de Higiene e Conforto    **Formador:** Enf<sup>a</sup> Mónica Duarte    **Data:**

19/09/2016

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

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

11 – Outras considerações:

11.1- No geral como considerou a sessão? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11.2- Sugestões para futuras sessões de formação/ temas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obrigado pela colaboração!**



## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS



**Sessão:** Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão

**Formador:** Enf<sup>a</sup> Mónica Duarte    **Data:** 21/09/2016

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

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

11 – Outras considerações:

11.1- No geral como considerou a sessão? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11.2- Sugestões para futuras sessões de formação/ temas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Obrigado pela colaboração!**

ANEXO XIV- Grelha de avaliação da sessão pelo formador



## AVALIAÇÃO DA SESSÃO PELO FORMADOR



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

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

7 – Outras considerações:

7.1- Avaliação global da sessão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.2- Sugestões para futuras sessões de formação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Formador: \_\_\_\_\_

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

ANEXO XV- Registo de Assiduidade



ANEXO XVI- Diapositivos da 1ª sessão de formação

# SESSÃO DE FORMAÇÃO 1: CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO

INFORMAR E EDUCAR AS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA PARA MELHORAR A  
PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO IDOSO  
DEPENDENTE

Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no Mestrado em Enfermagem  
Comunitária, relativo às necessidades formativas das AAD.

Enf<sup>o</sup>: Mónica Duarte  
Enf<sup>o</sup> Cooperante: Fátima Neves  
Professora Orientadora: Rosário Machado



## OBJETIVOS DA SESSÃO

Sensibilizar

- Sensibilizar as AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto enquanto promotores de saúde do idoso dependente

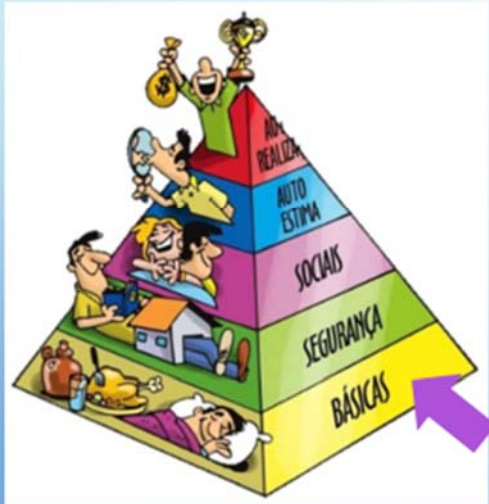
Formar

- Fornecer formação às AAD na área dos cuidados de higiene e conforto

Capacitar

- Aumentar os conhecimentos e capacitar as AAD na melhoria da prestação dos cuidados de higiene e conforto ao idoso dependente

## NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS



### O que são?

As necessidades humanas básicas (NHB) são necessidades comuns a qualquer ser humano, ou seja são universais.

O que varia de pessoa para pessoa é a forma como se manifestam e como se satisfazem essas necessidades.

As NHB constituem aquilo que para a pessoa é **imprescindível** para sobreviver ou funcionar da forma mais adequada possível de modo a atingir um nível de equilíbrio satisfatório. (Spindler, 2014)

## NECESSIDADES BÁSICAS/FISIOLÓGICAS



➤ Nas pessoas idosas a satisfação das necessidades fisiológicas está muito dependente da prestação de cuidados, nomeadamente das Ajudantes de Ação Direta (AAD).

A satisfação das necessidades que os idosos sentem mais dificuldade são as relacionadas com a higiene pessoal, vestir e despirm e a mobilidade.

## CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO

### O que são?

São um conjunto de práticas que visam essencialmente a limpeza e cuidado ao corpo, ajudando a pessoa a atingir bem-estar, conforto e auto-estima.  
(Potter e Perry, 2006)



### Porque são importantes?

- Aumentar a auto-estima;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de doenças de pele;
- Melhoria da qualidade de vida.  
(Patrícia, 2007)



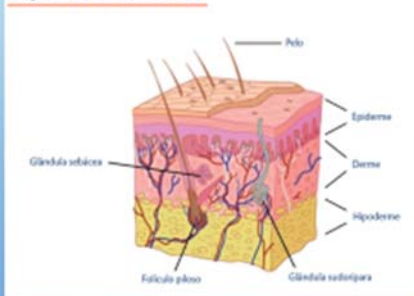
## PELE

A Pele é o maior órgão do corpo. Possui 3 camadas distintas: epiderme, derme e hipóderme ou tecido subcutâneo.

### Funções da pele:

- Proteção (1ª barreira de defesa às infecções);
- Regulação da temperatura;
- Percepção sensorial (sensibilidade ao toque, dor, calor, frio);
- Eliminação (suor);
- Produção de Vitamina D (através da luz solar);
- Aspeto estético.

ESQUEMA DE UM CORTE DE PELE



(Monahan et al, 2010- Enfermagem Médico-Cirúrgica).

## ALTERAÇÕES DA PELE COM O ENVELHECIMENTO

- Rugas
- Perda de volume: flacidez
- Perda de densidade: pele mais fina e mais friável
- Alterações na pigmentação

(Adaptado de Bartoloto, 2014)



## CUIDADOS A TER COM A PELE



- ✓ Lavagem da pele com água morna;
- ✓ Uso de produtos de higiene suaves (neutros e hipoalérgicos);
- ✓ Uso de creme hidratante.



Evita possíveis infeções ou outros problemas de pele



- Lavagem com água muito quente;
- Banho prolongado;
- Uso de produtos muito ativos.



Perda da barreira impermeável à água  
Pele seca e frágil

## TIPOS DE HIGIENE

### Parcial

- Cuidados específicos para determinadas partes dos corpo que têm elevada necessidade de higiene.
- Cara, boca, mãos, axilas, genitais e pés.

### Total

- Banho total completo, desde a higiene do corpo , cuidados com o cabelo e corte de unhas.

Adequação consoante as características do idoso!

#### CHUVEIRO



#### LEITO



## GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO



**Independente:** não precisa de ajuda na higiene, necessita apenas de vigilância.



**Semi-dependente:** lava a maior parte do corpo, necessita de alguma ajuda. O cuidador deve incentivar o idoso a lavar o que é capaz e presta ajuda no que tiver dificuldade.



**Dependente:** não é capaz de cuidar de si, necessita de ajuda total do cuidador.



### OBJETIVO:

**FAZER COM E NÃO FAZER POR!!!**

## FORMAS DE MANTER A HIGIENE



## BANHO

### Objetivos do Banho:

- Previne doenças da pele;
- Mantém a pele íntegra (saudável);
- Relaxamento muscular;
- Estimula a circulação de sangue.



### Permite:

- ✓ Boa aparência;
- ✓ Conforto e Bem-estar;
- ✓ Boa Saúde física e emocional;
- ✓ Autoconfiança.



### O que pode interferir?

- Ambiente desadequado (sem privacidade; portas abertas,..)
- Alterações da visão
- Falta de equilíbrio
- Força muscular diminuída
- Défices cognitivos (demência,...)

## BANHO

### Resistência ao Banho- Causas

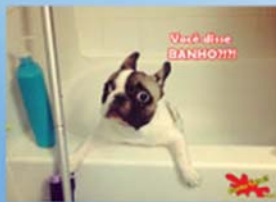
Medo de cair

Dores ou  
tonturas

Mobilidade  
reduzida

Vergonha da  
exposição

Depressão



### Importante:

É necessário ter muita sensibilidade para lidar com estas situações.

Deve ser tido em conta o respeito pela pessoa, com tempo e carinho de forma a alcançar a sua confiança.

## CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO A IDOSOS DEPENDENTES

**1º PASSO:** Garantir um ambiente adequado e preparação de todo o material necessário



### **Material necessário:**

- Luvas e aventais descartáveis;
- Compressas ou luva manípula;
- Sabonete ou sabão líquido neutros e hipoalergénicos;
- Creme hidratante;
- Toalha de rosto e de banho limpas;
- Bacia com água morna (para banho na cama);
- Escova e pasta de dentes ou elixir;
- Sacos de plástico para a roupa suja e para o lixo;
- Roupa limpa para o idoso e/ou para a cama;
- Escova ou pente para o cabelo;
- Fraldas descartáveis, se necessário.

## BANHO NO CHUVEIRO

- 1º Garantir um ambiente adequado e preparar todo o material necessário;
- 2º Explicar à pessoa o que vai ser feito, orientando-a e pedindo que colabore;
- 3º Lavar as mãos, calçar luvas e despir a pessoa;
- 4º Iniciar sempre no sentido da cabeça para os pés, usando a luva manípulo embebida em água e sabão hipoalérgico;
- 5º Começar pela cara (olhos do canto externo para o interno), orelhas e cabeça;
- 6º Segue-se as mãos, braços, axilas, pescoço, peito, costas, abdômen, pernas e pés (não esquecer entre os dedos), e por fim, os genitais;



**Analisar o estado da pele!**

## BANHO NO CHUVEIRO

- 7º Secar bem o corpo com toalha macia, sem esfregar (secar muito bem entre os dedos dos pés);
- 8º Aplicar creme hidratante;
- 9º Vestir a pessoa e pentear o cabelo;
- 10º Lavagem da boca- com escova de dentes ou compressas embebidas em elixir ou pedir que bocheche (dependendo das dificuldades da pessoa);
- 11º Cortar as unhas se necessário.



## RECURSOS DE APOIO IMPORTANTES



**Cadeira de banho**



**WC adaptado: barras de suporte, tapete antiderrapante, portas de correr, etc...**

## BANHO NO LEITO

- 1°** Garantir um ambiente adequado e preparar todo o material necessário, incluindo temperar a água;
- 2°** Explicar à pessoa o que vai ser feito, orientando-a e pedindo que colabore;
- 3°** Lavar as mãos, calçar luvas e despir a pessoa à medida da higienização seguida de ocultação. Baixar se possível a cabeceira da cama;
- 4°** Iniciar sempre no sentido da cabeça para os pés, usando a luva manípulo embebida em água e sabão hipoalérgico;
- 5°** Começar pela cara (olhos do canto externo para o interno), orelhas e cabeça;
- 6°** Segue-se as mãos, braços, axilas, pescoço, peito, abdômen, pernas e pés (não esquecer entre os dedos);



## BANHO NO LEITO

7º Colocar a pessoa de lado, lavar as costas, nádegas e só no fim as partes genitais;

8º À medida que se lava vai-se secando com a toalha macia, sem esfregar (secar muito bem entre os dedos dos pés);

9º Fazer a cama de um lado com roupa lavada e colocar parte da fralda (se aplicável e finalizar do outro lado);

10º Aplicar creme hidratante, vestir a pessoa e pentear o cabelo;

11º Lavagem da boca- com escova de dentes ou compressas embebidas em elixir ou pedir que bocheche (dependendo das dificuldades da pessoa);

12º Cortar as unhas se necessário.



No banho no leito, antes da higiene dos genitais, a água deve ser trocada para evitar o risco de infeções!

## HIGIENE ÍNTIMA



A higiene íntima deve ser realizada diariamente

- Lavar os grandes e pequenos lábios utilizando uma mão para afastar e outra para lavar.
- **Lavar da frente para trás** (do meato urinário para o orifício vaginal e posteriormente para a região do ânus.



- Iniciar a higiene na ponta do pénis, puxando a pele (prepúcio) para trás e lavar a glândula com movimentos circulares.
- Posteriormente, lavar o corpo do pénis e escroto.

**Não esquecer:** voltar a colocar o prepúcio na sua posição normal.

## CUIDADOS COM OS CABELOS

Porque é que o cabelo dos idosos é mais frágil?

↓ hormonas (menopausa e andropausa)



Perda de volume, ficando mais fino e por isso mais frágeis e quebradiços.



Finalidade da higiene dos cabelos:

- Promove a limpeza do cabelo e couro cabeludo permitindo boa aparência, saúde física e bem estar psicológico do idoso;
- Estimula a circulação do couro cabeludo;
- Evita o aparecimento de parasitas

- A lavagem do cabelo deve ser feita sempre que necessário ou cerca de 3x/semana. Pode ser feita durante o banho no leito.
- Não esquecer proteger os olhos e ouvidos.
- Não demorar a secar o cabelo para evitar que o idoso fique com frio.

## CUIDADOS COM A BARBA

O ato de barbear é um dos mais importantes na rotina do homem. Proporciona uma boa aparência e sensação de bem estar. Porém é um processo agressivo para a pele, principalmente se realizado de maneira inadequada ou com produtos de má qualidade.



Aspetos importantes a ter em conta:

- Fazer a barba preferencialmente após o banho (pele húmida e macia);
- Usar a lâmina no sentido do crescimento dos pêlos;
- Iniciar pelas bochechas, maxilares, boca. Deixar para último o queixo (local mais difícil de amolecer);
- Usar a mesma lâmina idealmente no máximo 3x;
- Passe a lâmina em água cada vez que passar no rosto para evitar a acumulação de pêlos;
- Evitar a espuma dos sabonetes porque pode irritar a pele, causar ardor e vermelhidão- dar preferência às espumas de barbear;
- Após o barbear lavar o rosto com água morna;
- Massagem do rosto com uma loção pós-barba (sem álcool) para hidratar a pele.

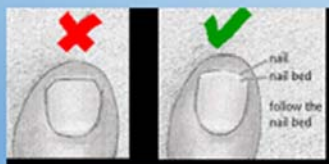
(Merlin, 2011)



## CUIDADOS COM AS UNHAS

O espessamento das unhas e a secura da pele é um processo de carácter fisiológico inerente à idade. Os problemas de mobilidade dos idosos, a falta de flexibilidade e os problemas de visão, incapacitam o corte ungueal correto.

- O corte das unhas deve ser feito a direito para evitar que encravem.
- Não cortar as unhas muito curtas e não remover as cutículas



- Se as unhas forem muito duras e espessas, podem ser imersas em água morna durante 10 a 15min ou então após o banho para estarem mais amolecidas.



### Se o idoso for diabético:



- Usar limas de cartão em vez de tesouras ou corta-unhas;
- Verificar o estado da pele, em especial na região entre os dedos e assegurar o uso de meias de algodão sem costuras preferencialmente.

## HIGIENE ORAL

A boca é a principal porta de entrada de microorganismos que podem causar doenças, nomeadamente doenças cardiovasculares e respiratórias!



### Objetivos da Higiene Oral:

- Limpeza dos dentes ou próteses, língua e lábios;
- Promover o conforto do utente;
- Evitar o mau hálito;
- Prevenir infeções.

### IMPORTANTE:

- ✓ **Estimular a pessoa a realizar os seus próprios cuidados de higiene oral**
- Realizar a higiene oral de manhã, após as refeições (2 a 3x/dia);
- Usar uma escova de dentes de cerdas macias;
- Escovar um ou dois dentes naturais de cada vez com movimentos de vaivém e circulares e posteriormente a língua;
- No caso de próteses lavar com água e anti-séptico com a ajuda de uma escova e passar por água fria antes de a aplicar;
- Durante a noite a prótese deve ficar num copo com água;
- Hidratar os lábios (vaselina).

## HIGIENE ORAL



Se o idoso estiver acamado e não conseguir colaborar na sua higiene oral



Prevenir o engasgamento!

Decúbito lateral



- Usar uma espátula com uma compressa na ponta e lavar a cavidade oral e dentes com uma solução desinfetante (ex: tantum verde, eludril, ...)

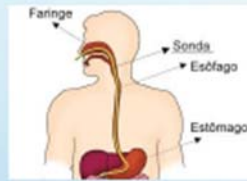


## EM RESUMO...

- ✓ Promover uma relação interpessoal e agradável com o idoso durante o banho;
- ✓ Respeitar a sua vontade, privacidade e incentivar o auto-cuidado;
- ✓ Retirar todos os objetos das mãos que possam magoar;
- ✓ Usar **SEMPRE** um par de luvas para cada idoso e lavar **SEMPRE** as mãos antes e depois de cada higiene, para evitar infeções;
- ✓ Começar a higiene sempre das partes mais limpas para as mais sujas (da cabeça para os pés);
- ✓ Observar o estado da pele (estar atento a zonas avermelhadas);
- ✓ Lavar e secar o corpo com suavidade, dada a fragilidade da pele do idoso;
- ✓ Ter especial cuidado nos movimentos com os idosos dependentes, nomeadamente a sair da cama para a cadeira, devendo afastar tudo o que possa magoar;
- ✓ Não esquecer a higiene oral, quer o idoso tenha dentes ou prótese, de forma a evitar infeções.



## CUIDADOS ESPECIAIS: ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA



### Aspectos a ter em conta:

- Os alimentos devem ser muito bem passados e terem consistência líquida, a uma temperatura média;
- Lavar as mãos antes de manipular a sonda e calçar luvas;
- Posicionar o utente sentado ou semi-sentado.



<https://www.youtube.com/watch?v=OeVNqQtz-Q0>

### E ainda...

- Trocar o adesivo cerca de 2x/semana ou em SOS, tendo cuidado de não deslocar a sonda;
- Se a sonda se exteriorizar em parte ou totalmente >>> **NÃO TENTAR RECOLOCAR, INFORMAR O ENFº RESPONSÁVEL;**
- Mudar de seringa sempre que necessário, ter uma para alimentação e outra para a água.

**Não esquecer:** higiene do nariz (com cotonete humedecido) e higiene da boca!

## CUIDADOS ESPECIAIS: ALGÁLIAS

### Aspectos a ter em conta:

- ✓ Usar sempre luvas quando manipular a sonda ou saco coletor de urina;
- ✓ O saco coletor deve ficar **SEMPRE** abaixo do nível da bexiga, suspenso ao lado da cama;
- ✓ Mobilizar o idoso com movimentos suaves de modo a evitar a tração da algália;
- ✓ Utilizar a válvula para esvaziar o saco;
- ✓ Trocar o saco a cada 5-7 dias;
- ✓ Manter a sonda e área em redor limpa, lavar com água e sabão.

(Adaptado de Pereira, 2010)

### Sinais de alerta:

- Se aparecer febre ou a urina tiver um cheiro intenso ou for espessa ou turva;
- Se apresentar inflamação na uretra ou na saída da sonda;
- Se observar sangue dentro ou à volta da sonda;
- Quando não urinar ou o volume de urina diminuir acentuadamente apesar da ingestão abundante de líquidos;
- Se perder urina em grande quantidade por fora da sonda.



**Informar o Enfº responsável**

## CUIDADOS DE SEGURANÇA E PROTEÇÃO PESSOAL

### Higienização das mãos:

1º procedimento antes de qualquer cuidado!

#### Porquê?

Os microorganismos estão por toda a parte;

Alguns microorganismos são fontes de doenças;

As mãos são dos principais meios de transmissão de microorganismos



#### NÃO ESQUECER:

Antes de realizar a higienização das mãos é necessário retirar todos os adornos (anéis, pulseiras, relógios)



Proteção do utente e  
proteção pessoal

## HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

### Quando deve ser realizada?

1. Antes do contato com o utente;
2. Antes e após calçar as luvas;
3. Após risco de exposição a fluídos orgânicos (ex: troca de saco urina, mudança da fralda);
4. Após contato com o utente;
5. Após contato com as áreas próximas ao utente (ex: roupa da cama, mobiliário do quarto);
6. Após ir ao WC;
7. Antes da preparação/manipulação com alimentos ou medicamentos.



## CUIDADOS DE SEGURANÇA E PROTEÇÃO PESSOAL

Medidas simples, medidas importantes!!

Manter unhas naturais, limpas e curtas

Não usar unhas postiças

Não usar verniz nas unhas

Aplicar creme hidratante nas mãos diariamente

Secar as mãos preferencialmente em toalha de papel

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos. 2ª ed., Lisboa: Revista.

Bartoloto, C. (2014). Dicas para manter a saúde dermatológica mesmo com o envelhecimento. Acedido em 10, Setembro, 2016 em <http://sissaude.com.br/sis/print.php?idnot=9800>

Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa nº 13, Junho, 2010. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Acedido em 11, Setembro, 2016 em

<https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espr=2&ie=UTF-8#q=higienizo%C3%A7%C3%A3o+dos+m%C3%A3os+dgs>

<https://www.youtube.com/watch?v=OeVNqQiz-G0>

Merlin, C. (2011). Home Care Idosos. Vamos aprender a barbear o nosso idoso?. Acedido em 10, Setembro, 2016 em <http://homecareidosos.blogspot.pt/2011/11/vamos-aprender-barbear-nosso-idoso.html>

Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., Green, C. (2010). Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspetivas de Saúde e Doença. 8ª ed., Loures: Lusodidacta.

Patrícia, A. (2007). Higiene dos Idosos. Acedido em 10, Setembro, 2016 em <https://oenvelheçmentohumano.blogspot.pt/search/label/Higiene%20dos%20idosos>

Pereira, A. (2010). Cuidados com sonda vesical. Acedido em 11, Setembro, 2016 em <http://www.usfvalongo.com/documentos/edu/sondavesicalpanfleto.pdf>

Potter, P., Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos. 5ª ed., Lisboa: Lusociência.

Spindler, J. (2014). Necessidades Humanas Básicas. Acedido em 10, Setembro, 2016 em <http://pt.sldshare.net/testelenure/aula-5-necessidades-humanas-basicas>

ANEXO XVII- Diapositivos da 2ª sessão de formação

## Sessão de Formação 2: Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão

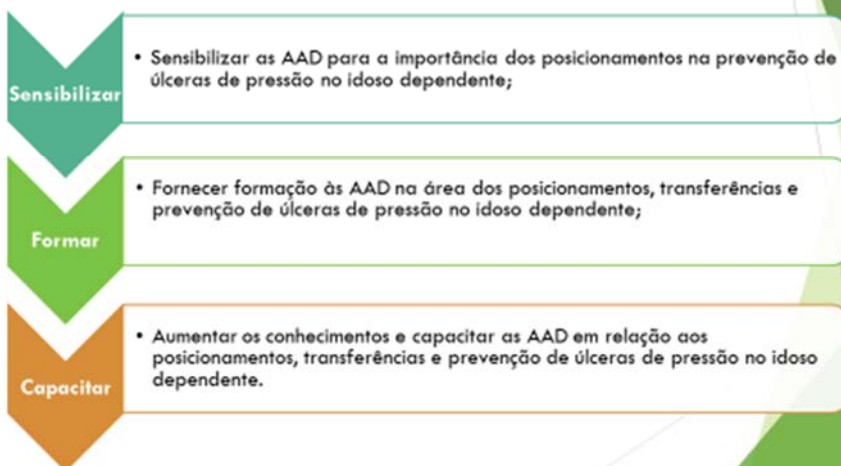
Informar e Educar as Ajudantes de Ação Direta para melhorar os conhecimentos na área dos posicionamentos, transferências e prevenção das úlceras de pressão no idoso dependente

Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no Mestrado em Enfermagem Comunitária, relativo às necessidades formativas das AAD.

Enf<sup>o</sup>: Mónica Duarte  
Enf<sup>o</sup> Cooperante: Fátima Neves  
Professora Orientadora: Rosário Machado



### Objetivos da Sessão



# Posicionamentos

## O que são?

- “Posicionar é colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição” (CIPE, 2011)
- São posturas em que se coloca um utente que tem dificuldade ou não consegue movimentar-se sozinho.

O envelhecimento pode ser uma das causas de alterações da mobilidade.



## Objetivos dos Posicionamentos:

- ✓ Proporcionar conforto;
- ✓ Prevenir complicações associadas à imobilidade (musculares e articulares);
- ✓ Prevenir lesões da pele (úlceras de pressão).

# Posicionamentos

Os posicionamentos devem ser executados de acordo com a situação de cada pessoa

## Recomendado:

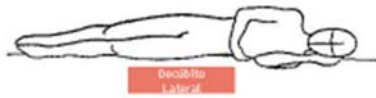


Posicionar de 2 em 2 horas



Posicionar de 4 em 4 horas

## Tipos de Posicionamentos



**Decúbito:** posição do corpo quando está deitado



## Úlceras de Pressão

As pessoas que não se conseguem movimentar e se encontram acamadas ou sentadas por muito tempo na mesma posição, podem desenvolver feridas conhecidas por escaras, úlceras de pressão ou úlceras de decúbito.

### O que é?

“inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade” (ICN, 2011)



Irrigação sanguínea

Oferta de nutrientes



**Fricção:** quando duas superfícies entram em atrito

## Evolução das Úlceras

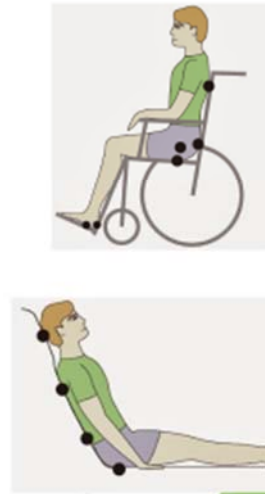
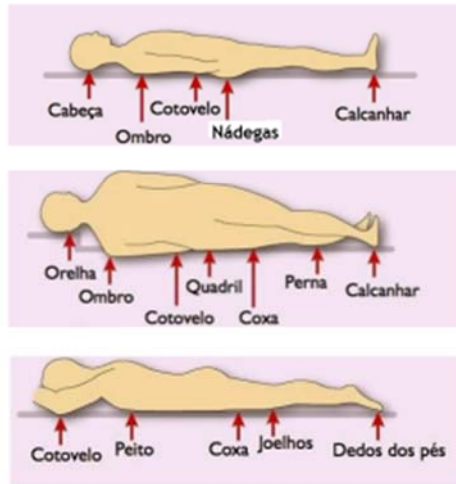


## Fatores de Risco



(Potter e Perry, 2006)

## Principais locais das úlceras de pressão



## Medidas Preventivas

**PREVENIR é o melhor remédio!**

- Mudança de decúbito a cada 2 horas nas pessoas acamadas;
- No caso de se encontrar numa cadeira de rodas, é importante aliviar a pressão a cada 15 minutos;
- Higiene e hidratação constante da pele, mantendo-a limpa e seca;
- Assegurar as roupas da cama esticadas e sem resíduos (ex: migalhas de comida);
- Usar um resguardo na cama para facilitar as mobilizações e evitar a fricção;
- Trocar com frequência a fralda em pessoas com incontinência urinária ou fecal;
- Uso de colchões (ex: água, ar, gel de silicone) e almofadas de proteção;
- Alimentação e ingestão de água adequados;
- Estimular a mobilização tendo em conta as possibilidades da pessoa.

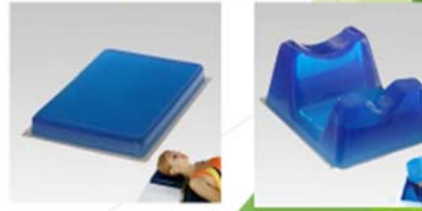


## Equipamentos de Apoio

Colchões

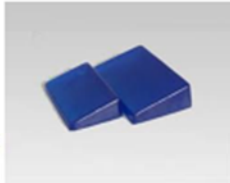
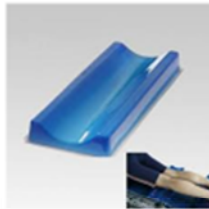


Almofadas para apoio da cabeça



## Equipamentos de Apoio

Almofadas para apoio das pernas



Calcanheiras



Cotoveleiras



Braçadeiras para imobilização



Almofadas para cadeirão/cadeira de rodas

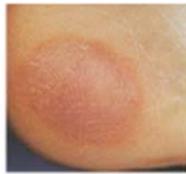


## Situações de alerta na pele

**IMPORTANTE:**

As mudanças de decúbito devem ser aproveitadas para realizar a inspeção da pele a fim de detetar precocemente alguma situação de alerta

**ERITEMA**



## Situações de alerta na pele

**FLICTENAS**



**NECROSE**



## Situações de alerta na pele

MACERAÇÃO



## Reconhecimento de situações de alerta- Encaminhamento para Cuidados de Enfermagem

### Porque é tão importante?

- As auxiliares de ação direta são, para além dos familiares, quem mais contata com a pessoa dependente, logo estão numa posição privilegiada no reconhecimento de situações de alerta;
- O **reconhecimento atempado** de situações que necessitam de intervenção a nível de cuidados de enfermagem é muito importante porque:
  - ✓ Evita ou reduz o sofrimento à pessoa;
  - ✓ Ajuda ao sucesso do tratamento;
  - ✓ Previne complicações (por ex: infeções);
  - ✓ Reduz custos.

Trabalho em  
Equipa



## Transferências

- Uma transferência é a mudança de um utente de uma superfície para a outra por meio de um padrão específico de movimentos que são seguros e eficientes (OE, 2013).

### Objetivos das Transferências:

- ✓ Prevenir as úlceras de pressão;
- ✓ Prevenir as complicações da imobilidade;
- ✓ Promover conforto e qualidade de vida ao utente.



## Transferências

### Aspetos a ter em conta:

- Explicar ao utente e pedir a sua colaboração;
- Ter em atenção as limitações físicas de cada pessoa e se manifesta dor ou desconforto;
- Assegurar um ambiente seguro, removendo obstáculos;
- Posicionar-se o mais próximo possível do utente;
- Travar as rodas do equipamento (se for necessário utilizar);
- Realizar movimentos firmes, suaves e sincronizados;



## Transferências

➤ Usar uma **postura correta**:

Manter as costas e pés alinhados;

Fletir os joelhos em vez de curvar a coluna;

Usar farda que permita liberdade de movimentos;

Usar calçado antiderrapante;

Pedir ajuda sempre que se justificar;

➤ Sempre que possível realizar ou ajudar a transferência com o utente de pé;

➤ Utilizar os equipamentos de apoio quando disponíveis (ex: elevadores; trapézio, etc...)



## Principais tipos de transferências

Sentar ↔ Deitar



Sentar ↔ De Pé



Cama ↔ Cadeira



Cadeira ↔ Sanita



<https://www.youtube.com/watch?v=EueeoNx1UoY>

## Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio

➤ Qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação” (Norma ISO 9999:2007)

- Pessoas com deficiência ou incapacidade, aos idosos ou, aos que de forma temporária ou definitiva, necessitam de os utilizar;
- São meios indispensáveis para a funcionalidade e integração das pessoas com incapacidade ou deficiência;
- Utilizados ou colocados pela própria pessoa ou com a ajuda de terceiros (técnicos ou familiares) com o objetivo de maior funcionalidade.



A escolha deve ser adaptada a cada pessoa e a cada situação específica!

## Alguns exemplos...



## Referências Bibliográficas

ACSS (2011). Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos. 2ª ed., Lisboa: Revista.

<https://www.youtube.com/watch?v=EueeoNx1UoY>

Instituto da segurança Social, I.P. (2016). Guia Prático. Sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA). Acedido em 14, Setembro, 2016 em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/Sistema\\_Atribuicao\\_Produtos\\_Apoio\\_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7](http://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7)

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade- posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia orientador de boa prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I, nº 7. Acedido em 14, Setembro, 2016 em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)

Potter, P., Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos. 5ª ed., Lisboa: Lusociência.

Vieira, C., Cação, C., Neves, C., Costa, D., Santarém, I. (2014). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: A qualidade dos cuidados na prevenção, monitorização e registo de úlceras de pressão no CHMT. Acedido em 14, Setembro, 2016 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CentroHospitalarMedioTejo\\_QualidadeCuidadosPrevencaoMonitorizacaoRegistoUlcerasPressao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CentroHospitalarMedioTejo_QualidadeCuidadosPrevencaoMonitorizacaoRegistoUlcerasPressao.pdf)

ANEXO XVIII- Manual de Apoio

# MANUAL DE APOIO

## Projetos de Intervenção Comunitária



Outubro 2016

ANEXO XIX- Notícia no Jornal das Caldas

## reduzem sal no pão

| Francisco Gomes |



Padarias das Caldas são detentores do certificado de "padaria saudável!"

na e Padaria Obidos). Que terminaram implementação já na fase anual são o certificado de "padaria saudável", como a Padaria (Alcobaça), Padaria Rossio e Padarias (Bombaral, Ramalho, Litoral, Padaria Cidade Nova, Padaria Henriquez, Padaria e Padaria do Caldas da Rainha 33, Padaria e

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

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

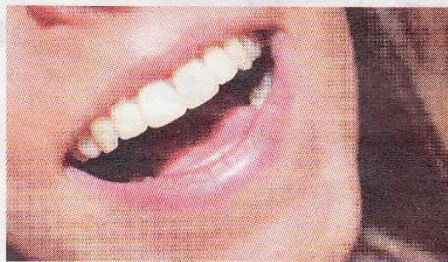
vasculares – a hipertensão arterial. O sucesso desta intervenção só poderá ser garantido pela adesão, colaboração e empenho por parte de todos os agentes da comunidade, nomeadamente as indústrias de panificação, as unidades integradas em estabelecimentos de bebidas, os profissionais de saúde, os órgãos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

## promoção da saúde oral nas escolas da região

| Francisco Gomes |

fissura, ou em situação de cárie vivo tratamento. Os problemas dentários que nas escolas de novembro restante ano sendo gradualmente alunos en-

na Nacional de Saúde Oral ergado e atualmente é possível e um cheque de 16 e aos 18 que tenham utilizado anteriormente (13 respetivamente)



Mais e melhor saúde oral é o objetivo

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

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

## Auxiliares de instituições recebem formação de enfermagem comunitária

| Francisco Gomes |



Ação de formação

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

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

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

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

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

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

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

## Ecografias emocionais 3D/4D

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

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

ANEXO XX- Póster



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

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

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



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

**SOZINHOS POUCO PODEMOS FAZER; JUNTOS, PODEMOS FAZER MELHOR!**

ANEXO XXI- Certificado de Presença



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



## CERTIFICADO

Certifica-se que \_\_\_\_\_ esteve presente na sessão de formação

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

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

Total de horas de formação presenciadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfº Bruno Vicente / Enfª Daniela Nazário / Enfª Mónica Duarte  
(Mestrandos do 6º Curso MEC da ESSS)



\_\_\_\_\_  
Enfª Fátima Neves – USP Zé Povinho

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública)

ANEXO XXII- Diapositivos do Seminário Intercalar



Instituto Politécnico de Santarém  
Escola Superior de Saúde de Santarém  
6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Unidade Curricular- Estágio II e Relatório



## SEMINÁRIO INTERCALAR



Professora Orientadora: Rosário Machado

Aluna: Mónica Duarte

Enfª Cooperante: Fátima Neves

Santarém, 26 de Setembro de 2016

## OBJETIVOS DO SEMINÁRIO



Apresentar o trabalho desenvolvido, com base no projeto de intervenção individual;



Partilhar experiências, numa perspetiva de interaguda, contribuindo para a superação de eventuais dificuldades;



Perspetivar a 2ª fase da intervenção planeada, mobilizando a crítica intragrupo como estratégia de intervenção, numa lógica reflexiva.

## UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO- CALDAS DA RAINHA



ALCOBAÇA

BOMBARRAL

CALDAS DA  
RAINHA

NAZARÉ

ÓBIDOS

PENICHE

**MISSÃO:** contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES Oeste Norte em que se integra.

(Regulamento Interno USP Zé Povinho, 2015)

## UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO- CALDAS DA RAINHA

### EQUIPA MULTIDISCIPLINAR:

- Médicos de Saúde Pública
- Médicos de Medicina Geral e Familiar
- Enfermeiros de Saúde Pública/Comunitária
- Técnicos de Saúde Ambiental
- Higienistas orais
- Técnicos com funções administrativas



## ESCOLHA/PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

### Índice de Envelhecimento

- Elevado índice de envelhecimento da região Oeste Norte;
- Em 2011- índice envelhecimento correspondia a cerca de 140 na Região Oeste (INE, 2014);
- Em 2015- estimativa do índice de envelhecimento no Concelho de Caldas da Rainha era de 155,2 (INE, Pordata, 2016).

### Lacuna intervenção com cuidadores formais

- Inexistência atual de programas/projetos na USP Zé Povinho dirigidos aos cuidadores formais de idosos dependentes em contexto domiciliário.

### Prática profissional

- Prática profissional em Cuidados Saúde Primários;
- Realização de visitas domiciliárias.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Necessidades formativas das cuidadoras formais (AAD) de 3 IPSS

Entrevistas a Diretores Técnicos e AAD representantes de cada IPSS

Diagnóstico de Enfermagem

Associação Desenvolvimento Social de Salir do Porto

Associação Social e Cultural Paradense

Centro Social Paroquial N.º 51.º das Mercês de Carvalhal Benfeito

Modelo Teórico de Betty Neuman

"Ameaça à linha de defesa das AAD (grupo populacional) relacionada com stressores intrapessoais", evidenciado por:

- Dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto;

## PROJETO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

### "CAPACITAR PARA MELHOR CUIDAR"



#### OBJETIVOS:

- Sensibilizar os responsáveis das IPSS e as AAD para a necessidade de formação na área definida, motivando-os para a colaboração e integração no projeto de intervenção individual;
- Desenvolver sessões de formação direcionadas às dificuldades identificadas no âmbito da prestação de cuidados de higiene e conforto;
- Promover o aumento de conhecimentos das AAD na área dos cuidados de higiene e conforto;
- Avaliar o impacto das estratégias de intervenção realizadas.

## CONCETUALIZAÇÃO

### ENVELHECIMENTO



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

### DEPENDÊNCIA



#### Decreto-Lei nº 101/2006

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

## CONCETUALIZAÇÃO



- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) (...) implica necessariamente todos os setores sociais e exige a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados (...)

- A Portaria nº 38/2013 de 30 de Janeiro, procede ao ajustamento da resposta social e estabelece as condições de instalação e funcionamento do **Serviço de Apoio Domiciliário**, designado SAD.

- **SAD**: resposta social que assegura a prestação de cuidados e serviços às famílias ou pessoas que se encontram numa situação de dependência, no seu domicílio, e que não conseguem responder à satisfação das suas necessidades básicas ou atividades instrumentais de vida diárias, de forma temporária ou permanente, e que não dispõem de apoio familiar satisfatório para o efeito.  
(Diário da República, 1.ª série, N.º 21, 30 de janeiro de 2013)



Cuidados de Higiene e Conforto

## CONCETUALIZAÇÃO



A manutenção da higiene pessoal é crucial enquanto veículo à promoção da saúde, por constituir uma forma de remover microrganismos que podem ser nocivos à saúde.

Os cuidados de higiene são um conjunto de práticas que visam essencialmente a limpeza e cuidado ao corpo, ajudando a pessoa a atingir bem-estar, conforto e auto estima.  
(Potter e Perry, 2006)

Os ajudantes de ação direta (AAD) representam uma considerável componente da força de trabalho, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados, tendo por isso um impacto considerável na qualidade dos serviços prestados.  
(Fitzpatrick e Roberts, 2004)

## CONCETUALIZAÇÃO



Em Portugal, o pessoal não técnico inicia na maioria da vezes a sua atividade profissional sem que antes tenha frequentado qualquer formação específica que o habilite a cuidar de idosos.  
(Jacob, 2003)

**Formação**  
... conjunto de atividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e comportamentos que são exigidos a um indivíduo para o exercício das funções próprias de uma profissão.  
(Sousa, 2011)

Para as AAD, a formação é crucial para a obtenção de competência e saberes, indispensáveis para um bom desempenho.  
(Jacob, 2003)

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, **o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários para a capacitação de grupos e comunidades**, na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, bem como participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010).

## REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

### MAPA CONCETUAL



### PALAVRAS-CHAVE

- ✓ Nurs\*
- ✓ Education
- ✓ Nursing assistants

## REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

<b>P- População/Participantes</b>	Ajudantes de Ação Direta (AAD)
<b>I- Intervenções/Área de interesse</b>	Intervenções de Enfermagem enquanto estratégias de promoção da melhoria dos conhecimentos das AAD na prestação de cuidados ao idoso dependente
<b>Co- Contexto da área de interesse ou intervenção (onde se podem avaliar os resultados)</b>	Melhoria dos conhecimentos teóricos e práticos das AAD sobre a prestação de cuidados ao idoso dependente



### Pergunta PICO

"Quais as intervenções de Enfermagem que promovem a melhoria dos conhecimentos das AAD no cuidado ao idoso dependente?"

## METODOLOGIA

### PLANEAMENTO EM SAÚDE

#### Diagnóstico de situação:

Necessidades formativas das AAD de 3 IPSS da área de influência do Concelho de Caldas da Rainha

#### Definição de Prioridades:

Projeto de intervenção para melhoria dos conhecimentos das AAD na área dos Cuidados de Higiene e Conforto

#### Seleção e Elaboração de Estratégias:

Planeamento de Sessões de Formação sobre a temática dos Cuidados de Higiene e Conforto

**Implementação:** Realização de Sessões de Formação dirigidas às AAD. Divididas em 3 módulos.

**Avaliação:** aplicação de ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final;



(Imperatori e Giraldes, 1993)

## OUTRAS ATIVIDADES...

- ✓ Elaboração de uma base de dados dos internamentos compulsivos da área de influência do ACES Oeste Norte;
- ✓ Colaboração na criação do Manual de Doenças de Notificação obrigatória



- ✓ Participação na Dinamização do Workshop "Um Amigo chamado Sol" no dia 4 Julho em Valado dos Frades e Nazaré a alunos dos 6 aos 12 anos.



- ✓ Participação nas I Jornadas Pedagógicas da Região Oeste Norte de 11 a 13 de Julho;

- ✓ Observação da dinâmica da Consulta de Alcoologia;



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa. Acedido em 01, Junho, 2016 em <http://www.portaldesaude.pt/NR/rdonlyres/1C60F0E-9E74-4DED-94A0-F7EAC6376DAA/0/006346.pdf>.
- Diário da República/Série n.º 21 de 30 de Janeiro 2015. Portaria n.º 38/2013. Acedido em 01, Junho, 2016 em [http://www.sag-social.pt/documents/10152/1197978/Port\\_38\\_2013](http://www.sag-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013)
- Diário da República/Série A. Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de Junho. Acedido em 01, Junho, 2016 em <http://www.acas.min-saude.pt/Portals/0/28563865.pdf>
- Fitzpatrick, J. M., Roberts, J. D. (2004). Challenges for carehomes: education and training of healthcare assistants. *Br J Nurs*, 8, 19 (21), pp. 1258-1261.
- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde. 3ª Edição. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Estatísticas Demográficas 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. Pordata. (2016). Acedido em 01, Junho, 2016 em <http://www.pordata.pt/Municipios/667388/indice-de-desenvolvimento-458>
- Jezoli, L. (2005). Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para os IPSS. Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. 3ª Edição. Library of Congress, USA.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento n.º 128/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em 01, Junho, 2016 em [http://www.ordenenfermeiros.pt/fqsp/Documents/Legislacao/Regulamento\\_128\\_2011.pdf](http://www.ordenenfermeiros.pt/fqsp/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organisation to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid: Organização Mundial de Saúde.
- Potter, P., Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos. 5ª ed., Lisboa: Lusociência.
- Regulamento Interno Unidade de Saúde Pública de Povinho, 2015.
- Sousa, M. M. (2011). Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas. Cascais: Principia.

ANEXO XXIII- Diapositivos do Seminário Final



Instituto Politécnico de Santarém  
Escola Superior de Saúde de Santarém  
6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Unidade Curricular- Estágio II e Relatório



## SEMINÁRIO FINAL



Professora Titular: Irene Santos

Professora Orientadora: Rosário Machado

Enfª Cooperante: Fátima Neves

Aluna: Mónica Duarte

Santarém, 04 de Novembro de 2016

## OBJETIVOS DO SEMINÁRIO



Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido durante o estágio, tendo por base o projeto individual;



Refletir sobre as competências construídas nos diversos contextos da prática;



Perspetivar a continuidade Institucional do desenvolvimento do(s) projeto(s) iniciados e/ou assumidos através da realização do estágio, nos diversos contextos.

## Planeamento em Saúde: Diagnóstico de situação

Imperatori e Giraldes (1993)

Modelo  
Teórico de  
Betty  
Neuman

### Diagnóstico de situação

Necessidades formativas das AAD de 3 IPSS do Concelho de Caldas da Rainha

- **Diagnóstico de Enfermagem Comunitário:** Ameaça à linha de defesa das AAD (grupo populacional) relacionada com stressores intrapessoais, evidenciado por: Dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto;

#### Entrevistas aos Informantes-Chave: Análise de Conteúdo

- E 6- "Sinto dificuldade em cuidados de higiene e a posicionar utentes mais dependentes..."
- E 2- "... lidar com alguns utentes mais dependentes é muito complicado, a nível de higiene e posicionamentos."
- E 5- "As transferências para a cadeira e os levantamentos trazem-lhes algumas dificuldades..."
- E 2- "... temos algumas dúvidas quando há alterações na pele."
- E 1- "...uma das áreas que podem formação é sobre cuidados de higiene."
- E 1- "...como posicionar um utente em segurança, no leito e na transferência para cadeira..."



#### Competência adquirida:

G1.1- "Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade" (RCEEEECSP, 2011).

## Planeamento em Saúde: Definição de Prioridades

### Definição de Prioridades

- **Cuidados de higiene e Conforto;**
- Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão

- Necessidades identificadas pelas AAD e diretores técnicos das IPSS
- Experiência profissional
- Necessidades Humanas Básicas- Higiene e Mobilidade



#### Competência adquirida:

G1.2- "Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade" (RCEEEECSP, 2011).

## Planeamento em Saúde: Fixação de Objetivos

### Fixação de Objetivos

- **Geral:** capacitar as AAD nos cuidados de higiene e conforto ao idoso dependente;
- **Específicos:**
  - sensibilizar os responsáveis das IPSS e as AAD para a necessidade de formação na área definida;
  - motivar para a colaboração e integração no projeto de intervenção individual;
  - estabelecer parcerias a nível da comunidade;
  - desenvolver sessões de formação teórico- práticas direcionadas às dificuldades identificadas no âmbito da prestação de cuidados de higiene e conforto;
  - promover o aumento de conhecimentos das AAD no que toca aos cuidados de higiene e conforto;
  - avaliar a eficácia das intervenções realizadas

## Planeamento em Saúde: Seleção de Estratégias

### Seleção de estratégias

- Pedido de cooperação aos diretores técnicos para incentivarem a inclusão dos seus funcionários no projeto;
- Realizar visitas às IPSS para contactar as AAD e dar a conhecer o projeto;
- Divulgação do projeto através de cartaz;
- Recurso à RSL;
- Planeamento de sessões de formação teórico-práticas;
- Procurar parcerias a nível da comunidade;
- Envolver a USP na divulgação das sessões de formação (notícia no jornal);
- Facultar às IPSS manual de apoio para posterior consulta;



**Competência adquirida:**  
G1.3- "Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas." (RCEEEESP, 2011).

## Planeamento em Saúde: Elaboração de Programas e Projetos

Elaboração de Programas e Projetos

- Projeto: **“Capacitar para Melhor Cuidar”**



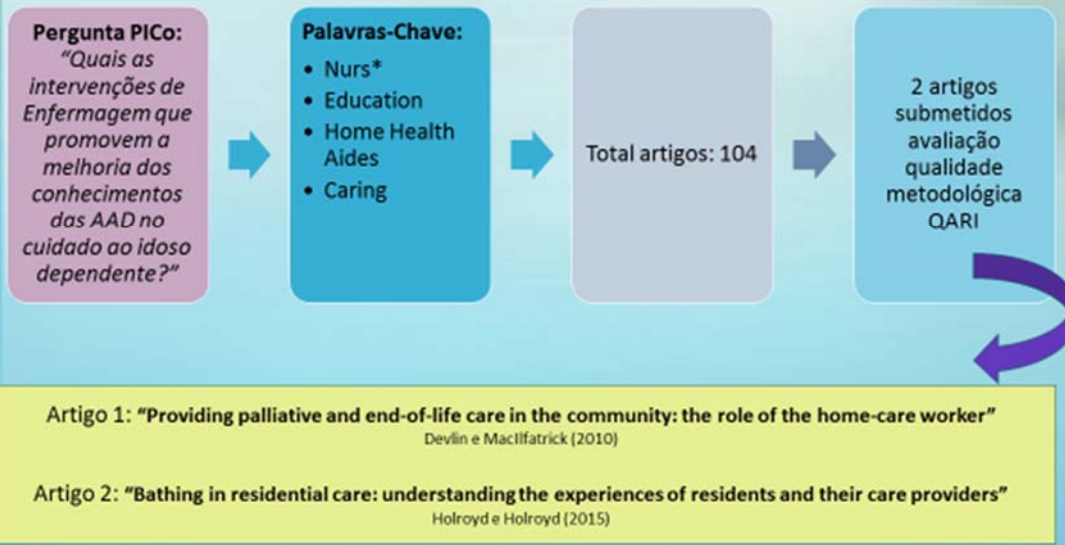
Competência adquirida:  
G1.4- “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (RCEEECS, 2011).

## Planeamento em Saúde: Preparação da Execução

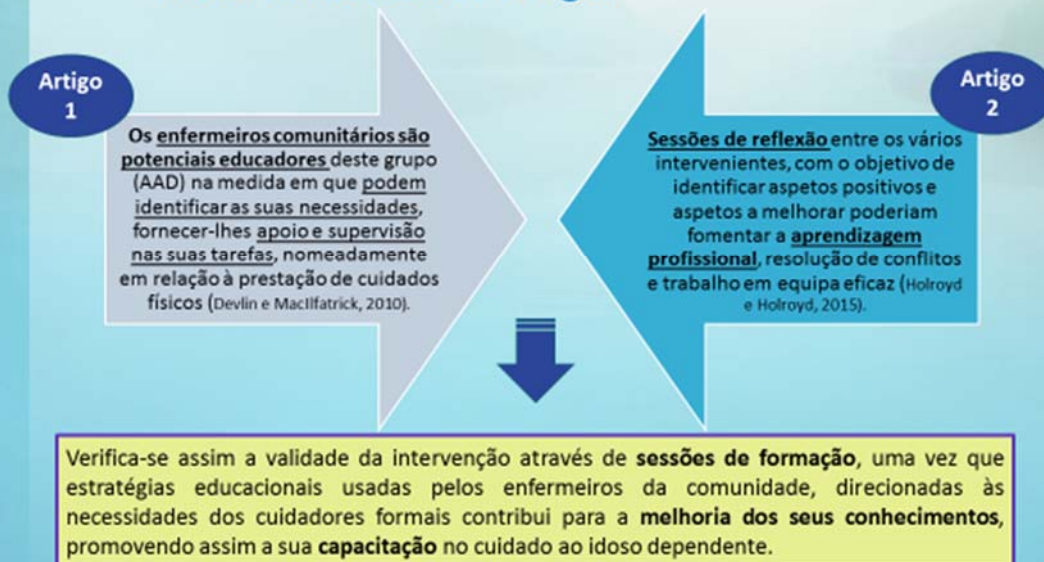
Preparação da Execução



## Prática baseada na evidência: Recurso à RSL



## RSL: Achados dos artigos



## Planeamento em Saúde: Execução

### Execução



- Realizada a 19/9/2016
- 17 AAD presentes
- Conteúdos teóricos
- Discussão e reflexão de experiências



- Realizada a 21/9/2016
- 18 AAD presentes
- Conteúdos teóricos e práticos
- Treino: posicionamentos e transferências
- Parceria: Enfª Especialista Enf. Reabilitação da ECCI Caldas



### Competências adquiridas:

G2.1- "Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania";

G2.2- "Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais";

G2.3- "Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade" (RCEEEESP, 2011).

## Planeamento em Saúde: Execução

Notícia no  
Jornal das  
Caldas



Manual de  
Apoio



Certificados  
de presença



Póster



## Planeamento em Saúde: Avaliação

Avaliação

Formando	% Ficha Inicial	% Ficha Final	% Melhoria
1	70	70	0
2	60	70	10
3	70	80	10
4	50	80	30
5	50	70	20
6	60	80	20
7	70	80	10
8	70	80	10
9	50	80	30
10	40	60	20
11	70	70	0
12	80	80	0
13	30	80	50
14	30	80	0
15	50	70	20
16	70	80	10
17	70	80	10
18		80	
<b>Média obtida</b>	<b>61%</b>	<b>76%</b>	<b>15%</b>

Quadro nº 1- Resultados obtidos pelos formandos nas fichas de avaliação de conhecimentos inicial e final

### Fichas de avaliação de conhecimentos



Gráfico nº 1- Classificação média obtida nas fichas de avaliação de conhecimentos inicial e final

## Planeamento em Saúde: Avaliação

Avaliação



### Grelha de Avaliação das sessões



Os resultados das fichas de avaliação de conhecimentos, e os da avaliação da sessão dos formandos, sugerem que os AAD aumentaram os seus conhecimentos, tendo sido por isso atingido um dos objetivos específicos deste projeto.

## Planeamento em Saúde: Avaliação

### Indicadores e Metas

Indicadores (Atividade e Resultado)	Meta	Resultado obtido
Inscrição nas Sessões de Formação	100%	100%
Sessões de formação realizadas	100%	100%
Assiduidade na sessão de formação: Cuidados de Higiene e Conforto	70%	70,8%
Assiduidade na sessão de formação: Posicionamentos, transferências e prevenção de úlceras de pressão	70%	75%
Melhoria das classificações nas fichas de avaliação	10%	15%
Formandos que consideram ter um aumento de conhecimentos muito bom com a 1ª sessão	30%	47%
Formandos que consideram ter um aumento de conhecimentos muito bom com a 2ª sessão	30%	55,6%

Avaliação

Os indicadores definidos sensíveis às intervenções de enfermagem, confirmam a eficácia das intervenções realizadas dado que todos foram cumpridos.

#### Competência adquirida:

G1.5- "Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados." (RCEEEECSP, 2011).

## Outras Atividades...

- ✓ Elaboração de uma base de dados dos internamentos compulsivos da área de influência do ACES Oeste Norte;
- ✓ Colaboração na criação do Manual de Doenças de Notificação obrigatória
- ✓ Participação na Dinamização do Workshop "Um Amigo chamado Sol" no dia 4 Julho em Valado dos Frades e Nazaré a alunos dos 6 aos 12 anos.
- ✓ Participação nas I Jornadas Pedagógicas da Região Oeste Norte de 11 a 13 de Julho;
- ✓ Observação da dinâmica da Consulta de Alcoologia;

#### Competências adquiridas:

G3.1- "Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde"

G4.1- "Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica" (RCEEEECSP, 2011).

## Considerações Finais

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica defendida pela sua disciplina e a transmissão dessa sabedoria para o quotidiano da vida das pessoas (Jeremias e Rodrigues, 2010).



Revisão Sistemática de Literatura

### ❖ Sessões de formação às AAD

- Grupo de adultos
- Necessidades específicas
- Adequação de conteúdos e linguagem



### Sugestões:

- Sessões essencialmente práticas
- Incluir na avaliação se o aumento de conhecimentos se reflete na prestação de cuidados ao idoso dependente
- Observação das práticas

### Viabilidade de manter o Projeto

- ✓ Avaliação positiva dos AAD;
- ✓ Feedback positivo dos diretores técnicos;
- ✓ Forma de reforço da linha de defesa das AAD;
- ✓ Capacitação no cuidado ao idoso dependente

## Referências Bibliográficas

- Devlin, M., McIlfratrick, S. (2010). Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker. *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 16, nº 4.
- Holroyd, A., Holroyd, H. (2015). Bathing in residential care: understanding the experiences of residents and their care providers. *Quality in Ageing and Older Adults*, vol. 16, nº 2, pp. 106-117.
- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde*. 3ª Edição. Lisboa.
- Jeremias, C.R., Rodrigues, F.M. (2010). O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade. *Revista Nursing*. ISSN 0871-6196, pp. 12-17.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª edição. Library of Congress. USA.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento nº 128/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em 01, Junho, 2016 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento\\_128\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf)