

Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na
área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

CUIDAR COM SABER
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COM AJUDANTES DE
AÇÃO DIRETA

CARING WITH KNOWLEDGE
COMMUNITY NURSING INTERVENTION WITH DIRECT CARE ASSISTANTS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária,
na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por
Maria Leonor Mota Nunes

Lisboa, 2025

Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na
área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

CUIDAR COM SABER
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COM AJUDANTES DE
AÇÃO DIRETA

CARING WITH KNOWLEDGE
COMMUNITY NURSING INTERVENTION WITH DIRECT CARE ASSISTANTS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária,
na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por

Maria Leonor Mota Nunes

Sob orientação da

Professora Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2025

Sísifo

Recomeça...

Se puderes,

Sem angústia e sem pressa.

E os passos que deres,

Nesse caminho duro

Do futuro,

Dá-os em liberdade.

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

À Senhora Prof.^a Doutora Elisa Garcia, por toda a orientação e disponibilidade no percurso realizado, pela rápida resposta a qualquer questão colocada e pelas palavras de motivação que colocou em cada contacto.

À Sr.^a Enfermeira orientadora clínica do local de estágio, Enf.^a A.P.M., pela receptividade com que me recebeu enquanto mestranda, procurando enriquecer de experiências o estágio realizado e pela compreensão dos desafios impostos na sua concretização, sempre com uma palavra de encorajamento. Pela permanente disponibilidade em validar o caminho percorrido e apoiar a tomada de decisão.

À Sr.^a Enf.^a A.B. pela mestria nos conselhos que contribuíram para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária e por com frequência ajudar a descomplicar etapas que formalmente pareciam impossíveis de transpor. Por todo o contributo no enriquecimento do estágio realizado, com possibilidade de vivenciar novas experiências e ambientes de cuidados.

A toda a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública, pela amabilidade com a qual me recebeu ao longo das 15 semanas que constituíram o estágio final.

À direção técnica das três instituições que aceitaram colaborar no projeto desenvolvido e a todas as ajudantes de ação direta cuja participação tornou o mesmo possível.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, pelo ambiente facilitador e de entreaajuda sempre demonstrado ao longo deste percurso.

À minha família, em especial aos meus pais, exemplos de ética, brio e responsabilidade profissional, pela sua resiliência e por saber que mesmo na ausência por vezes prolongada de contacto, estão permanentemente comigo.

À minha irmã, por garantir que o humor se manteve elevado no decorrer deste desafio e pela paciência nos dias de maior cansaço.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, porque mesmo sem saberem, foram por vezes o escape da tensão acumulada e possibilitaram a manutenção da resiliência para enfrentar esta etapa.

RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma realidade efetiva em Portugal e o aumento da proporção de pessoas idosas determina a crescente sobrecarga dos serviços de saúde, tendo por base o incremento do risco de dependência funcional e a prevalência de doenças crónicas.

Em Portugal, as respostas sociais às pessoas idosas residem de forma significativa na sua institucionalização, onde as estruturas residenciais assumem um papel preponderante. No seio destes equipamentos, as ajudantes de ação direta constituem o âmago da prestação de cuidados às pessoas idosas em situação de dependência, procurando responder à satisfação das suas necessidades. Assim, a preocupação com a formação destas profissionais, tendo por finalidade última a melhoria contínua dos cuidados prestados à população idosa, assume-se como prioritária.

No enquadramento das competências detidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e enquanto meio promotor do seu desenvolvimento, foi desenvolvido um projeto de intervenção que visou contribuir para a capacitação das ajudantes de ação direta de três estruturas residenciais para pessoas idosas da área de influência de uma Unidade de Saúde Pública, integrante de uma Unidade Local de Saúde, da Área Metropolitana de Lisboa.

O projeto foi desenvolvido em concordância com a Metodologia do Planeamento da Saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993) e suportado teoricamente no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995).

O diagnóstico da situação foi realizado com recurso a informadores-chave, ao qual se associou a aplicação de um questionário de avaliação das necessidades de formação a 53 ajudantes de ação direta das instituições selecionadas. Concluída esta etapa, foi realizada a priorização dos problemas identificados, fixados objetivos, selecionadas estratégias e elaborado e executado o projeto, culminando na sua avaliação com base em indicadores definidos.

A intervenção residiu no nível de prevenção primária, tendo a formação em serviço assumido o lugar de estratégia central, procurando promover a melhoria contínua e segurança dos ambientes nos quais a prestação de cuidados ocorre.

Palavras-Chave: intervenção comunitária; ajudante de ação direta; formação; enfermagem; população idosa.

ABSTRACT

Demographic aging is a tangible reality in Portugal, and the increasing proportion of elderly people leads to a growing burden on health services, primarily due to the heightened risk of functional dependency and prevalence of chronic diseases.

In Portugal, social responses to elderly individuals are significantly based on their institutionalization, with residential structures playing a predominant role. Within these facilities, direct care assistants form the core of care provision for dependent elderly individuals, aiming to meet their needs. As a result, enhancing their skills, ultimately aiming to the continuous improvement of care provided to the elderly population, becomes a priority.

Within the framework of competencies held by the Community Nurse Specialist, and as a strategy to promote professional development, an intervention project was developed aiming to contribute to the training of direct care assistants in three residential structures within the influence area of a Public Health Unit, which is part of a Local Health Unit, in the Lisbon Metropolitan Area.

The project was developed in accordance with the Health Planning Methodology proposed by Imperatori and Giraldes (1993) and theoretically supported by Betty Neuman's Systems Model (Neuman, 1995).

The situation diagnosis was conducted using a key informant approach, combined with the application of a training needs assessment questionnaire to 53 direct care assistants from the selected institutions. Upon completion of this phase, the identified problems were prioritized, objectives were set, strategies were selected, and the project was designed and implemented, culminating in its evaluation based on defined indicators.

The intervention was situated at the level of primary prevention, with in-service training adopted as the central strategic approach, aiming to promote the continuous improvement and safety of care environments.

Keywords: community intervention; direct care assistant; in-service training; nursing; elderly population.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- AAD – Ajudante de ação direta
- ABVD – Atividade básica de vida diária
- AIVD – Atividade instrumental de vida diária
- AML – Área Metropolitana de Lisboa
- APA - *American Psychological Association*
- AVD – Atividade de vida diária
- CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DALY – *Disability-adjusted life years*
- DGS – Direção Geral da Saúde
- DL – Decreto-Lei
- EC – *European Commission*
- EACEA – *European Education and Culture Executive Agency*
- Enf.ºª – Enfermeiro (a)
- ERPI – Estrutura residencial para pessoas idosas
- ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento
- ICN – *International Council of Nurses*
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
- ISCO – *International Standard Classification of Occupations*
- MPS – Metodologia do planeamento da saúde
- MS – Ministério da Saúde
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OECD – *The Organisation for Economic Co-operation and Development*
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PNLSCC – Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- RCM – Resolução do Conselho de Ministros
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Sr. - Senhor

Sr.^a - Senhora

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO	14
1.1 O envelhecimento demográfico como problema de saúde pública	14
1.2 O envelhecimento como fator de risco para a redução da funcionalidade e aumento da dependência	16
1.3 Respostas sociais à população idosa em situação de dependência	18
1.4 Ajudantes de ação direta no cuidado às pessoas idosas institucionalizadas	21
1.5 Formação profissional das ajudantes de ação direta	23
1.6 O Modelo de Sistemas de Betty Neuman	26
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE	29
2.1 Diagnóstico da situação	29
2.1.1 Contextualização do local de intervenção	30
2.1.2 População e amostra	33
2.1.3 Métodos e técnicas utilizados	34
2.1.4 Apresentação, análise e discussão dos resultados	37
2.1.5 Diagnósticos de enfermagem	44
2.2 Definição de prioridades	46
2.3 Fixação de objetivos	47
2.4 Seleção de estratégias	49
2.5 Elaboração do projeto	50
2.6 Preparação da execução	52
2.7 Avaliação	55
2.8 Contributo para a prática clínica	57
3. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO ACADÉMICO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	59
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	59

3.2	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	61
3.3	Competências de Mestre	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	ANEXOS	76
	Anexo I – Autorização para implementação do projeto	77
	Anexo II – Autorização para utilização de questionário (versão original)	79
	Anexo III – Autorização para utilização de questionário (versão adaptada)	81
	Anexo IV – Certificado de participação ENSIDE	83
	APÊNDICES	85
	Apêndice I – <i>Scoping Review</i> (síntese)	86
	Apêndice II – Pedido de autorização para implementação do projeto	90
	Apêndice III – Guião de entrevista semiestruturada dirigida à direção técnica	93
	Apêndice IV - Guião de entrevista semiestruturada dirigida ao enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem da ERPI 1	96
	Apêndice V - Termo de consentimento informado livre e esclarecido (peritos)	99
	Apêndice VI - Pedido de autorização para utilização de questionário (original)	102
	Apêndice VII - Pedido de autorização para utilização de questionário (adaptado)	104
	Apêndice VIII - Questionário de avaliação de necessidades de formação das AAD	106
	Apêndice IX – Termo de consentimento informado livre e esclarecido (AAD)	112
	Apêndice X- Análise de conteúdo das entrevistas/ <i>focus group</i>	115
	Apêndice XI - Análise dos questionários aplicados	123
	Apêndice XII – Definição de prioridades	140
	Apêndice XIII – Análise SWOT	144
	Apêndice XIV – Cartaz de divulgação das sessões de formação	146
	Apêndice XV – Apresentação multimédia para sessões de formação	148

Apêndice XVI – Manual de Apoio aos Cuidados	157
Apêndice XVII – Cartaz “Mecânica Corporal do Cuidador”	170
Apêndice XVIII – Plano de sessão de formação	172
Apêndice XIX – Grelha de observação	175
Apêndice XX – Teste de avaliação de conhecimentos final e corrigenda	177
Apêndice XXI - Questionário de avaliação da satisfação da sessão	180
Apêndice XXII – Certificado de presença	183
Apêndice XXIII – Apresentação do projeto à equipa da USP	185
Apêndice XXIV – Diagrama de <i>Gantt</i>	198

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição gráfica da amostra em relação à idade.....	40
Gráfico 2- Distribuição gráfica da amostra em relação ao tempo de exercício profissional na instituição.....	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Categorias e subcategorias da análise de conteúdo	38
Quadro 2- Evidência dos problemas identificados nos instrumentos de colheita de dados e scoping review	43
Quadro 3- Caracterização do contexto intrasistémico do cliente à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	44
Quadro 4- Diagnósticos de Enfermagem.....	45
Quadro 5- Metas e indicadores de atividade	48
Quadro 6- Vantagens e potenciais constrangimentos das estratégias seleccionadas	50
Quadro 7- Lista de atividades a desenvolver	53
Quadro 8- Avaliação (indicadores de impacto)	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das AAD em relação à nacionalidade	40
Tabela 2- Distribuição das AAD em relação às habilitações literárias	41
Tabela 3- Ordenação das atividades por nível de dificuldade assinalada	42
Tabela 4- Síntese de resultados do processo de priorização	47
Tabela 5- Avaliação (metas, indicadores e resultados)	56

INTRODUÇÃO

No âmbito do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESCSP), da Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, foi realizado o relatório exposto no presente documento, visando descrever e fundamentar as competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista na referida área, assim como as competências de mestre adquiridas no decorrer do percurso efetuado.

Enquadrado no estágio final realizado no período compreendido entre 6 de setembro e 19 de dezembro de 2024, cujo contexto ocorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP), integrante de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Área Metropolitana de Lisboa (AML), foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, suportado na Metodologia do Planeamento da Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) e recorrendo ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman enquanto referencial teórico em Enfermagem, cujas etapas serão alvo de detalhe.

A realização do projeto enquadra-se nas responsabilidades legais atribuídas à USP, decorrendo no âmbito do normal funcionamento desta unidade e das funções desempenhadas pela Enfermeira (Enf.^a) orientadora clínica, verificando-se simultaneamente a sua conformidade com o planeamento em saúde numa perspetiva alargada, de nível nacional.

O presente relatório inicia-se com o enquadramento do projeto, partindo do envelhecimento demográfico enquanto problema de saúde pública, que associado a alterações no padrão epidemiológico, estrutura e comportamentos sociais e familiares da população portuguesa, conduziram à emergência de novas necessidades, de complexidade crescente, sendo prioritário o desenvolvimento de medidas que atenuem o impacto destas alterações (Direção Geral da Saúde [DGS], 2004).

Projeções recentes da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) e do *European Observatory on Health Systems and Policies* (2023), estimam que até 2050, 34% da população portuguesa será detentora de idade igual ou superior a 65 anos. Associado ao envelhecimento, surgem os riscos de perda de funcionalidade e aumento da dependência, intimamente relacionados com a prevalência de doenças crónicas, geradores de sobrecarga nos serviços de saúde.

Em seguimento do supracitado, urge o estabelecimento de políticas públicas que visem a proteção das pessoas idosas, assente na colaboração multiprofissional e multisectorial.

Enquadrada na resposta à problemática enunciada e mediante o aumento das respostas sociais de apoio à população idosa existentes no nosso país, contribuir para a capacitação de ajudantes de ação direta (AAD) que prestam cuidados às pessoas institucionalizadas, surge como área de crescente preocupação e objetivo geral do projeto, sendo a intervenção de enfermagem neste âmbito alicerçada na prevenção primária.

O enquadramento presente no primeiro capítulo pretende explicitar o papel fundamental destes profissionais e a importância da sua capacitação na melhoria da qualidade dos cuidados que realizam.

Foi realizada uma *scoping review*, subordinada à questão “Quais as necessidades de formação das AAD que cuidam de idosos em ERPI?”, cujo contributo se inicia no enquadramento do projeto, sendo no entanto verificado e explanado no decorrer de toda a sua implementação.

O segundo capítulo desenvolve-se com base na Metodologia do Planeamento da Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), sendo explicitadas todas as etapas do projeto, desde o diagnóstico da situação, à definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção das estratégias, elaboração e preparação da sua execução, culminando na avaliação realizada com base em indicadores. Ainda ao longo deste capítulo, vai simultaneamente sendo esclarecido o suporte teórico do projeto no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995) e o seu contributo na tomada de decisão e significação da prática.

O projeto teve como local de implementação três ERPI da área de influência da USP, com uma população-alvo de 66 AAD, cujo exercício profissional se desenvolve nesse contexto.

O relatório encerra com o terceiro capítulo, onde é apresentada uma reflexão sobre as competências desenvolvidas, que conduzirão à obtenção do título de Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de ESCSP, procurando a sua fundamentação com base no projeto realizado e restante percurso académico desenvolvido e a correspondência com as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e descritores para o 2º Ciclo de Ensino.

O relatório apresentado segue as orientações emitidas pela *American Psychological Association* (APA), 7ª edição e pelo guia da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” da UCP, sendo redigido de acordo com o acordo ortográfico em vigor.

1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO

O presente capítulo pretende contextualizar e justificar a intervenção desenvolvida com recurso à mais recente evidência científica disponível, indicadores e dados epidemiológicos de referência.

Acresce enquanto contributo para o seu desenvolvimento a *scoping review* elaborada, subordinada à questão “Quais as necessidades de formação das AAD que cuidam de idosos em ERPI?” e que permitiu mapear o conhecimento existente relativamente à temática em estudo (Apêndice I).

1.1 O envelhecimento demográfico como problema de saúde pública

Nas duas últimas décadas observou-se em Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia (UE), uma significativa alteração demográfica que se objetiva no envelhecimento da população, fenómeno particularmente expressivo entre 2009 e 2019, com a ocorrência de um duplo envelhecimento demográfico, em resultado da redução da taxa de natalidade e do aumento de pessoas com mais de 65 anos (Resolução do Conselho de Ministros [RCM] nº14/2024 de 12 de janeiro, 2024).

A percentagem da população nacional com idade igual ou superior a 65 anos aumentou de 16 % em 2000, para 22 % em 2021, prevendo-se que atinja 34% até 2050 (OECD & *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2023), sendo Portugal um dos cinco países (à semelhança de Itália, Grécia, Japão e Coreia), cuja população com mais de 65 anos excederá um terço da população total até 2050 (OECD, 2021).

Dados expostos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2024), atestam um expressivo aumento da população idosa em Portugal, associado a um decréscimo da população jovem, sendo que por cada 100 jovens portugueses, o número de idosos existente ascende a 188,1 em 2023, colocando Portugal como um dos países com maior índice de envelhecimento a nível mundial.

Importa esclarecer que a definição de idoso admitida decorre da classificação assumida pela *World Health Organization* (WHO) (2015), que considera idosa a pessoa com 65 ou mais anos nos países desenvolvidos, sendo este valor minorado para 60 anos no caso dos países em desenvolvimento. A diferenciação realizada toma em consideração a perspetiva de que o envelhecimento é um processo dinâmico, que não se resume à idade

cronológica e que engloba também as expectativas de vida, as condições de saúde e o nível de desenvolvimento de cada país (Silva et al., 2019; WHO, 2015).

Não só a redução da taxa de natalidade é responsável pelo atual panorama demográfico, mas também alterações designadas como positivas, nomeadamente a diminuição da mortalidade e o aumento da esperança média de vida, contribuíram significativamente para as mudanças observadas (RCM nº14/2024 de 12 de janeiro, 2024).

No que respeita à esperança de vida à nascença, isto é, “quanto tempo, em média, os indivíduos viveriam com base num determinado conjunto de taxas de mortalidade específicas por idade” (OECD, 2021), o valor em Portugal era em 2023 de 81,17 anos (1 ano superior à média da UE), verificando-se um diferencial de cerca de 5 anos nos valores apresentados pela população feminina (83,67 anos) e masculina (78,37), disparidade também apurada na restante UE (INE, 2024; OECD & *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2023).

Aos 65 anos, a esperança de vida estimada em Portugal para o triénio 2022-2024 era de 20,02 anos para o total da população, existindo uma vez mais um diferencial entre a população feminina e masculina (INE, 2024).

Não obstante aos dados apresentados, é imprescindível na interpretação dos mesmos considerar que “o aumento da esperança de vida em Portugal não se acompanhou de uma melhoria expressiva do indicador que avalia o bem-estar e a qualidade de vida após os 65 anos, no qual Portugal possui valores inferiores aos da média da União Europeia” (RCM nº14/2024 de 12 de janeiro, 2024, p.33).

Neste sentido, é de particular relevância nomear o indicador “anos de vida saudável”, que conjuga a análise da morbilidade e mortalidade, na projeção das características da população após os 65 anos e eventuais necessidades emergentes. Em 2021, a estimativa de anos de vida saudável aos 65 anos foi de 7,9 anos para a totalidade da população enunciada, com penalização do valor apresentado pelas mulheres (7,4 anos), relativamente ao verificado no caso dos homens (8,4 anos) (INE, 2024).

Os dados acima apresentados corroboram as afirmações realizadas pela WHO (2020), no âmbito da Década do Envelhecimento Saudável: Plano de Ação 2021-2030, segundo o qual face a uma maior esperança de vida, a saúde se apresenta como fator determinante no impacto positivo ou negativo do envelhecimento nos indivíduos e sociedade. As pessoas que experienciam o envelhecimento e os anos adicionais concedidos pela maior esperança de vida em boa saúde, manterão a sua participação no seio das suas famílias e comunidade, conferindo robustez à sociedade. Por outro lado, aqueles cujo

processo seja marcado por alterações na saúde, dependência no cuidado e isolamento social, estarão sujeitos a um risco aumentado de implicações negativas, quer para si, quer para a sociedade na qual se inserem (WHO, 2020).

A sociedade moderna, atualmente confrontada com o desafio imposto pelo envelhecimento populacional, encontra-se perante a necessidade de garantir uma resposta política multifatorial, que envolve aspetos económicos, políticos, sociais e de saúde, envoltos na aplicação de uma abordagem holística do ciclo de vida e como tal, do processo de envelhecimento, onde a intervenção comunitária desempenha um papel preponderante (Bárrios & Fernandes, 2014).

É no desenvolvimento de políticas de saúde pública dirigidas ao envelhecimento populacional que se integra ainda o combate ao idadismo, enquanto proteção de ações de discriminação que poderão ser desenvolvidas em relação a indivíduos e grupos tendo por base a sua idade, desconsiderando o seu contributo para a sociedade e que, podendo assumir diversas formas, perpetuam crenças e práticas estereotipadas que potenciam a iniquidade no acesso a serviços, entre os quais sociais e de saúde. (Butler, 1980; WHO 2015; WHO 2020).

1.2 O envelhecimento como fator de risco para a redução da funcionalidade e aumento da dependência

A DGS (2004) define o envelhecimento como um processo de mudança progressivo, que se inicia previamente ao nascimento e se desenvolve ao longo da vida, envolvendo alterações sequenciais da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento encontra-se associado à alteração gradual de células e moléculas do organismo, o que conduz a uma redução das suas reservas fisiológicas e por conseguinte ao aumento do risco de desenvolvimento de doença e declínio da capacidade do indivíduo, culminando na sua morte (Steves et al., 2012; WHO, 2015). Já no domínio psicológico e social, destaca-se a ocorrência de variações nos papéis e posições sociais desempenhados pelos indivíduos no curso da sua vida, com presença de alterações nos seus objetivos, prioridades e preferências (Carstensen, 2006).

A par do processo de envelhecimento atesta-se o aumento significativo da prevalência de doenças crónicas (OECD, 2022), sendo a multimorbilidade, enquanto fenómeno que corresponde à ocorrência simultânea de várias patologias crónicas na mesma pessoa, uma realidade comum, com uma prevalência estimada em 65-98% na população idosa (Fortin et al., 2012; Klompstra et al., 2019; Yarnall et al., 2017).

Em Portugal, à data de 2023, 44,5% da população com 16 ou mais anos referiu possuir pelo menos uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, condição mais frequente no caso das mulheres (47,7%) e que afeta duas vezes mais a população idosa (71,1%). Por comparação com os 27 estados-membros da UE, Portugal era em 2022 o terceiro país com a maior proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado, afetando 44,7% do total da população (INE, 2024).

Em alinhamento com os dados apresentados, em 2023, 33,4% da população portuguesa com idade igual ou superior a 16 anos, condicionada por problemas de saúde, referia sentir-se limitada na realização de atividades consideradas habituais, afetando esta condição cerca de 59,2% da população idosa (INE, 2024).

A perda de anos de vida saudável por morte prematura, doença ou incapacidade é mensurada pelo indicador *Disability Adjusted Life Years* (DALY), que se apresenta como um relevante elemento de avaliação do estado de saúde de uma população (DGS, 2022). Em Portugal, é identificado um claro predomínio das doenças crónicas não transmissíveis enquanto principais fatores responsáveis pelos DALY e onde, à data de 2019, as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, respiratórias, oncológicas, a diabetes e a saúde mental se destacaram (RCM nº14/2024 de 12 de janeiro, 2024).

A doença crónica, enquanto “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo” (Decreto-Lei [DL] nº101/2006 de 6 de junho, 2006, p.3857), associa-se a um incremento significativo na utilização dos serviços de saúde e dos custos associados, em particular em situações de multimorbilidade (Marengoni et al., 2011).

Em paralelo, constitui ainda um fator determinante na redução da funcionalidade dos indivíduos, aqui compreendida como a capacidade da pessoa para realizar as tarefas que garantam a sua preservação, relacionando-se com o meio envolvente e sendo socialmente ativa (DL nº 101/2006 de 6 de junho, 2006).

A WHO (2015), no âmbito do “*World Report on Ageing and Health*” enumera enquanto ações basilares da funcionalidade a capacidade do indivíduo para se mover, satisfazer as suas necessidades básicas, aprender e tomar decisões, desenvolver e manter relações interpessoais e ainda contribuir para a sociedade, num claro envolvimento dos domínios biológico/fisiológico, psicológico e social.

Mediante o supracitado, é possível compreender que o compromisso na funcionalidade se encontra estreitamente relacionado com o surgimento de situações de dependência, onde as pessoas idosas, quer pelo natural processo de envelhecimento e consequentes alterações que lhes estão subjacentes, quer pela maior suscetibilidade ao surgimento de doenças de caráter crónico, se encontram particularmente vulneráveis.

O conceito de dependência pode ser definido como uma situação em que a pessoa se encontra incapacitada de, de forma autónoma, assegurar a realização das suas atividades de vida diária (AVD), por ausência ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, carecendo de apoio na sua realização (DL nº 101/2006 de 6 de junho, 2006).

No seguimento dos dados expostos, é possível verificar a premência em garantir por parte dos serviços de saúde, a prestação de cuidados de qualidade na gestão da doença crónica, de forma a atender às necessidades prioritárias da população envelhecida, tendo por base a promoção da sua funcionalidade e prevenindo, atenuando e adiando as situações de incapacidade (DL nº101/2006 de 6 de junho, 2006; OECD, 2021). Deverão, por conseguinte, ser adotadas políticas de saúde pública de proximidade em relação à população idosa, promotoras da sua autonomia e independência e que garantam, na ausência de capacidade do indivíduo para suprir as suas próprias necessidades, o seu cuidado e proteção.

1.3 Respostas sociais à população idosa em situação de dependência

A Lei nº95/2019 de 4 de setembro (2019), Lei de Bases da Saúde, na base 1 que a integra, reforça o direito à proteção da saúde como um direito fundamental, que pressupõe a criação e desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais necessárias à manutenção de uma vida com qualidade, saudável, atestando a responsabilidade partilhada da sociedade e do Estado na garantia destas condições.

O envelhecimento demográfico, em paralelo com as alterações verificadas na sociedade portuguesa, nomeadamente câmbios no padrão epidemiológico e estrutura social/familiar verificada, conduziram à emergência de novos desafios e necessidades, cuja adequação de resposta é imperativa (DGS, 2004).

Nas últimas décadas, verificaram-se alterações significativas na estrutura das famílias portuguesas, com contínuo crescimento do número de famílias unipessoais e por conseguinte do número de idosos que vive sozinho no seu domicílio (Oliveira et al., 2019).

Simultaneamente, observa-se ainda um crescente número de famílias nucleares e monoparentais, caracterizadas por casamentos tardios, com menor número de filhos e onde a atividade laboral e carreira são frequentemente priorizadas (Sequeira, 2007).

Sequeira (2010) reforça ainda a alteração do papel desempenhado tradicionalmente pela mulher, enquanto principal cuidadora no seio familiar, como uma dificuldade acrescida à convencional prestação de cuidados no domicílio.

Em associação às alterações enunciadas, também o luto, o isolamento social, a desertificação, carência económica e inaptações do meio habitacional, frequentemente observadas nos contextos domiciliários da população idosa, constituem um fator condicionante da sua saúde, autonomia, independência e qualidade de vida (DGS, 2004).

É no seguimento do supracitado que surge em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), enquanto meio de assegurar a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma constante, a todos aqueles que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (DL n.º 101/2006 de 6 de junho, 2006).

A par da RNCCI, desenvolve-se e amplia-se também a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), procurando assegurar a resposta a grupos com vulnerabilidade acrescida, onde a população idosa se integra.

Os equipamentos sociais, definidos como estruturas físicas onde se desenvolvem as diferentes respostas sociais e/ou serviços de suporte às mesmas podem, de acordo com a sua entidade proprietária, ser classificados como pertencentes a entidades lucrativas, que integram as instituições de carácter particular com fins lucrativos, ou subjugados a entidades não lucrativas, nas quais se incluem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), as entidades oficiais da rede pública, os serviços sociais de empresas, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), entre outras (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP], 2022).

Dirigidas especificamente à população idosa, as ERPI, o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário, constituem as respostas sociais de maior relevância, procurando não só garantir a satisfação das atividades básicas e instrumentais de vida diária dos idosos, mas também promover a sua inclusão e participação na comunidade (GEP, 2022). A estes equipamentos acrescem ainda o Centro de Convívio, o Centro de Noite e o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas.

A OECD (2020) expõe que em Portugal o cuidado às pessoas idosas em situação de dependência reside ainda de forma preponderante na institucionalização das mesmas, onde as ERPI se destacam enquanto resposta social essencial.

De acordo com o enquadramento legal português, o termo ERPI, enquanto designação comum para a tipologia de resposta social residencial para a população em questão, é formalmente introduzido em 2012 através da Portaria nº67/2012 de 21 de março (2012), que vem não só uniformizar a legislação prévia existente e remeter para o passado a nomenclatura “lar de idosos”, mas também estabelecer as condições de organização, funcionamento e instalação destas estruturas, garantindo orientações padronizadas.

A legislação previamente citada é mais tarde alvo de atualização, com publicação em Diário da República da Portaria nº349/2023 de 13 de novembro (2023), que procura adequar as regras anteriormente definidas de forma a privilegiar a qualidade dos serviços, assim como estabelecer critérios no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Presentemente é definida como ERPI “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestação de cuidados adequados e ajustados às necessidades das pessoas idosas e suas famílias” (Portaria nº349/2023 de 13 de novembro, 2023, p.27).

No período 2000-2022, verificou-se um crescimento significativo no número destas estruturas (78,4%), sendo também esta a resposta com “taxa de utilização média mais elevada, no território continental, com 91,8% dos lugares ocupados em 2022” (GEP, 2022, p.55).

Aquando elaboração da Carta Social – Relatório 2022, o GEP (2022) atesta que a utilização destes serviços é verificada em fases cada vez mais tardias, sendo em ERPI o intervalo etário com maior representação situado entre 85 e 89 anos. De acordo com a mesma fonte, na análise da capacidade para a realização das AVD dos utilizadores, verificou-se em ERPI níveis de dependência elevados em todas as atividades (GEP, 2022).

Neste enquadramento, a Portaria nº 349/2023 de 13 de novembro (2023) identifica como objetivos fundamentais das ERPI proporcionar cuidados permanentes e ajustados à condição das pessoas idosas, seguros, personalizados e humanizados, numa perspetiva holística, promovendo o envelhecimento ativo e saudável e incentivando o estabelecimento e manutenção de relações interpessoais, que visam a inclusão social e o combate ao isolamento. Na mesma medida, as ERPI têm ainda como missão contribuir para o acolhimento temporário de idosos, no âmbito do regime de descanso do cuidador informal e das altas hospitalares.

1.4 Ajudantes de ação direta no cuidado às pessoas idosas institucionalizadas

Portugal integra hoje a lista dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo, fruto de uma maior esperança média de vida, à qual se associam índices de dependência crescentes, em função do agravamento da morbilidade e da vulnerabilidade acrescida da população idosa (Sequeira, 2018). Envelhecer com saúde e preservar a autonomia e independência da população, surge assim como um desafio individual e coletivo à realidade do país (DGS, 2004).

Sequeira (2018) reitera que nas situações em que o envelhecimento se associa à dependência, urge criar as condições necessárias para que a assistência nas AVD seja garantida, promovendo a qualidade dos cuidados e dignidade da pessoa assistida. Esta assistência é, no caso dos idosos institucionalizados, garantida por uma rede de apoio formal, onde se incluem cuidadores pertencentes a uma equipa multiprofissional, na qual as AAD desempenham um papel fundamental.

No quadro legal português, a carreira de AAD é criada com a publicação do Decreto-Lei nº414/99 de 15 de outubro (1999), que descreve o seu conteúdo funcional e distingue-a de outras carreiras auxiliares. A mesma fonte esclarece que compete às AAD “trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar” (DL nº414/99 de 15 de outubro, 1999, p.6970).

Associamos o conteúdo funcional da carreira de AAD ao ato de *cuidar* da população idosa, entendendo neste âmbito cuidar como “promover a qualidade de vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação e condicionadas inúmeras vezes por um conjunto de fatores” (Chambel, 2016). Na definição apresentada, é integrado não só o apoio à satisfação das atividades básicas de vida diária (ABVD) como a higiene pessoal, vestuário, alimentação, locomoção/transferência e eliminação, mas também as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que garantem a gestão do ambiente onde a pessoa habita e onde se incluem atividades como preparar refeições, fazer tarefas domésticas ou auxiliar a toma de terapêutica (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011).

A carreira de AAD é alvo de atualização com a promulgação da Lei nº12-A/2008 de 27 de fevereiro (2008), que vem estabelecer o regime de vinculação e remuneração dos trabalhadores e é posteriormente integrada na categoria de assistente operacional no âmbito do programa de reformas da Administração Pública, expresso pelo Decreto-Lei nº121/2008 de 11 de Julho (2008).

No plano internacional, múltiplas denominações são também utilizadas para descrever esta categoria profissional. Não obstante, a WHO (2019) reconhece a terminologia utilizada pela *International Standard Classification of Occupations* (ISCO) como guia de classificação, onde são codificadas as categorias de “*health care assistants*” (código ISCO 5321) e “*home-based personal care workers*” (código ISCO 5322), enquanto grupos profissionais que asseguram cuidados de assistência às AVD de utentes num amplo contexto de prática, que integra hospitais, clínicas, estruturas residenciais, o domicílio do utente ou estruturas de cariz particular, sobre supervisão de outros profissionais de saúde ou seguindo usualmente um plano terapêutico por eles definido.

Atualmente, Portugal e muitos outros países constituintes da OECD confrontam-se com a escassez de AAD, uma categoria profissional maioritariamente constituída por mulheres (>90%), com idade média de 45 anos e onde cerca de 20% dos profissionais são de nacionalidade estrangeira (OECD, 2020).

Projeções levadas a cabo pela OECD (2020), que têm em conta o contínuo envelhecimento populacional e aumento da morbilidade, destacam que a necessidade de recrutamento de profissionais a trabalhar neste contexto terá de aumentar em 60% até 2040, desafio que exigirá o estabelecimento de políticas específicas para a sua concretização.

As limitações frequentemente associadas ao processo de recrutamento e retenção de AAD relacionam-se com a predominância de baixos salários, ausência de perspetivas de progressão na carreira, contratos frequentemente precários e a exigência de trabalho rotativo por turnos, a que se associam riscos para a saúde (nomeadamente ansiedade, *burnout* e síndrome depressivo), além da dificuldade na conciliação da vida pessoal/laboral e frequente insatisfação com a atividade desempenhada (Aicken et al., 2021; Briones-Peralta et al, 2020; OECD, 2020).

Além das causas supracitadas, identificam-se ainda como condicionantes de maior relevância a elevada carga laboral suportada por estas profissionais e o subsequente risco de problemas de saúde física e mental ao qual estão sujeitas, conducentes a situações de absentismo. Neste contexto, destacam-se não só os problemas de natureza músculo-esquelética em resultado das tarefas continuamente desempenhadas, mas também o impacto de situações de stress, sobrecarga emocional, violência ou assédio potencialmente experienciadas (OECD, 2020; Sousa, 2011).

De acordo com dados publicados pela OECD (2020), referentes aos países a esta entidade associados, apesar de a maioria das AAD a desempenhar funções em estruturas residenciais apresentarem como nível de escolaridade o ensino secundário (63%), uma

proporção superior a metade destes países não exige qualquer tipo de qualificação específica para acesso ao vínculo laboral, sendo o acesso a treino e formação deficitário.

Neste seguimento, torna-se imperativo criar condições promotoras da qualidade laboral e da formação disponibilizada à categoria profissional de AAD, investindo em novas estratégias de recrutamento, suportando programas de formação e procurando prevenir os impactos físicos e psicológicos associados ao exercício profissional (WHO, 2022). É essencial priorizar o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem o necessário aumento de profissionais disponíveis, com claro impacto sequencial na qualidade dos cuidados desenvolvidos.

1.5 Formação profissional das ajudantes de ação direta

O subcapítulo anterior torna evidente a carência de AAD requeridas para colmatar as necessidades de apoio à população idosa e alerta para a frequente ausência de qualificações exigidas para o desempenho profissional. A problemática apresentada assume uma maior relevância tendo em conta a crescente multimorbilidade e o seu impacto na alteração do perfil dos idosos institucionalizados, detentores de necessidades cada vez mais complexas, realidade para a qual as AAD não se encontram frequentemente preparadas (Guerra et al., 2019; OECD, 2020).

No seu dia-a-dia laboral, estas profissionais são confrontadas com situações de urgência/emergência, manipulação de dispositivos médicos que requerem conhecimentos sobre a sua segurança e correta utilização, assim como com a responsabilidade de assegurar a continuidade de cuidados por vezes de elevada especificidade (OECD, 2020).

A atual legislação portuguesa, que inclui a promoção do envelhecimento ativo e saudável como requisito ao funcionamento das ERPI (Portaria nº349/2023 de 13 de novembro, 2023), condiciona a presença de conhecimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, assim como deteção precoce de potenciais ameaças e gestão da doença crónica, como requisitos para a qualidade do cuidado à população idosa (WHO, 2022). No entanto, não possuindo na sua maioria qualificações específicas para o exercício profissional, as AAD, que constituem o grupo profissional mais expressivo a trabalhar nestes equipamentos, apresentam múltiplas lacunas no seu potencial para contribuir para o alcance destes objetivos (OECD, 2020; WHO, 2022).

De forma a colmatar os problemas identificados e a melhor preparar os profissionais para a sua prestação, o desenvolvimento de formação apresenta-se como intervenção essencial (WHO, 2022).

Define-se formação profissional como “o processo global e permanente de aquisição e desenvolvimento de competências exigidas para o exercício de uma atividade profissional ou para a melhoria do desempenho, promotor da valorização e do desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores” (DL n.º86-A/2016 de 29 de dezembro, 2016, p.5142-34). De acordo com a mesma fonte, as competências adquiridas envolvem a mobilização de conhecimentos, aptidões e atitudes, que se observam posteriormente na prática e se alinham com os objetivos das organizações.

A preocupação com a necessidade de formação de profissionais de saúde é desde há décadas tornada um tópico de relevância no palco internacional, com a Declaração de Alma Ata (1978) a manifestar a responsabilidade dos governos sobre a promoção da formação e treino de recursos humanos em saúde (WHO, 1978). À sua semelhança, também a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2020), no artigo 14.º, vincula o direito à educação e formação profissional contínua (*European Commission [EC], 2020*).

Em Portugal, este direito é tornado explícito pela Lei de Bases da Saúde (2019), que na base 28 define o conceito de profissional de saúde, no qual se incluem as AAD e reforça o seu direito no acesso à formação e aperfeiçoamento profissional (Lei n.º95/2019 de 4 de setembro, 2019).

Também o Código do Trabalho (2009), no artigo 6.º, reforça o dever do Estado na garantia do acesso e apoio ao desenvolvimento da formação profissional e no artigo 131.º legisla as condições de desenvolvimento da formação contínua, estabelecendo o direito do trabalhador a usufruir anualmente de um número mínimo de 35 horas de formação (Lei n.º7/2009 de 12 de fevereiro, 2009).

No contexto das ERPI, a Portaria n.º349/2023 de 13 de novembro (2023) reforça, no artigo 12.º, o investimento na formação enquanto condição de organização e funcionamento destes equipamentos, sendo que os trabalhadores deverão ter garantido o acesso à frequência de formação inicial e contínua, preferencialmente em contexto de trabalho e devidamente ajustada à sua categoria profissional e funções desempenhadas.

Importa esclarecer, no enquadramento das afirmações até aqui partilhadas, que a formação contínua se desenvolve ao longo da carreira profissional dos trabalhadores, integrando todas as formas de aprendizagem e valorizando os conhecimentos e competências adquiridos em processos prévios, promovendo a contínua e também autónoma aprendizagem

ao longo da vida, com transposição do saber para o meio laboral (DL n°86-A/2016 de 29 de dezembro, 2016).

Ao ser privilegiado o contexto de trabalho enquanto ambiente onde se desenvolve a formação, Aicken et al. (2021) atestam a possibilidade de desenvolvimento de um processo de aprendizagem que seja relevante e realista, ajustado ao papel desempenhado, à experiência e prática dos profissionais, permitindo a sua participação ativa. É incentivada a reflexão contínua, individual e em grupo, sobre as atividades realizadas na prática, atitudes, sentimentos e conflitos vivenciados, potenciando o desenvolvimento pessoal e profissional.

A aprendizagem, enquanto processo que se desenvolve no decorrer do ciclo vital, pode acontecer em contexto formal, não formal ou informal, apresentando variações na intencionalidade com que ocorre, assim como na sua estruturação (DL n°86-A/2016 de 29 de dezembro, 2016).

Quando nos referimos à aprendizagem específica do adulto, é necessário compreender que o investimento no desenvolvimento de novos conhecimentos e competências exige frequentemente a necessidade de conciliar múltiplas obrigações, compromissos e responsabilidades, o que poderá comprometer a adesão à formação (*European Education and Culture Executive Agency [EACEA], 2022*).

A EACEA (2022), no relatório “Educação e Formação de Adultos na Europa”, expõe que os adultos participam essencialmente em cursos de formação não formais de curta duração, pois a aprendizagem formal, através da qual é possível obter uma qualificação, requer um investimento de tempo em muito superior.

O trabalho de Malcolm Knowles (1980), introdutor do conceito de andragogia, enquanto arte e ciência de ajudar os adultos a aprender, opõe-se ao conceito de pedagogia e torna o aprendiz, neste caso o adulto, no ator principal do processo de aquisição de competências, exigindo um ambiente de aprendizagem ajustado às suas necessidades, experiências e motivações específicas, com foco na aprendizagem baseada na experiência e no potencial de aplicação prática dos saberes adquiridos.

A aplicação do modelo andragógico à formação profissional representa um importante contributo na compreensão das necessidades específicas manifestadas pelos formandos, permitindo a implementação de estratégias facilitadoras.

Na procura de tornar a formação profissional contínua mais atrativa e aumentar a motivação e compromisso dos trabalhadores face à mesma, deverão ser adotadas medidas que proporcionem uma aprendizagem flexível, onde a aprendizagem à distância poderá considerada. Dever-se-ão ainda implementar atividades de sensibilização dos profissionais

para os benefícios da formação, criando condições facilitadoras para a participação dos mesmos, nas quais a coadunação do cronograma formativo ao horário dos formandos representa um elemento essencial (EACEA, 2022; Zhao et al., 2022).

Briones-Peralta et al. (2020) enunciam que no caso da formação ministrada a profissionais que cuidam de idosos em estruturas residenciais, o recurso a técnicas como o *roleplaying*, *brainstorming*, discussão em grupo e técnicas de relaxamento, em associação aos conteúdos programáticos, constituem importantes facilitadores da aprendizagem através da promoção de grupos de interação e da possibilidade de relacionar experiências e conhecimento adquiridos previamente, com novo conhecimento.

Na perspetiva de Zhao et al. (2022), exercícios de prática simulada e a utilização de vídeo apresentam-se também como recursos de aprendizagem de relevante valor no processo formativo das AAD, ao possibilitarem a demonstração prática das habilidades apreendidas, sendo promovida a aproximação ao contexto real dos formandos, a prática reflexiva e aprendizagem junto dos pares.

Miranda et al. (2019) reforçam a importância do investimento na formação de AAD em ERPI como imperativo para a melhoria do desempenho profissional, com obtenção, de acordo com o trabalho de Sousa (2011), de claros contributos na produtividade dos trabalhadores, na sua motivação e satisfação profissional, melhoria da comunicação interna e resolução de problemas do quotidiano, que terão um direto impacto na qualidade dos cuidados desenvolvidos e como tal, no bem-estar da população idosa.

1.6 O Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O desenvolvimento de teorias em Enfermagem, processo com maior expressão a partir da década de 1950, veio contribuir de forma significativa para o progresso da disciplina e do ensino, assim como suportar a prática através de um corpo de conhecimentos próprio, que legitima o reconhecimento da Enfermagem como disciplina e ciência (Bergdahl & Berterö, 2023; Meleis 2018).

Com impacto na investigação, na formação e na prática clínica de Enfermagem, as teorias permitem a fundamentação da prática e apoiam a tomada de decisão, através da construção de uma linguagem profissional comum, clara e significativa (Lacerda et al., 2024; Watson, 2017).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995), cujo desenvolvimento teve início em 1970, sendo publicado pela primeira vez em 1972 e posteriormente alvo de

revisões suplementares, inspira-se na Teoria Geral dos Sistemas, Teoria de Gestalt e nas perspectivas filosóficas de deChardin e Marx enquanto fontes teóricas (Alligood & Tomey, 2002).

Assenta no conceito de cliente, que pode ser definido como pessoa, família, grupo ou comunidade, enquanto sistema aberto e dinâmico, um todo cujas partes estão em permanente interação entre si e com o ambiente, sendo constituído por múltiplas variáveis que o influenciam: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Privilegia assim o conceito de totalidade e uma abordagem holística do cuidado (Alligood & Tomey, 2002; Neuman & Fawcett, 2011).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman apresenta o sistema cliente como um conjunto de círculos concêntricos que se expandem a partir de um núcleo, a estrutura básica, incluindo esta os fatores básicos de sobrevivência/recursos de energia do cliente e cuja proteção é assegurada pelas linhas de defesa e resistência (Neuman & Fawcett, 2011).

É na interação com o ambiente, compreendido como “as forças internas e externas que afetam e são afetadas pelo cliente” (Alligood & Tomey, 2002, p.338), que surgem os *stressors* enquanto forças indutoras de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema, podendo ter etiologia intrapessoal, interpessoal ou extrapessoal (Neuman, 1995). Ao contactar com um *stressor*, as linhas de resistência e defesa atuam na procura de manutenção da homeostase do sistema-cliente.

As linhas de resistência, as mais próximas da estrutura básica, representam os recursos mais profundos do sistema, que permitem a sua defesa do impacto de um *stressor*, ativando-se mediante o potencial da ameaça poder ultrapassar as linhas normal e flexível de defesa. No caso de ineficácia da resposta das linhas de resistência, o risco de morte do sistema será considerado (Neuman, 1995).

Já a linha de defesa normal representa o estado de habitual bem-estar do sistema, sendo preservada ao longo do tempo e funcionando como um padrão que permite a identificação de desvios que ameacem a estabilidade. Esta linha de defesa inclui variáveis comportamentais do cliente, onde se incluem os mecanismos de *coping* adquiridos, o estilo de vida e estágio de desenvolvimento e a sua quebra induz o aparecimento de sinais e sintomas de doença. (Alligood & Tomey, 2002; Neuman, 1995).

A linha de defesa flexível, o limite mais externo e que representa o primeiro obstáculo à ação de *stressors*, constitui uma barreira dinâmica e com potencial de rápida alteração no tempo, sendo frequentemente interpretada como produtora de efeito acordeão face à ameaça

e que visa impedir que os *stressors* ultrapassem o normal estado de bem-estar do sistema-cliente, representado pela linha de defesa normal (Alligood & Tomey, 2002; Neuman, 1995).

Na perspectiva do modelo apresentado, a saúde é interpretada como um estado dinâmico de equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, sendo que na ausência desse equilíbrio, com a rutura das barreiras de defesa, ocorre a doença e potencial morte (Oliveira et al., 2024).

Através da interpretação dos quatro conceitos metaparadigmáticos (Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem) à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, Oliveira et al. (2024) esclarecem que a meta do cuidado de enfermagem é auxiliar o sistema-cliente a atingir e manter o equilíbrio adequado por meio de intervenções apropriadas, realizadas de forma intencional quando o sistema cliente interage ou corre o risco de interagir com *stressors* (Neuman & Fawcett, 2011). É neste âmbito que é introduzida a prevenção como base da intervenção de Enfermagem, podendo esta desenvolver-se em três níveis: primária, secundária ou terciária.

Na prevenção primária, a intervenção ocorre quando o fator de risco é identificado, não tendo ainda existido uma reação por parte do sistema e desenvolve-se através do fortalecimento da linha flexível de defesa, diminuindo a possibilidade de reação ou melhor preparando o sistema-cliente para o combate ao *stressor*. Na prevenção secundária, onde o contacto com o *stressor* já ocorreu e são manifestados sinais e sintomas desta interação, a intervenção pretende o fortalecimento das linhas de resistência, utilizando os recursos internos e externos do sistema para estabilização do mesmo. Já a prevenção terciária visa o estabelecimento de ajustes na proteção da reconstituição do sistema, procurando a sua estabilidade ótima e reforçando-o para evitar novas ocorrências (Neuman, 1995; Neuman & Fawcett, 2011).

A ação principal dos profissionais de saúde é sumarizada por Jeremias e Rodrigues (2011) como a intervenção nos diferentes níveis de prevenção, de modo a impedir que os *stressors* ultrapassem as linhas de defesa e resistência do sistema, fortalecendo-as de modo a potenciar a gestão das fontes de *stress* e a permitir o rápido restabelecimento do equilíbrio saudável, com o mínimo de danos associados.

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE

O projeto de intervenção comunitária explanado no presente documento utilizou a Metodologia do Planeamento da Saúde (MPS) desenvolvida por Imperatori e Giraldes (1993). Na perspetiva destes autores, o planeamento em saúde é encarado como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Já Pineault e Daveluy (1987) sugerem a definição de planeamento em saúde como:

“um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários para conseguir determinados objetivos segundo uma ordem de prioridades estabelecida, permitindo eleger a ou as soluções ótimas entre muitas alternativas, tendo em conta o contexto de dificuldades internas e externas, conhecidas atualmente ou previsíveis no futuro” (p.14).

Mediante atestado por Rodrigues (2021), o objetivo principal do planeamento em saúde é contribuir para a melhoria do nível de saúde da população, tendo em conta os conhecimentos atuais e os recursos disponíveis. Implica assim uma relação de causalidade entre a ação pretendida e os resultados que se pretendem alcançar, apresentando um carácter prospetivo (Pineault & Daveluy, 1987; Tavares, 1990).

Deverá ser interpretado como um processo contínuo e dinâmico, passível de reajuste e reformulação, onde as suas etapas não são estanques (Imperatori & Giraldes, 1993). A flexibilidade definidora do planeamento em saúde permite a sua adaptação contínua à realidade, constituindo este um fator determinante do seu sucesso.

Tavares (1990) acrescenta ainda a relevância do planeamento em saúde no processo de gestão, enquanto parte integrante da tomada de decisão. Neste âmbito, podemos compreender o planeamento como uma atividade consciente e intencional, que se alinha com os objetivos organizacionais (Rodrigues, 2021).

2.1 Diagnóstico da situação

A primeira etapa desenvolvida tendo por referência a MPS é o diagnóstico da situação, explicitado por Rodrigues (2021) enquanto etapa que pretende caracterizar o perfil

de saúde de uma população, comunidade ou grupo, permitindo a identificação dos seus problemas e necessidades.

Na ótica de Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico da situação permite justificar as atividades realizadas, assumindo também a função de padrão de comparação no momento de avaliação, revelando-se um elemento central na tomada de decisão. Deverá corresponder às necessidades de saúde da população, refletindo a sua concordância com essas necessidades a pertinência do plano, programa ou atividades implementadas.

A importância da identificação dos problemas emergentes e necessidades da população é reiterada por Tavares (1990), sendo neste contexto imprescindível realizar a distinção entre os dois conceitos em causa, enquanto facilitador da compreensão da etapa descrita.

Segundo Pineault (2016), um problema de saúde diz respeito a um estado de saúde considerado deficitário pelo indivíduo, profissional de saúde ou comunidade. Já a necessidade de saúde representa, para o mesmo autor, uma lacuna a preencher entre a situação real de saúde observada e a situação desejada, traduzindo os esforços a realizar para que a situação identificada como problema seja solucionada.

No seguimento do supracitado, o diagnóstico da situação assume uma posição central no âmbito da prática focada na população, cujas atitudes, opiniões e crenças em relação à saúde, são determinantes no processo de planeamento (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tavares (1990) evidencia algumas das características essenciais ao diagnóstico da situação, nomeadamente que este seja sucinto, mas suficientemente aprofundado, alargado, rápido, claro e que responda não só às necessidades do processo de planeamento, mas também aos objetivos institucionais onde o seu desenvolvimento ocorre.

2.1.1 Contextualização do local de intervenção

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido decorreu no âmbito do estágio final realizado entre 6 de setembro e 19 de dezembro de 2024, numa USP integrante de uma ULS da AML, cuja área de influência abrange dois concelhos limítrofes.

A ULS em questão inclui na sua matriz organizacional um hospital de referência, ao qual se adicionam, enquanto respostas disponíveis em cuidados de saúde primários: 27 Unidades de Saúde Familiar (USF), 10 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 6 Unidades de Cuidados Continuados (UCC), 1 USP e 2 Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP) (Ministério da Saúde [MS], 2024).

A USP apresentava, à data de início do mesmo, uma equipa multiprofissional constituída por 9 médicos, 8 médicos internos de formação específica em saúde pública, 11 enfermeiros, 11 secretários clínicos, 1 técnico superior de medicina dentária e 19 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 14 destes na área de saúde ambiental e 5 em higiene oral (MS, 2024).

O seu início de atividade ocorreu a 1 de janeiro de 2024, enquadrado no desígnio do Decreto-Lei nº102/2023, que procedeu à criação de novas ULS e resulta da fusão de duas USP anteriormente distintas, que operam agora em articulação em dois polos, sendo cada um deles sediado num dos concelhos que integram a área de influência da ULS. Apesar de pertencentes à mesma unidade funcional e de atuarem em coordenação, cada um dos polos procura dar resposta à população do concelho onde se encontra sediado.

No sentido de uma maior compreensão do contexto de intervenção e das eventuais necessidades da população, foi realizada no início do estágio uma caracterização sociodemográfica do concelho onde se encontra sediado o polo A da USP (local de estágio), através da análise de documentação e indicadores sociodemográficos de relevância.

Neste enquadramento, o polo A da USP encontra-se localizado num concelho da AML com uma área estimada de 23,79 km², constituído por um total de seis freguesias. A sua densidade populacional de 7338,6 habitantes/km² em 2022, a maior a nível nacional, superava significativamente o valor verificado na AML (961,7), com uma população residente de 174.511 habitantes e onde a população migrante mantém elevada representatividade, com uma taxa de crescimento migratório de 0,74% (superando a taxa da AML de 0,66%) (INE,2023).

No concelho em questão, a taxa de natalidade de 10.6% em 2022, superior ao valor médio nacional de 8% e da AML de 9.8%, traduz a presença de uma população mais jovem, onde o número de nados vivos superou sempre o número de óbitos entre 2019 e 2022 (com exceção de 2020) (INE, 2023).

No que respeita à população idosa, apesar da interpretação do índice de envelhecimento local não corroborar diretamente a tendência nacional, apresentando um valor em 2022 de 154,1 e portanto significativamente inferior ao observado a nível nacional (185,6), o índice de dependência de idosos verificado (36,2), superior à média da AML (34,9), torna possível compreender a importância da valorização da população idosa e intervenção que vise, direta ou indiretamente, o alcance de ganhos em saúde para a mesma (INE, 2023).

Mediante dados publicados por um relatório da Câmara Municipal local em 2014, a baixa escolaridade, precariedade laboral e baixos salários constituem problemas sociais de elevada magnitude no concelho, com impacto direto sobre a sua população, características que permanecem inalteradas à data (INE, 2023). O mesmo documento alerta ainda para a presença de grupos com vulnerabilidade acrescida no concelho, nomeadamente habitantes em bairros degradados e de realojamento e a existência de bolsas de pobreza.

Na procura de responder a uma população de elevada heterogeneidade, a USP descreve como missão o planeamento e organização de atividades no âmbito “da proteção e promoção da saúde, designadamente no que se refere a grupos populacionais em situações de vulnerabilidade e problemas de grande impacto social, visando a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção” (USP, 2022, p.5).

À data de realização do estágio, o Plano Local de Saúde 2024-2028 da ULS, um documento estratégico de base populacional e simultaneamente instrumento de gestão, cuja elaboração cabe à USP mediante articulação com os parceiros da comunidade, encontrava-se ainda em desenvolvimento, à semelhança do seu Plano de Ação.

Assim, na procura de aferir perceções relativamente aos principais problemas e necessidades da população e eventuais carências emergentes de projetos anteriormente implementados ou em implementação pela USP, foi desenvolvida uma reunião no dia 16 de setembro de 2024 com a Enf.^a orientadora clínica, onde foi debatida a necessidade de intervir no incremento da formação de AAD em ERPI, enquanto área de relevância já identificada previamente pela equipa.

A intervenção de enfermagem na área enunciada alinha-se com as responsabilidades conferidas às USP pelo Decreto-Lei nº137/2013 de 7 de outubro (2013) que determina que, na área geodemográfica na qual se inserem, é da competência das unidades funcionais referidas:

“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” (p.6050).

A nível local, a USP executa as competências enunciadas através da realização de auditorias às ERPI da sua área de influência, assim como na promoção da formação dos seus trabalhadores, enquanto entidade formadora (USP, 2022).

2.1.2 População e amostra

Stanhope e Lencaster (1987) definem população como um conjunto de indivíduos que partilham uma ou mais características individuais.

Do conceito de população emerge sequencialmente o de população-alvo, enquanto conjunto de indivíduos que correspondem aos critérios de seleção definidos previamente e que permitem a realização de generalizações (Fortin, 2009).

No âmbito do projeto, foram selecionadas três ERPI de entre os doze equipamentos desta tipologia existentes no concelho onde se encontra sediado o polo A da USP, codificadas como ERPI 1, ERPI 2 e ERPI 3. Apesar de constituírem equipamentos distintos, sendo cada uma delas dirigida localmente por uma diretora- técnica, operam de forma coordenada e estão subjugadas à mesma entidade principal, partilhando a sua missão, valores e características organizacionais.

A escolha das três ERPI referidas recaiu sobre a sua elevada representatividade quer no número total de idosos institucionalizados (180), quer no número de AAD (66) à data de início do estágio, assim como na sua acessibilidade geográfica.

No sentido de obter a autorização institucional para a implementação do projeto de intervenção comunitária, foi realizado um primeiro contacto não presencial (telefónico) com a direção técnica de cada ERPI, para apresentação da mestrandia e do projeto a desenvolver, no dia 27 setembro 2024, ao qual se seguiu o envio formal (via email) do pedido de autorização e colaboração das instituições no desenvolvimento do projeto (Apêndice II).

O pedido teve parecer favorável (Anexo I), sendo que a diretora técnica da ERPI 1, enquanto responsável pela direção técnica das ERPI 2 e 3, viabilizou a execução do projeto nas três instituições.

Obteve-se uma população-alvo de 66 AAD, cujos critérios de inclusão definidos abrangeram todas as AAD, independentemente da sua idade, sexo ou tipologia de vínculo laboral, que cuidassem de idosos no contexto das ERPI selecionadas e aceitassem participar no projeto de intervenção comunitária.

O processo de amostragem foi realizado de forma não probabilística por conveniência, onde se assume como amostra um conjunto de indivíduos enquanto representantes da população (Tavares, 1990), neste caso constituída por indivíduos “facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009, p.321) e que integra no âmbito do projeto 53 AAD, cujas características serão apresentadas nos capítulos seguintes.

2.1.3 Métodos e técnicas utilizados

Na procura de dar continuidade ao diagnóstico da situação foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados distintos, posteriormente analisados em complementaridade.

Pineault e Daveluy (1987) destacam a importância do uso combinado de técnicas de identificação de problemas e necessidades, no estudo de um mesmo fenómeno.

No projeto de intervenção desenvolvido, as duas abordagens selecionadas foram a pesquisa de consenso, mais especificamente a aproximação por informadores-chave, nomenclatura segundo a qual é reconhecida por Tavares (1990) e o uso do questionário.

A primeira abordagem, a aproximação por informadores-chave, consistiu na realização de uma entrevista pessoal a cada elemento considerado perito na área em estudo, procurando conhecer as suas perceções sobre a temática (Tavares, 1990).

Neste sentido, foram considerados como informadores-chave as três diretoras técnicas das ERPI e ainda o enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem na ERPI 1.

Em conformidade com a proposta de Tavares (1990) para a utilização da técnica enunciada, procedeu-se à realização de um contacto com cada informador-chave, via email, onde foram explicitados os objetivos da entrevista a realizar, solicitada a sua colaboração e realizado o agendamento.

Simultaneamente, foram elaborados os guiões das entrevistas semiestruturadas a realizar, disponíveis para consulta em Apêndice III (dirigida a diretoras técnicas) e Apêndice IV (aplicada ao enfermeiro responsável ERPI 1), assim como redigido o termo de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice V) a facultar à data de realização das entrevistas, onde se inclui a apresentação sumária do projeto e os seus objetivos, a finalidade da entrevista e método de tratamento posterior da informação, com vista ao respeito pela sua privacidade e confidencialidade. Foi ainda solicitada autorização para a gravação em áudio das entrevistas, para futura transcrição e análise.

Fortin (2009) destaca a preservação do respeito pela pessoa em qualquer que seja a tipologia de estudo a realizar, cabendo ao investigador cumprir de forma rigorosa um conjunto de procedimentos éticos que assegurem esse requisito.

Stanhope e Lencaster (1999) colocam os princípios éticos da beneficência e autonomia no centro da prática da Enfermagem Comunitária, intimamente relacionados com o respeito pelos indivíduos e sua liberdade de ação e decisão, assim como a proteção da sua privacidade, princípios salvaguardados pelos procedimentos éticos implementados.

À data acordada para realização das entrevistas com as diretoras técnicas, foi solicitado pelas mesmas que o seu desenvolvimento ocorresse de forma simultânea nas instalações da ERPI 1, dado o trabalho articulado entre os três equipamentos, que envolve a normal partilha de informações, características similares e aproveitando a reunião de coordenação que iria ocorrer nessa data como momento oportuno.

Face à solicitação descrita, foi então adequada a metodologia utilizada e substituída a realização individual de entrevistas semi-estruturadas a cada diretora técnica (anteriormente planeada), pelo suporte na metodologia de *focus group*, de forma a possibilitar a resposta de todos os intervenientes, no mesmo momento.

Através da utilização do *focus group*, possibilita-se a discussão e partilha entre os intervenientes de perceções relativas a um tema comum, sob sugestão de um moderador, contribuindo para a compreensão de um fenómeno de interesse (Krueger & Casey, 2009; Santos et al., 2016). A sua realização decorreu no dia 3 de outubro de 2024 e contou com a presença das diretoras técnicas das ERPI 1 e 2 (diretora técnica da ERPI 3 ausente).

A entrevista individual realizada ao enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem na ERPI 1 ocorreu nas instalações dessa mesma instituição, no dia 8 de outubro de 2024.

Os nomes dos participantes foram codificados respetivamente como entrevistado 1 (diretora técnica da ERPI 1), entrevistado 2 (diretora técnica da ERPI 2) e entrevistado 3 (enfermeiro responsável ERPI 1), de forma a salvaguardar a sua privacidade e confidencialidade dos dados e recolhidos os termos de consentimento informado livre e esclarecido devidamente assinados.

A segunda abordagem utilizada para identificação de problemas e necessidades dirigiu-se à população-alvo, as AAD das ERPI 1, 2 e 3, com aplicação de um questionário.

A utilização de questionários é, na perspetiva de Tavares (1990), uma técnica de identificação de problemas e necessidades útil, que através da utilização de uma amostra da população, fornecem o acesso a informações válidas e fiáveis, tendo por objetivo “recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.” (Fortin, 2009, p. 380).

Neste enquadramento, foi utilizado um questionário originalmente desenvolvido pela Sr.^a Enfermeira e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária Sofia Alexandra Sousa da Mata Brites Militar (2012) e posteriormente adaptado pela Sr.^a Enfermeira e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária Dominique Suzana Monteiro da Veiga Fernandes (2023).

De forma a cumprir os procedimentos éticos associados, foi dirigido um pedido de autorização para a sua utilização quer à autora original (Apêndice VI), quer à autora da versão adaptada (Apêndice VII), ambos com parecer favorável (Anexos II e III).

A versão utilizada no projeto desenvolvido foi a adaptação efetuada em 2023, na qual, de forma a procurar não desvirtuar o trabalho previamente realizado, foi mantida a sua estrutura inalterada, rasurando-se as questões que não foram consideradas de relevância no âmbito do projeto.

O questionário aplicado (Apêndice VIII) inclui instruções claras sobre a forma de responder a cada tipologia de questão, exigência reforçada por Fortin (2009) e divide-se em três partes fundamentais.

Na parte A, procura através de 12 questões fechadas (dicotómicas sim/não ou escolha múltipla) e uma questão complementar aberta, realizar a caracterização sociodemográfica da população-alvo.

Na parte B, procura-se a avaliação das necessidades de formação das AAD através do preenchimento, com recurso a uma escala de *Likert* com 5 pontos, do nível de dificuldade percebido na execução de 37 atividades, que se dividem em 5 dimensões-chave na prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência (higiene e conforto, alimentação, eliminação, segurança e comunicação), intimamente relacionadas com a satisfação das AVD.

Por último, a parte C, foca a opinião das AAD relativamente à importância da formação na sua atividade profissional, integrando 3 questões fechadas (escolha múltipla) e uma questão aberta, a última que permite a realização de sugestões relativamente a áreas temáticas a abordar em futuras ações de formação.

Consideraram-se de resposta obrigatória todas as questões fechadas apresentadas, sendo a réplica às questões de resposta aberta de caráter voluntário.

Previamente à distribuição dos questionários procedeu-se à realização do pré-teste, através da aplicação do instrumento de colheita de dados a 4 AAD que partilham as características da população-alvo, etapa considerada por Tavares (1990) de grande relevância, permitindo a precoce deteção de erros e ambiguidades nas questões formuladas. Após aplicação do pré-teste, realizado com a presença da mestrande tendo em vista o potencial esclarecimento de dúvidas, não foi detetada a necessidade de reformular qualquer questão.

A distribuição dos questionários às AAD decorreu no dia 17 outubro de 2024 (presencialmente pela mestrande e também através da disponibilização posterior pelas

diretoras técnicas aos profissionais ausentes nessa data) e a recolha da sua totalidade nas três ERPI deu-se no dia 28 de outubro de 2024.

Foi dada a possibilidade de preenchimento pelos profissionais no decorrer deste período, no seu domicílio ou em contexto laboral, procurando abranger o maior número possível de AAD e facilitando eventuais constrangimentos à sua aplicação presenciada, nomeadamente indisponibilidade laboral, ausência por férias ou folgas e horário rotativo da maioria dos profissionais. Foi, contudo, disponibilizado o contacto (email) da mestranda, de forma a possibilitar qualquer esclarecimento de dúvidas necessário.

Associada à distribuição dos questionários, foi facultado o termo de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice IX), que salvaguarda a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados colhidos. Às AAD presentes nas instituições à data de distribuição, foi presencialmente explicada a finalidade e objetivos do projeto, realizado o convite à sua participação, salientando o seu caráter anónimo e voluntário, com possibilidade de interrupção em qualquer momento e sem qualquer contrapartida. Aos elementos ausentes, a informação fornecida pôde ser consultada por escrito no termo de consentimento entregue.

Toda a documentação foi disponibilizada em formato impresso (papel) de forma a facilitar o seu preenchimento por elementos que não tivessem acesso a formas de comunicação digital ou apresentassem maior dificuldade na sua utilização.

Os questionários foram preenchidos sob anonimato e colocados pelas AAD num envelope selado, sendo os destacáveis do termo de consentimento informado recolhidos em separado, não permitindo a associação do respetivo termo, com o questionário correspondente.

Procedeu-se posteriormente à codificação de cada questionário com um número, de forma a possibilitar o tratamento dos dados, cujo acesso foi exclusivo da mestranda, encontrando-se armazenados por um período definido para possível consulta pela mesma, sendo posteriormente destruídos.

2.1.4 Apresentação, análise e discussão dos resultados

O tratamento e análise da informação obtida pelo *focus group*/entrevistas realizadas aos informadores-chave, foi concretizada através da análise de conteúdo, com recurso ao cumprimento das etapas sugeridas por Bardin (1977).

Numa primeira fase, a pré-análise, procedeu-se à transcrição do conteúdo do *focus group*/entrevistas realizadas e guardadas em formato áudio, para texto (cujo conteúdo foi posteriormente devolvido aos peritos), à qual se seguiu a sua leitura, permitindo aceder a um *corpus* de análise.

Seguiu-se a fase de exploração do *corpus* de análise para a sua codificação e categorização, utilizando as unidades de registo (tema), contexto (resposta) e enumeração, com explicitação da sua frequência. Na última etapa, foi realizada a interpretação dos resultados obtidos por processo de inferência (Bardin, 2018).

O quadro abaixo representado sumariza a categorização realizada, estando a matriz de análise disponível para consulta no Apêndice X.

Quadro 1- Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

Unidade de Registo (Tema)	Categoria	Subcategoria
Caraterização do Contexto	Perfil de saúde dos utentes institucionalizados	Grau de dependência nas AVD
		Principais Patologias Presentes
Perceção dos informadores-chave relativamente às necessidades formativas das AAD	Perfil da equipa de AAD	Características do grupo de AAD
	Relevância da formação no processo de recrutamento e exercício profissional	Pré-requisitos para admissão
		Formação inicial
		Formação contínua
	Formação em contexto de trabalho já desenvolvida	Alimentação
		Eliminação
	Áreas de formação consideradas prioritárias	Avaliação de glicémia e insulino-terapia
		Controlo de Infecção
		Resposta a situações urgência/emergência
		Posicionamentos e Transferências
Alimentação		
Cuidado em Fim de Vida/ Luto		
Comunicação		
Dificuldades comunicadas pelas AAD	Relação com processo de saúde-doença do utente	Alimentação
		Posicionamentos
		Técnicas/manutenção de dispositivos
		Resposta a situações urgência/emergência

No âmbito da caraterização do contexto de intervenção, o primeiro tema explorado, os informadores-chave caraterizam o perfil de saúde dos utentes como mais complexo, com detenção de maior nível de dependência nas AVD e com elevada prevalência de doenças neurológicas e crónicas não transmissíveis. As afirmações supracitadas validam a concordância entre a perceção dos peritos e os achados da *scoping review* realizada, nomeadamente através do trabalho de Briones-Peralta et al. (2020), Pinazo-Clapés et al. (2020) e Zhao et al. (2022).

Já no perfil da equipa de AAD e relevância da formação no processo de recrutamento, é partilhada pelos informadores-chave a ausência de qualquer pré-requisito de formação

específica exigida aos candidatos e a presença de baixos níveis de literacia em saúde no seio do grupo profissional de AAD, percepção que se alinha com os resultados obtidos pela *scoping review* e evidenciados no artigo elaborado por Aicken et al. (2021).

No que se refere à relevância da formação no exercício profissional, integrante do segundo tema explorado, é reforçada pelos informadores-chave a valorização da experiência profissional prévia, estando a formação inicial maioritariamente subjugada a um processo de integração no local realizado por pares.

Relativamente à formação contínua, a entidade principal que aglomera as três ERPI selecionadas desenvolve um plano de formação interno anual, no qual se procura a integração de todos os profissionais. Em paralelo a este, a formação em contexto de trabalho é também assegurada pela colaboração dos enfermeiros que exercem funções em cada ERPI, assim como pelo apoio de parceiros externos, nos quais se inclui a USP.

Ainda no espaço da percepção dos informadores-chave relativamente às necessidades formativas das AAD, destacam-se como áreas de formação consideradas prioritárias: o controlo de infeção; resposta a situações de urgência/emergência; posicionamentos e transferências (na ótica do utente e do profissional); alimentação; cuidado em fim de vida/luto e comunicação.

Através da análise do último tema, as dificuldades manifestadas pelas AAD aos peritos do contexto, foi possível observar a concordância da maioria das dificuldades comunicadas, com as necessidades formativas percecionadas pelos informadores-chave, às quais acresce a dificuldade exposta pelas AAD na realização de técnicas/manutenção de dispositivos.

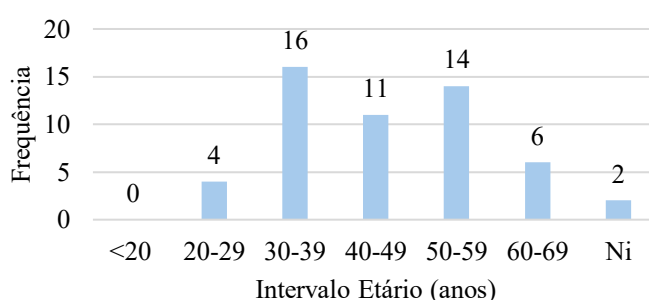
A apresentação e análise dos dados que emergem do preenchimento dos questionários de avaliação de necessidades de formação das AAD foi realizada com recurso à estatística descritiva, detalhando a resposta às variáveis qualitativas e quantitativas presentes e expondo os principais resultados em gráficos e tabelas de frequência, aos quais se associou o cálculo das medidas de tendência central e dispersão das variáveis numéricas, quando relevantes.

De uma população-alvo constituída por 66 AAD das 3 ERPI selecionadas, responderam ao questionário aplicado 53, que constituem a amostra em análise, verificando-se uma taxa de adesão de 80,30%. Foi considerada válida a totalidade dos questionários preenchidos, mediante recolha de igual número de termos de consentimento informado devidamente assinados e resposta a todas as questões fechadas colocadas. A análise detalhada dos resultados poderá ser consultada em Apêndice XI.

Os questionários foram analisados inicialmente com subdivisão por ERPI, sendo que por não existirem diferenças significativas nos seus resultados, foram posteriormente analisados no seu conjunto. Os dados expostos no presente documento refletem a análise da totalidade da amostra (n=53).

No que respeita à primeira parte do questionário aplicado (parte A) e que nos remete para a caracterização sociodemográfica da amostra, é possível atestar a partilha de características definidoras da população de AAD referidas no enquadramento do projeto e nos resultados da *scoping review* elaborada, com os resultados obtidos.

Gráfico 1- Distribuição gráfica da amostra em relação à idade



A amostra é constituída por 53 elementos do sexo feminino (100%), com idade média de 44,45 anos, onde a idade mínima apresentada é 22 anos e máxima de 67 anos. A faixa etária predominante é a dos 30-39 anos (n=16; 30,19%). O desvio padrão, situado nos 12,02 e inferior à média, traduz a sua homogeneidade.

Tabela 1- Distribuição das AAD em relação à nacionalidade

Nacionalidade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Portuguesa	33	62,26%
Cabo Verdiana	8	15,09%
Brasileira	4	7,55%
Guineense	3	5,66%
São Tomense	2	3,77%
Romena	1	1,89%
Dupla Nacionalidade	2	3,77%
Total	53	100%

No que respeita à nacionalidade, verifica-se que a maior representatividade reside na nacionalidade portuguesa (n=33; 62,26%), sendo relevante a presença de cinco outras nacionalidades, quatro das quais de língua oficial portuguesa.

Relativamente ao estado civil, destaca-se que a amostra apresenta maioritariamente estado civil casado (a)/ união de fato (n=25; 47,17%) ou solteiro (a) (n=19; 35,85%).

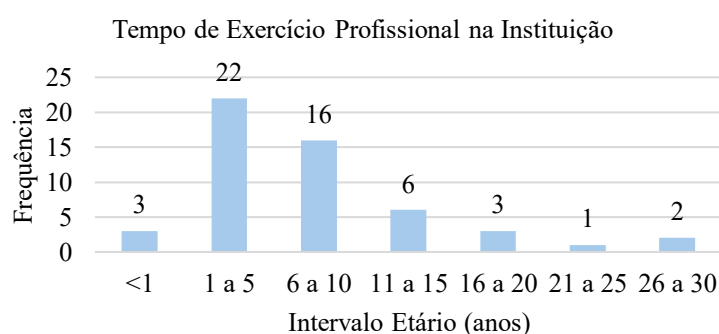
Os 53 profissionais inquiridos (100%) estão contratualmente vinculados a um regime laboral de 40 horas semanais, sendo que 50 (94,34%) realizam horário rotativo e 3 (5,66%), são detentores de horário fixo.

Tabela 2- Distribuição das AAD em relação às habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Escola Primária (1º ciclo do ensino básico)	3	5,66%
Ensino Básico (3º ciclo do ensino básico)	15	28,30%
Ensino Secundário	22	41,51%
Curso Técnico-Profissional	8	15,09%
Curso Superior	5	9,43%
Total	53	100,00%

Na análise das habilitações literárias da amostra, enuncia-se a predominância do ensino secundário (n=22; 41,51%), sendo que 33,96% da mesma apresenta habilitações literárias inferiores ao 12º ano de escolaridade.

Gráfico 2- Distribuição gráfica da amostra em relação ao tempo de exercício profissional na instituição



O valor médio de tempo de exercício profissional na instituição apresentado pela amostra é de 7,41 anos, com oscilação entre experiência inferior a 1 ano (n=3, 5,66%), com valor mínimo de 4 meses, e 30 anos (valor máximo), sendo o intervalo de anos predominante enquanto experiência profissional na instituição de 1 a 5 anos (n=22, 41,51%).

Já no que refere ao tempo de exercício profissional na área de prestação de cuidados à população idosa, o valor médio de tempo de exercício profissional verificado (nas ERPI selecionadas ou em entidades externas) é de 9,92 anos, com oscilação entre experiência

profissional inferior a 1 ano (n=2; 3,77%), com valor mínimo de 5 meses e 30 anos (valor máximo). O intervalo etário com maior relevância expressa é de 6 a 10 anos (n=16; 30,19%).

A maioria dos inquiridos (n=40, 75,47%), assinala já ter tido algum tipo de formação na área de prestação de cuidados à população idosa em situação de dependência, o que poderá incluir quer formação específica prévia ao início de funções, quer formação desenvolvida em contexto de trabalho posteriormente. Contudo, importa realçar que 18 elementos que constituem a amostra (33,96%), referem não ter tido acesso a qualquer formação inicial para desempenho das atuais funções.

Relativamente à análise da segunda parte do questionário (parte B), para a avaliação das necessidades de formação das AAD, procedeu-se à análise estatística das 37 respostas dadas através do preenchimento da escala de *Likert* apresentada, tradutoras do nível de dificuldade percecionado na realização de cada uma das atividades propostas (divididas em 5 dimensões), posteriormente hierarquizadas quanto aos valores de frequências absoluta e relativa apresentados. Importa salientar que na análise de dados realizada foram caracterizadas como “Sem dificuldade” as respostas a que foi conferido o nível 1 (sem dificuldade) e 2 (raramente tenho dificuldade), e como “Com dificuldade” todas as respostas assinaladas com o nível 3 (às vezes tenho dificuldade), 4 (tenho muita dificuldade) e 5 (tenho sempre dificuldade).

A tabela seguinte apresenta a síntese das cinco variáveis cujo tratamento de dados revelou serem detentoras de maior dificuldade associada.

Tabela 3- Ordenação das atividades por nível de dificuldade assinalada

Dimensão	Variável	Dificuldade Assinalada (nível 3,4 e 5)	
		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
B6. Comunicação	Lidar com o luto/morte/consolo	12	22,64%
B1. Higiene e Conforto	Mobilização	11	20,75%
B1. Higiene e Conforto	Posicionamentos	9	16,98%
B6. Comunicação	Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	9	16,98%
B6. Comunicação	Resolução de conflitos interpessoais	9	16,98%

A última parte do questionário (parte C), validou a importância da formação na melhoria do desempenho profissional em 100% (n=53) dos questionários analisados. Foi realizada a análise de conteúdo à última questão colocada (questão aberta de sugestão de

áreas temáticas a desenvolver em contexto de formação), refletindo como temas de maior interesse: primeiros socorros, posicionamentos/mobilização e fim de vida/luto.

Em consequência da análise dos resultados da aplicação dos instrumentos de colheita de dados utilizados, foi possível validar a concordância dos problemas identificados com maior representatividade, com os resultados da *scoping review* desenvolvida e sugestões realizadas pela amostra, no âmbito das áreas temáticas de seu interesse a desenvolver em contexto de formação. A relação enunciada encontra-se brevemente exposta no quadro abaixo representado.

Quadro 2- Evidência dos problemas identificados nos instrumentos de colheita de dados e *scoping review*

Problemas Identificados	Evidência nos instrumentos de colheita de dados utilizados e revisão de literatura:
Lidar com o luto/morte/consolo	- Entrevistas a informadores-chave (necessidade formativa identificada); - Questionário aplicado: <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade manifestada por 22,64% da amostra; • Tema sugerido para abordagem em futuras ações de formação; - <i>Scoping Review</i> (área de formação identificada);
Mobilização	- Entrevistas a informadores-chave (necessidade formativa identificada); - Questionário aplicado: <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade manifestada por 20,75% da amostra; • Tema sugerido para abordagem em futuras ações de formação;
Posicionamentos	- Entrevistas a informadores-chave (necessidade formativa identificada); - Questionário aplicado: <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade assinalada por 16,98% da amostra; • Tema sugerido para abordagem em futuras ações de formação;
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	- Questionário aplicado – dificuldade assinalada por 16,98% da amostra; - <i>Scoping Review</i> (área de formação identificada);
Resolução de conflitos interpessoais	- Entrevistas informadores-chave (necessidade formativa identificada); - Questionário aplicado– dificuldade identificada por 16,98% da amostra; - <i>Scoping Review</i> (área de formação identificada);

Recorrendo ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995), o grupo de AAD apresentado como população-alvo e subsequente amostra, constituiu o sistema-cliente, interpretado como um sistema aberto e dinâmico, um todo em permanente interação entre as partes que o constituem e com o ambiente, influenciado pelas variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual que o integram.

Com a informação e dados obtidos, pretendeu-se a avaliação do contexto intrasistémico do grupo de AAD, com base nas variáveis que o constituem, não sendo os contextos intersistémico e extrasistémico detalhadamente apresentados por impedimento na identificação das ERPI que colaboram no projeto, assim como da área geodemográfica onde se inserem.

No quadro apresentado (Quadro 3), explicitam-se algumas das variáveis do sistema-cliente indagadas com recurso ao questionário aplicado às AAD no âmbito do diagnóstico da situação, compreendendo o seu contributo para a caracterização do sistema-cliente. Também em resultado das entrevistas realizadas foi possível acrescentar elementos a esta caracterização, particularmente nas variáveis psicológica (com explicitação de sentimentos manifestados pelas AAD que foram percebidos pelos informadores-chave) e de desenvolvimento (no âmbito da experiência e formação associadas à categoria profissional).

Quadro 3- Caracterização do contexto intrasistémico do cliente à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Contexto Intrasistémico				
Variáveis				
Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Sexo (A1)	Dificuldade percebida na aplicação de conhecimentos adquiridos após formação (A9)	Estado civil (A3)	Formação prévia na área de prestação de cuidados à pessoa dependente nas AVD (A6)	Redes de apoio (A16)
Idade (A2)	Nível de formação percebido (C2)	Nacionalidade (A4)	Tempo de exercício profissional na área (A7)	
		Habilitações Literárias (A5)	Tempo de exercício profissional na instituição (A10)	
		Nº horas de trabalho semanal (A11)	Importância da formação para melhoria do desempenho (C1)	
		Tipo de horário praticado (A12)	Periodicidade da formação (C3)	

O grupo de AAD, enquanto sistema aberto, encontra-se suscetível à ação de *stressors* das mais variadas etiologias no âmbito da sua prática profissional, com potencial ameaça à estabilidade do sistema e do seu normal estado de bem-estar. Através da análise dos dados, visou-se a identificação destas ameaças (*stressors*), sejam potenciais ou reais, assim como a compreensão da forma como afetam/podem afetar as linhas de defesa flexível, normal e de resistência, que conferem proteção ao sistema.

2.1.5 Diagnósticos de enfermagem

De forma a concluir o diagnóstico da situação, os problemas e necessidades identificados previamente, que se expressam sob a forma das atividades nas quais as AAD manifestaram maior dificuldade na sua execução, foram convertidos em diagnósticos de enfermagem, que irão guiar as fases seguintes do processo de planeamento.

Para tal, recorreu-se à utilização de uma terminologia padronizada, a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2019 (*International Council of Nurses* [ICN], 2020), que contribui para a estruturação da prática de Enfermagem.

Atendendo ao modelo de 7 eixos que norteia a terminologia selecionada, foram selecionados os focos (área de atenção de relevância para a prática) e juízos (determinação relativamente ao foco da prática) que melhor correspondiam a cada problema identificado, sendo o cliente comum em todos os diagnósticos (ICN, 2011).

Em paralelo, suportado o projeto no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995), importa também realizar a tradução dos problemas e necessidades identificadas à luz do referencial enunciado, com vista ao planeamento das intervenções mais ajustadas. Os diagnósticos formulados encontram-se espelhados no quadro seguinte:

Quadro 4- Diagnósticos de Enfermagem

Problema	Referencial Teórico (Betty Neuman)	CIPE® (2019)
Lidar com o luto/morte/consolo	<u>Ameaça à estabilidade das linhas de defesa do grupo de AAD, relacionada com stressores intrapessoais</u> na temática lidar com o luto/morte/consolo.	<u>Coping do cuidador comprometido</u> por dificuldade em lidar com o luto/morte/consolo (em 22,64% da amostra). Foco: <i>Coping</i> Juízo: Comprometido
Mobilização	<u>Ameaça à estabilidade das linhas de defesa do grupo de AAD, relacionada com stressores intrapessoais</u> no apoio à mobilização da pessoa idosa em situação de dependência.	<u>Capacidade de desempenho de cuidados de apoio à mobilização comprometida</u> (em 20,75% da amostra). Foco: Capacidade Juízo: Comprometida
Posicionamentos	<u>Ameaça à estabilidade das linhas de defesa do grupo de AAD, relacionada com stressores intrapessoais</u> no apoio ao posicionamento da pessoa idosa em situação de dependência.	<u>Capacidade de desempenho de cuidados de apoio ao posicionamento comprometida</u> (em 16,98% da amostra). Foco: Capacidade Juízo: Comprometida
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	<u>Ameaça à estabilidade das linhas de defesa do grupo de AAD, relacionada com stressores intrapessoais</u> na comunicação com a pessoa idosa com limitações sensoriais (visão e/ou audição).	<u>Comunicação comprometida</u> por dificuldade na comunicação com a pessoa idosa com limitações sensoriais (visão e/ou audição) (em 16,98% da amostra). Foco: Comunicação Juízo: Comprometida
Resolução de conflitos interpessoais	<u>Ameaça à estabilidade das linhas de defesa do grupo de AAD, relacionada com stressores intrapessoais e interpessoais</u> na resolução de conflitos interpessoais com a pessoa idosa, pares e/ou parceiros de cuidados.	<u>Comunicação comprometida</u> por dificuldade na resolução de conflitos interpessoais com a pessoa idosa, pares e/ou parceiros de cuidados (em 16,98% da amostra). Foco: Comunicação Juízo: Comprometida

2.2 Definição de prioridades

A definição de prioridades corresponde à segunda fase do planeamento em saúde, sendo diretamente condicionada pela etapa anterior, o diagnóstico da situação e determinando a etapa seguinte (Imperatori & Giraldes, 1982).

Na perspetiva de Tavares (1990), a definição de prioridades envolve um processo de tomada de decisão, respondendo aos objetivos do planeamento, nomeadamente a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto.

Para a determinação de prioridades foi solicitada, aquando divulgação dos resultados do diagnóstico de situação realizado (11 de Novembro 2024), a colaboração de 5 peritos do contexto, nomeadamente: as três diretoras técnicas das ERPI selecionadas (com impossibilidade de resposta atempada de uma das profissionais), o enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem na ERPI 1 e a enfermeira responsável pela orientação clínica da mestranda.

A técnica de determinação de prioridades selecionada foi o Método de Hanlon, que determina o cálculo de valor de prioridade através da fórmula $(A+B) C \times D$, baseando-se em dados quantitativos (Tavares, 1990; Rodrigues, 2021).

Mediante este método, a priorização é realizada com base em quatro critérios, explicados de forma sucinta por Tavares (1990) como:

- Amplitude/Magnitude do problema (A) – número de pessoas afetadas pelo problema, avaliada por escala adaptável à população em estudo (%);
- Gravidade do problema (B) – avaliada por escala de 0 a 10, que pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, custos ou outros critérios apropriados;
- Eficácia da solução/Vulnerabilidade – ponderada numa escala de 0.5 a 1.5 e que representa o grau de dificuldade da solução;
- Exequibilidade do projeto/intervenção – critério que depende da pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade da solução, sendo avaliada dicotomicamente em sim (1 ponto) e não (0 pontos).

A cada perito, foi pedida a atribuição de peso aos problemas identificados, nos parâmetros gravidade (B), eficácia da solução/vulnerabilidade (C) e exequibilidade (D), com recurso a um formulário em *Google Forms*, estando a variável amplitude/magnitude (A) previamente determinada.

Os resultados da aplicação dos critérios enunciados encontram-se expostos na tabela 4, com o detalhe do processo de priorização disponível em Apêndice XII.

Tabela 4- Síntese de resultados do processo de priorização

Problema Identificado	Pontuação Final	Ordenação Prioridade
Lidar com o luto/morte/consolo	6,5	4º
Mobilização	16,5	1º
Posicionamentos	16,5	1º
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	12	2º
Resolução de conflitos interpessoais	11	3º

Os problemas prioritários identificados “mobilização” e “posicionamentos”, detentores de pontuação final semelhante, não foram alvo de desempate pela sua natureza e características intimamente relacionadas, pelo que se optou pela sua abordagem conjunta.

2.3 Fixação de objetivos

A fixação de objetivos constitui a terceira fase da MPS (Imperatori & Giraldes, 1993), interpretando-se como objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.79). A etapa enunciada é indispensável para a avaliação dos resultados obtidos com a execução do projeto, correspondendo aos resultados que se pretende alcançar pela população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

Na formulação de objetivos, são identificadas características estruturais essenciais a atender, nomeadamente que estes sejam pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Neste encadeamento, definiram-se como objetivos do projeto descrito no presente documento:

- Objetivo Geral – Contribuir para a capacitação das AAD na prestação de cuidados a pessoas idosas institucionalizadas, em 3 ERPI da área de influência da USP.
- Objetivos Específicos (OE):
 - OE 1: Ensinar o grupo de AAD sobre os princípios e técnicas de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa idosa em situação de dependência;
 - OE 2: Treinar o grupo de AAD na execução de cuidados de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa idosa em situação de dependência;

- OE 3: Divulgar aos profissionais da equipa multidisciplinar da USP o projeto de intervenção comunitária desenvolvido, para a sua continuidade;

- OE 4: Divulgar à direção técnica das instituições selecionadas os resultados do diagnóstico da situação realizado e do projeto de intervenção comunitária;

Os objetivos definidos traduzem-se posteriormente em metas, que constituem “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzindo em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo” (Imperator & Giraldes, 1993).

O quadro apresentado explicita as metas associadas a cada objetivo específico definido, assim como os indicadores formulados de forma a avaliar o seu cumprimento.

Quadro 5- Metas e indicadores de atividade

Objetivo Geral - Contribuir para a capacitação das AAD na prestação de cuidados a pessoas idosas institucionalizadas, em 3 ERPI da área de influência da USP.		
Objetivos Específicos	Metas	Indicadores de Atividade
<u>Objetivo Específico 1</u>	Realização de 100% das sessões de formação previstas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de concretização das sessões de formação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação previstas}} \times 100$
	Participação mínima de 60% da população-alvo do projeto, nas sessões de formação a ministrar;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de adesão da população-alvo às sessões de formação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ elementos presentes}}{\text{N}^\circ \text{ total de elementos da população-alvo}} \times 100$
	Obtenção de 60% de respostas corretas no teste de avaliação de conhecimentos final;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de respostas corretas obtidas no teste de avaliação de conhecimentos final: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas}} \times 100$
	Que 60% dos participantes considerem ter melhorado o seu conhecimento sobre os temas desenvolvidos;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de aquisição de novos conhecimentos percecionada: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou ter melhorado os seus conhecimentos após a sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$
	Que 60% dos participantes considerem que os conteúdos apresentados foram abordados de forma adequada;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de adequação da forma de abordagem dos conteúdos: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou adequada a forma de abordagem dos conteúdos}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$
	Que 60% dos participantes considerem os temas abordados importantes para a prática;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de importância dos temas abordados para a prática profissional: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou de importância os temas abordados}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$

Objetivo Geral - Contribuir para a capacitação das AAD na prestação de cuidados a pessoas idosas institucionalizadas, em 3 ERPI da área de influência da USP.		
Objetivos Específicos	Metas	Indicadores de Atividade
<u>Objetivo Específico 2</u>	Que 50% dos exercícios de treino (prática simulada) a realizar nas sessões de formação, sigam os princípios preconizados;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de correta execução dos exercícios realizados: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de exercícios corretamente executados}}{\text{N}^\circ \text{ de exercícios realizados}} \quad (\times 100)$
<u>Objetivo Específico 3</u>	Realização de 100% das sessões de divulgação previstas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de divulgação do projeto aos profissionais da USP: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de divulgação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões de divulgação previstas}} \quad (\times 100)$
	Disponibilização de 100% do material educativo elaborado para possibilidade de replicação das sessões de formação;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de disponibilização de material educativo elaborado: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos elaborados disponibilizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de documentos elaborados}} \quad (\times 100)$
<u>Objetivo Específico 4</u>	Realização de 100% dos contatos previstos com a Direção Técnica das instituições selecionadas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de contatos realizados com a Direção Técnica das instituições: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de contatos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de contatos previstos}} \quad (\times 100)$

2.4 Seleção de estratégias

A seleção de estratégias representa, na perspectiva de Imperatori e Giraldes (1993), uma etapa fundamental do planejamento em saúde, pretendendo implementar formas de atuação que visem o alcance dos objetivos previamente fixados, invertendo a tendência natural dos problemas de saúde prioritários.

Os mesmos autores definem estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87).

Neste seguimento, a formação em serviço é distinguida enquanto estratégia central do projeto desenvolvido, sendo encarada por alguns autores como integrante da educação para a saúde (Rodrigues et al., 2005), no seu desígnio enquanto promotora da literacia em saúde e aprendizagem. Através das sessões de formação realizadas ao grupo de AAD, foi promovida a sua capacitação, potenciando a aquisição de conhecimentos, assim como o treino de habilidades.

Em paralelo, foi utilizada a estratégia documental como suporte da intervenção realizada, com elaboração de material de apoio posteriormente disponibilizado, nomeadamente através da criação do “Manual de Apoio aos Cuidados – Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização” e cartaz “Mecânica Corporal do Cuidador”.

Intimamente relacionada com a estratégia documental, surge a comunicação em saúde como estratégia detentora de elevada importância, através da qual foi possível a partilha de materiais de informação, educação e comunicação (Melo, 2020) com a população-alvo do projeto, conseguida com a colaboração das direções técnicas das ERPI selecionadas, que realizaram a divulgação das diferentes etapas do projeto e disponibilizaram os materiais elaborados com recurso às vias de comunicação interna de *WhatsApp* e email. Também a divulgação dos resultados do diagnóstico de situação realizado e projeto de intervenção comunitária à equipa multidisciplinar da USP e dirigentes institucionais, constituíram atividades que se inserem na comunicação em saúde.

Por último, destaca-se o estabelecimento de parcerias como estratégia fundamental do projeto, tendo por intervenientes a equipa multidisciplinar da USP, população-alvo e hierarquias institucionais, cujo contributo foi imprescindível em todas as etapas do processo desenvolvido.

Expostas as estratégias selecionadas com vista à implementação do projeto, torna-se pertinente identificar as principais vantagens e potenciais constrangimentos associados à sua utilização, processo que segundo Tavares (1990) é essencial na etapa do planeamento em saúde aclarada no presente subcapítulo.

Quadro 6- Vantagens e potenciais constrangimentos das estratégias selecionadas

Estratégia	Pertinência/ Vantagens	Potenciais Constrangimentos
Formação	- Contributo para a capacitação das AAD (em particular nos domínios cognitivo e psicomotor, com aquisição de conhecimentos e treino de habilidades); - Promoção da literacia em saúde das AAD;	Falta de motivação dos AAD para participação nas sessões de formação;
Documental	- Contributo para a capacitação dos AAD (em particular no domínio cognitivo, enquanto facilitador da aquisição de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas); - Promoção da literacia em saúde das AAD;	Défice de tempo e/ou recursos materiais para elaboração;
Estabelecimento de Parcerias	- Aproximação à comunidade de intervenção; - Maior apoio na implementação de projetos; - Colaboração entre os diferentes parceiros;	Falta de disponibilidade dos dirigentes institucionais e/ou equipa multidisciplinar da USP;
Comunicação em Saúde	- Aproximação à comunidade de intervenção; - Promoção da adesão das AAD ao projeto; - Divulgação do projeto e dos seus resultados; - Aumento da projeção do projeto;	Falta de disponibilidade dos AAD, dirigentes institucionais e/ou equipa multidisciplinar da USP; défice de recursos.

2.5 Elaboração do projeto

A definição de projeto, sugerida por Imperatori e Giraldes (1993) como atividade que decorre ao longo de um período de tempo bem delimitado, com vista à obtenção de um

resultado específico e que contribui para a execução de um programa ou de um plano, permite-nos compreender a integração do projeto desenvolvido numa perspetiva mais alargada, de correspondência com os objetivos do planeamento estratégico e tático estabelecidos nos planos nacional e internacional.

Neste enquadramento, o desenvolvimento de formação a AAD insere-se na gestão de programas de intervenção no âmbito da proteção da saúde da população, estando intimamente relacionada com a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026. Através do mesmo, pretende-se alcançar uma prestação segura e de qualidade dos cuidados, através da promoção de uma cultura de práticas e ambientes seguros, que se alinham com o processo de melhoria contínua (elemento estrutural do processo de gestão das USP) e que são operacionalizados pelo investimento na comunicação, formação e sensibilização dos profissionais, assim como dos órgãos de gestão e lideranças institucionais (DGS, 2022).

Paralelamente, é possível validar a concordância do projeto com o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (PNLSCC), através da interpretação da formação realizada ao grupo profissional de AAD como veículo de promoção, direta ou indiretamente, da literacia em saúde dos seus elementos, visando a “ativação de comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença e, consequentemente, a otimização da qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social da população ao longo dos diferentes estádios do ciclo de vida e contextos” (DGS, 2023, p.4).

Ao definir literacia em saúde, a WHO (2021) reforça a sua preponderância no processo de tomada de decisão, destacando o seu impacto não só na saúde do próprio indivíduo, mas também na daqueles que o rodeiam. Neste sentido, após a intervenção formativa, as AAD estarão mais capacitadas para a tomada de decisão em saúde, detendo competências que lhes permitirão julgar criticamente informações com a saúde relacionadas e recursos existentes, com potencial impacto na qualidade dos cuidados por si desenvolvidos.

Os dois documentos previamente referidos (PNSD e PNLSCC), ao surgirem no seguimento da elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, exprimem a relação direta da intervenção desenvolvida com o mesmo, enquanto documento estratégico central, norteador dos objetivos e práticas em saúde a nível nacional.

Já numa perspetiva mais ampla, de domínio internacional, é possível inferir a procura do projeto em contribuir para a resposta aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável enquadrados na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Organização das Nações

Unidas [ONU], 2015), com particular enfoque nos objetivos 3 “Saúde de Qualidade”, visando garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar de todos, em todas as idades, expresso pelos ganhos em saúde alcançados pela implementação do projeto, quer para a população idosa, quer para o grupo profissional das AAD e no objetivo 4 “Educação de Qualidade”, que salvaguarda a promoção de oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.

É ainda manifestada a confluência do projeto com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento 2021-2030, emanado pela ONU (2020) no âmbito da declarada “Década do Envelhecimento Saudável”.

Expostas de forma sumária as diretrizes nacionais e internacionais que contribuíram para a seleção da temática a desenvolver no projeto e que suportam a sua concretização, salienta-se agora a análise SWOT realizada nesta etapa e passível de consulta em Apêndice XIII, tendo em vista a identificação de pontos fortes e fracos na sua execução, ameaças e oportunidades, procurando responder adequadamente aos fatores identificados, respeitando o dinamismo inerente ao processo de planeamento (Rodrigues, 2021).

À luz do referencial teórico em Enfermagem adotado, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995), importa ainda esclarecer que a intervenção de Enfermagem com o grupo de AAD tem como âmago a prevenção primária, que pretende incrementar a capacidade do sistema-cliente para lidar com os *stressors* (mediante a sua precoce identificação), através do reforço da linha de defesa flexível, promovendo a manutenção inalterada da linha normal de defesa e como tal, do normal estado de bem-estar e estabilidade do sistema. Esta finalidade é operacionalizada através da formação em serviço, enquanto contributo para a capacitação deste grupo profissional.

É também de elevada relevância salientar, seguindo a sugestão de Imperatori e Giraldes (1982), que não foram identificados obstáculos significativos a nível de recursos, meio ambiente, de ordem financeira ou legal, que colocassem em risco a execução do projeto e que exigissem medidas específicas para a sua resolução.

A descrição das atividades inclusas no projeto, assim como o cálculo dos custos associados, será apresentada de forma detalhada no próximo subcapítulo.

2.6 Preparação da execução

Imperatori e Giraldes (1993) destacam a preparação da execução no planeamento em saúde enquanto etapa frequentemente omissa, mas essencial para “mostrar as inter-relações

entre as diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos” (p.149).

A preparação da execução assenta na especificação detalhada das actividades a desenvolver, precisando a forma de execução de cada uma delas, assim como a determinação dos recursos e custos associados (Imperatori & Giraldes, 1993).

O quadro apresentado expõe a lista de actividades indispensáveis à operacionalização do projeto, estando a sua execução em concordância com os objetivos específicos anteriormente definidos e por conseguinte com as metas estabelecidas.

Quadro 7- Lista de actividades a desenvolver

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
OE 1	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de cartaz de divulgação das sessões de formação; • Elaboração de material educativo sobre os temas a abordar: <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação multimédia para sessões de formação em formato <i>Canva</i>; - “Manual de Apoio aos Cuidados – Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização”; - Cartaz “Mecânica Corporal do Cuidador”; • Elaboração dos planos de sessão; • Construção do “Teste de Avaliação de Conhecimentos Final” e “Questionário de Avaliação da Satisfação” a aplicar; • Realização de 6 sessões de formação (2 por ERPI) subordinadas ao tema “Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização - Pessoa Idosa em Situação de Dependência”; • Avaliação de conhecimentos dos formandos através da aplicação do “Teste de Avaliação de Conhecimentos Final” no final de cada sessão; • Avaliação da satisfação dos formandos através da aplicação do “Questionário de Avaliação da Satisfação” no final de cada sessão;
OE 2	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de grelha de observação para registo de exercícios práticos; • Realização de 6 sessões de formação (2 por ERPI) subordinadas ao tema “Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização - Pessoa Idosa em Situação de Dependência”, com integração de período de treino em grupo (prática simulada com recurso a método ativo); • Preenchimento da grelha de observação de exercícios práticos;
OE 3	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de apresentação em formato <i>PowerPoint</i> do projeto de intervenção comunitária desenvolvido; • Apresentação do projeto em reunião de serviço multidisciplinar da USP; • Transferência do material educativo produzido para os profissionais da USP (Sr.^a Enf.^a responsável pela orientação clínica da Mestranda);
OE4	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência do material educativo produzido (em suporte impresso e via email) para as Direções Técnicas das ERPI selecionadas para disponibilização aos profissionais (AAD);

Para calendarização das sessões de formação, foi realizado contacto com as direções técnicas das ERPI 1,2 e 3, estabelecendo a realização das sessões no período compreendido entre 4 e 11 de dezembro de 2024 (dias 5 e 10 na ERPI 1, dias 4 e 9 na ERPI 2 e dias 6 e 11 na ERPI 3). Cada sessão teve duração prevista de 1h e 15 minutos, sendo subordinada à

mesma temática, de forma a contribuir para a capacitação do maior número possível de AAD, no que refere ao problema de saúde prioritário identificado.

No contacto realizado, firmou-se que as sessões decorreriam nas instalações das instituições e no horário de trabalho dos profissionais (passagem de turno), de forma a potenciar a adesão das AAD. Foi também nesta altura garantida a presença nas três ERPI de todos os recursos materiais necessários ao desenvolvimento das sessões, nomeadamente videoprojector, mesas, cadeiras, maca/cama, almofadas/rolos e resguardos para treino de posicionamentos e transferências.

Posteriormente ao contacto enunciado, procedeu-se à elaboração e disponibilização (impresa e por *email*) dos cartazes de divulgação das sessões de formação (Apêndice XIV), que gentilmente foram também divulgados internamente via *Whatsapp* pelas direções técnicas das instituições.

De seguida, foram elaborados os materiais educativos de suporte às sessões, nomeadamente a apresentação a expor em formato *Canva* (Apêndice XV), assim como os materiais a disponibilizar aos formandos, de entre os quais o “Manual de Apoio aos Cuidados - Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização” (Apêndice XVI - um documento de apoio com vista ao esclarecimento de dúvidas e que poderá contribuir para a integração de novos profissionais na temática abordada) e o cartaz “Mecânica Corporal do Cuidador” (Apêndice XVII - que pretende sensibilizar os profissionais para a importância da postura corporal adequada na prática de cuidados e princípios associados). Todos estes materiais foram disponibilizados às direções institucionais após realização das sessões de formação, em formato impresso e digital, para fácil acesso.

Foi realizado o plano de cada sessão (Apêndice XVIII), divergindo apenas a data e o seu local de realização e procurando atender na sua conceção aos fatores facilitadores da aprendizagem no adulto e especificamente das AAD, anteriormente explicitados no enquadramento do projeto (subcapítulo 1.5).

Para registo da execução dos exercícios práticos integrantes da sessão, foi elaborada uma grelha de observação (Apêndice XIX), sendo que de forma a possibilitar a avaliação de conhecimentos dos formandos e a indagar a sua satisfação, foram também desenvolvidos os testes de avaliação de conhecimentos final (Apêndice XX) e questionário de avaliação da satisfação da sessão (Apêndice XXI).

A presença nas sessões foi registada em folha própria para o efeito e posteriormente emitido um certificado de presença (Apêndice XXII), disponibilizado via *email* aos formandos.

Para a divulgação do projeto desenvolvido aos profissionais da equipa multidisciplinar da USP, de forma a promover a sua continuidade, foi produzida uma apresentação em formato *PowerPoint* (Apêndice XXIII), apresentada em reunião via *Teams* no dia 20 de dezembro de 2024.

De forma a tornar explícita a inter-relação das atividades e a considerar a variável tempo na preparação da execução, recorreu-se à elaboração de um Diagrama de *Gantt*, que poderá ser consultado em Apêndice XXIV.

No que se refere aos custos associados à execução do projeto, os recursos humanos envolvidos participaram nas atividades de implementação do mesmo no decorrer do normal desempenho das suas funções e no seu horário de trabalho, sendo a remuneração integrada no vencimento auferido mensalmente. Parte significativa dos recursos materiais foram assegurados pelas ERPI que serviram de contexto ao projeto de intervenção comunitária, já adquiridos previamente à implementação deste.

Os gastos em deslocações (67,84€) e impressão de material educativo/ documentação necessária à execução das diferentes etapas do projeto (30,85€) foram suportados pela mestranda, com valor total previsto de 98,69€, não sendo o projeto detentor de financiamento externo.

2.7 Avaliação

O planeamento em saúde culmina com a avaliação, etapa que pretende “determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990, p.205). Os critérios enunciados apresentam-se sob a forma de indicadores, tradutores de características observáveis e que permitem mensurar os avanços alcançados (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Mediante afirmado por Tavares (1990) e complementado por Rodrigues (2021), a avaliação permite a comparação entre os objetivos definidos e as estratégias selecionadas, validando o seu nível de adequação e potenciando a introdução de reformulações.

Apresenta-se seguidamente a avaliação realizada do projeto desenvolvido, onde é analisado o cumprimento dos objetivos e metas definidos, mediante resposta aos indicadores de atividade previamente fixados.

Tabela 5- Avaliação (metas, indicadores e resultados)

OE	Metas	Indicadores de Atividade	Cálculo e Resultado
OE1	Realização de 100% das sessões de formação previstas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de concretização das sessões de formação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação previstas}} \times 100$ 	$(6/6) \times 100 = 100\%$
	Participação mínima de 60% da população-alvo do projeto, nas sessões de formação a ministrar;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de adesão da população-alvo às sessões de formação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ elementos presentes}}{\text{N}^\circ \text{ total de elementos da população-alvo}} \times 100$ 	$(47/53) \times 100 = 88,7\%$
	Obtenção de 60% de respostas corretas no teste de avaliação de conhecimentos final;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de respostas corretas obtidas no teste de avaliação de conhecimentos final: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas}} \times 100$ 	$(427/479) \times 100 = 90,2\%$
	Que 60% dos participantes considerem ter melhorado o seu conhecimento sobre os temas desenvolvidos;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de aquisição de novos conhecimentos percebida: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou ter melhorado os seus conhecimentos após a sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$ 	$(47/47) \times 100 = 100\%$
	Que 60% dos participantes considerem que os conteúdos apresentados foram abordados de forma adequada;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de adequação da forma de abordagem dos conteúdos: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou adequada a forma de abordagem dos conteúdos}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$ 	$(47/47) \times 100 = 100\%$
	Que 60% dos participantes considerem os temas abordados importantes para a prática;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de importância dos temas abordados para a prática profissional: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou de importância os temas abordados}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$ 	$(47/47) \times 100 = 100\%$
OE2	Que 50% dos exercícios de treino (prática simulada) a realizar nas sessões de formação, sigam os princípios preconizados;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de correta execução dos exercícios realizados: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de exercícios corretamente executados}}{\text{N}^\circ \text{ de exercícios realizados}} \times 100$ 	$(11/18) \times 100 = 61,1\%$
OE3	Realização de 100% das sessões de divulgação previstas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de divulgação do projeto aos profissionais da USP: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de divulgação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões de divulgação previstas}} \times 100$ 	$(1/1) \times 100 = 100\%$
	Disponibilização de 100% do material educativo elaborado para possibilidade de replicação das sessões de formação;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de disponibilização de material educativo elaborado: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos elaborados disponibilizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de documentos elaborados}} \times 100$ 	$(9/9) \times 100 = 100\%$
OE4	Realização de 100% dos contatos previstos com a Direção Técnica das instituições selecionadas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de contatos realizados com a Direção Técnica das instituições: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de contatos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de contatos previstos}} \times 100$ 	$(7/7) \times 100 = 100\%$

A interpretação dos resultados apresentados permite afirmar que todos os objetivos definidos foram alcançados e concretizadas as metas propostas, o que sugere a conformidade das estratégias selecionadas.

Não só foi confirmada a elevada adesão das AAD ao projeto de intervenção comunitária, como foi ainda possível validar o seu elevado nível de satisfação em relação às sessões de formação desenvolvidas e contributo para a prática profissional.

Também na promoção da continuidade do projeto através da sua divulgação e no reforço de parcerias, foi possível atestar a satisfação dos indicadores de atividade previamente definidos.

No que respeita à avaliação externa, a realizar entre 6 meses e 1 ano após a intervenção inicial e que pretende avaliar o impacto das atividades desenvolvidas sobre a população, sugere-se a reaplicação do “Questionário de Avaliação das Necessidades de Formação das AAD” na sua dimensão B1. Higiene e Conforto (variáveis posicionamentos e mobilização) e do teste de avaliação de conhecimentos final, pela equipa da USP, a quem foi disponibilizada a documentação que viabiliza a sua consecução e que se expressa através dos indicadores de impacto representados no quadro 8.

Quadro 8- Avaliação (indicadores de impacto)

Atividades	Metas	Indicador de Impacto
Reaplicação do “Questionário de Avaliação das Necessidades de Formação das AAD” na dimensão B1. Higiene e Conforto (variáveis posicionamentos e mobilização);	Que o número de participantes que assinalem os níveis 3,4 e 5 (“Com dificuldade”) na execução de posicionamentos e mobilizações em resposta ao questionário aplicado seja <10%;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de “Dificuldade” assinalada na dimensão B1. Higiene e Conforto (variáveis posicionamentos e mobilização): $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas assinaladas "Com dificuldade"}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas totais à questão}} \times 100$
Reaplicação após 6 meses do “Teste de Avaliação de Conhecimentos”;	Que 60% dos participantes na sessão consigam responder de forma correta às questões incluídas no teste previamente ministrado;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de respostas corretas obtidas no teste de avaliação de conhecimentos final: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas}} \times 100$

2.8 Contributo para a prática clínica

O contributo do projeto desenvolvido para a prática clínica de Enfermagem, relaciona-se com o seu potencial de continuidade e replicação futura.

Por um lado, o diagnóstico da situação realizado poderá ser utilizado para fundamentar a intervenção futura nos restantes problemas identificados, não priorizados na

intervenção comunitária explanada no presente relatório, mas não menos dignos de consideração posterior.

Numa outra perspetiva, o projeto poderá ser ampliado às restantes ERPI da área de influência da USP. Para esse fim, a divulgação realizada à equipa multidisciplinar da USP e a disponibilização de todos os materiais elaborados deteve caráter essencial.

Na procura da otimização dos recursos, dado o elevado número de ERPI existentes na área de influência da ULS, da qual a USP é parte integrante, e a frequente limitação de recursos humanos disponíveis para implementação do projeto em todas elas, sugere-se o futuro envolvimento das UCC que integram a ULS no alargamento do projeto, com a colaboração entre unidades funcionais e respetivos profissionais, de forma a potenciar o seu alcance e proximidade com a comunidade.

O projeto desenvolvido veio simultaneamente reforçar o estabelecimento de parcerias, nomeadamente entre a USP e as ERPI selecionadas.

No que respeita à prática profissional das AAD, salienta-se o contributo do projeto na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, que transpostos para o seu dia-a-dia profissional, potenciarão a melhoria da qualidade dos cuidados, refletindo-se em ganhos em saúde para a população idosa.

Além do supracitado, reforçam-se ainda ganhos em saúde para os próprios profissionais (AAD) em resultado do investimento na formação em serviço e contributo para a sua literacia, facto amplamente reforçado pela *scoping review* elaborada, que atesta o impacto da formação na redução do risco de *burnout* e *stress* profissional, incrementando a autoconsciência, confiança e nível de satisfação dos profissionais para com a atividade desempenhada (Chan et al., 2022; Pinazo-Clapés et al., 2020; Schoultz et al., 2022).

3. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO ACADÊMICO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de ESCSP, que culmina com a elaboração do presente relatório, apresentou-se como preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional da mestranda. Apesar dos inúmeros desafios apresentados, em especial no que refere à articulação das exigências acadêmicas, profissionais e pessoais, foi possível a sua superação, mantendo a crença de que os contributos para o desenvolvimento profissional e para a qualidade dos cuidados prestados, seria inegável.

O Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019), descreve o Enfermeiro Especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). Neste âmbito, as competências especializadas adquiridas no percurso académico vivenciado, acrescem às competências previamente detidas pela mestranda, com origem no curso de licenciatura e experiência profissional prévias.

Todo o percurso efetuado foi marcado pela prática crítico-reflexiva, que envolveu o questionamento de todas as etapas do projeto de intervenção e da correspondente tomada de decisão, procurando agir de acordo com a responsabilidade profissional e suportando todas as intervenções na evidência científica mais atual.

O presente capítulo pretende esclarecer as competências adquiridas e desenvolvidas, com base na articulação entre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista explanadas no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP legisladas pelo Regulamento nº428/2018 de 16 de julho (2018) e Competências de Mestre inscritas no Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto (2018).

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista, partilhadas por todos os enfermeiros detentores desta categoria, independentemente da sua área de especialização, “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar

a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4744).

As dimensões identificadas previamente alinham-se com a aquisição de competências postulada por Benner (2001) no âmbito da definição de enfermeiro perito, sendo este detentor de um elevado nível de experiência, que lhe permite compreender de maneira intuitiva cada situação e apreender diretamente o problema de forma completa e cientificamente fundamentada, assegurando a prática de qualidade e baseada na evidência.

Deste modo, é reforçada a aquisição de um conjunto de competências que o enfermeiro especialista demonstra através da sua “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745), cujo desenvolvimento ocorre nos quatro domínios seguidamente apresentados.

A aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, enquadra-se com o desenvolvimento de uma prática profissional que se coaduna com as normas legais, princípios éticos e da deontologia profissional, inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro (Lei nº156/2015 de 16 de setembro, 2015) e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (DL nº104/98 de 21 de abril, 1998), no decorrer de todo o percurso realizado e em particular no âmbito do projeto de intervenção desenvolvido.

Todas as ações realizadas visaram o respeito pelas responsabilidades profissionais e direitos humanos, onde se inserem a defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, privilegiando a sua segurança e preferência.

De forma mais específica, a aquisição de competências no domínio identificado foi concretizada pelo cumprimento de todos os procedimentos éticos inerentes ao desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, já previamente identificados e brevemente descritos ao longo do capítulo 2 do presente relatório.

As competências adquiridas no domínio da melhoria contínua da qualidade são atestadas pelo papel dinamizador desempenhado pela mestrandia no desenvolvimento do projeto, que se coaduna com as responsabilidades legais da USP sobre as ERPI da sua área geodemográfica de influência. A finalidade última do projeto incidiu sobre a melhoria da qualidade dos cuidados à população idosa, tendo por base a capacitação das AAD cujo exercício profissional ocorre em ERPI.

Todo o projeto desenvolvido procurou assegurar um ambiente terapêutico seguro, de partilha e proximidade com a comunidade, onde o estabelecimento de parcerias deteve um

papel preponderante. Destaca-se ainda a permanente análise crítico-reflexiva das práticas implementadas à luz da evidência científica mais recente, enquanto garantia da procura rigorosa da qualidade na prática profissional.

No domínio da gestão dos cuidados, a aquisição de competências encontra-se intimamente relacionada com a liderança e gestão de todo o processo de planeamento que ocorreu com vista ao desenvolvimento do projeto, com procura do envolvimento dos parceiros. Foi realizada a gestão dos recursos humanos e materiais essenciais à implementação do projeto elaborado, pretendendo assegurar a qualidade da intervenção.

No âmbito da supervisão, foi procurada a garantia do cuidado com segurança e qualidade, tendo os conteúdos lecionados na unidade curricular “Supervisão de Cuidados”, representado significativa importância na compreensão da responsabilidade profissional sobre a ação.

No domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, o percurso académico efetuado e incluso estágio final potenciaram o desenvolvimento do autoconhecimento, assertividade e autoconsciência, não só através da execução do projeto, mas também através do contributo dado por todas as atividades nas quais foi possível colaborar, no âmbito do normal funcionamento da USP e das funções da enf.^a orientadora clínica. Todas as atividades desenvolvidas fomentaram a aquisição de aprendizagens profissionais, assentes na permanente reflexão crítica da prática e na busca da evidência científica que a suporta.

Ao mesmo tempo, associado ao carácter flexível e potencial de reformulação das diferentes etapas do planeamento em saúde e como tal, do projeto desenvolvido, também a capacidade de adaptação ao inesperado e capacidade de resolução de conflitos são consideradas dimensões cujo percurso académico possibilitou consolidar.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Ao longo do presente relatório, foram sendo explicitadas as características específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP, que o tornam ator principal de uma prática centrada na comunidade, detentor de um amplo conhecimento sobre as respostas humanas aos diferentes problemas de saúde e processos de vida, que lhe permitem intervir de forma particular na obtenção de ganhos em saúde para a comunidade, partindo dos problemas e necessidades que dela emergem (OE,2010).

Neste seguimento, distinguem-se enquanto competências específicas a detalhar no presente subcapítulo:

- a) Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A competência específica enunciada foi adquirida com base na elaboração do projeto “Cuidar com Saber – Intervenção de Enfermagem Comunitária com Ajudantes de Ação Direta”, suportado na Metodologia do Planeamento da Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), que se inicia com o diagnóstico de saúde da população-alvo do projeto, interpretando para esse fim indicadores de relevância e identificando problemas e necessidades da população, com recurso a instrumentos de colheita de dados considerados relevantes e ajustados à população selecionada.

Num outro prisma, também o suporte do projeto no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995), contribuiu significativamente para a compreensão da importância da teorização em enfermagem na tomada de decisão e a sua importância na prática clínica e investigação, tendo a sua adaptação do processo de enfermagem facilitado a elaboração do diagnóstico de saúde do grupo de AAD e subsequente intervenção.

- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A procura de contribuir para a capacitação de AAD constituiu o âmago e objetivo geral do projeto desenvolvido. A sua operacionalização teve como estratégia central a formação em serviço, promovendo a aquisição de conhecimentos e treino de habilidades no âmbito do posicionamento, transferência e apoio à mobilização da pessoa idosa em situação de dependência.

Todo o desenvolvimento da formação em serviço foi suportado por evidência científica e com recurso a métodos e técnicas que procuraram favorecer a aprendizagem do adulto e especificamente das AAD, tendo a *scoping review* realizada sido parte fundamental na identificação dos fatores facilitadores referidos.

Articularam-se ainda conhecimentos da área das ciências da educação e comunicação. Foi realizada a avaliação da intervenção com base nos indicadores previamente estabelecidos, sugerindo-se indicadores de impacto a aplicar posteriormente.

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

A concordância entre o projeto de intervenção comunitária desenvolvido e os objetivos do PNS 2030, PNSD 2021-2026 e PNLSCC 2023-2030 encontra-se já especificada no subcapítulo 2.5 do relatório apresentado, contribuindo para a satisfação da competência acima preconizada.

No entanto, importa enunciar que as restantes atividades nas quais foi possível colaborar, no âmbito das normais funções desempenhadas pela enf.^a orientadora clínica do estágio final e como tal, enquadradas no regular funcionamento da USP, alinham-se também com o cumprimento dos objetivos de planeamento estratégico, contribuindo para o desenvolvimento da competência identificada.

De entre as atividades enunciadas, destacam-se: a colaboração em ações de vacinação dirigidas a pessoas em situação de sem-abrigo (Programa Nacional de Vacinação); vacinação da população elegível integrada nas atividades do Centro de Vacinação Internacional; participação em duas sessões de educação para a saúde relativas à temática da sexualidade, ministradas a alunos do Ensino Básico de uma escola da área de influência da USP e possibilidade de realização de horas de estágio no Centro de Diagnóstico Pneumológico (Programa Nacional para a Tuberculose).

- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

O desenvolvimento da competência acima identificada foi conseguido através da necessária identificação e interpretação de dados epidemiológicos e indicadores de relevância face à temática do projeto elaborado, indispensáveis ao seu enquadramento e caracterização do contexto de intervenção, com especial relevância na etapa de diagnóstico da situação.

Simultaneamente, a utilização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e observação do trabalho de vigilância realizado após notificação, revelou-se de significativa importância para o desenvolvimento da competência anterior.

3.3 Competências de Mestre

As competências de mestre desenvolvidas assentam no aprofundamento dos conhecimentos previamente obtidos no 1º ciclo de estudos, aos quais acrescem as aquisições resultantes da experiência profissional prévia.

O Curso de Mestrado e correspondente estágio final, um significativo desafio que implicou a mobilização dos conhecimentos referidos em situações de maior complexidade, exigindo a tomada de decisão cientificamente fundamentada e com frequente necessidade de adaptação ao inesperado, revelou-se preponderante para o desenvolvimento das competências atribuídas ao titular do grau de mestre.

Em acréscimo ao supracitado, surge ainda o incremento da capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades (DL nº65/2018 de 16 de agosto, 2018), onde atividades como a participação com um poster no seminário ENSIDE da UCP em outubro de 2024, que resulta da *scoping review* previamente elaborada aquando avaliação da UC Enfermagem Comunitária II, se mostrou relevante. A capacidade descrita foi ainda alvo de desenvolvimento com base na operacionalização do projeto de intervenção comunitária realizado, através da divulgação do projeto à direção institucional das ERPI e equipa multidisciplinar da USP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório procurou descrever o percurso realizado no âmbito do estágio final do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de ESCSP, com desenvolvimento do projeto “Cuidar com Saber – Intervenção de Enfermagem Comunitária com Ajudantes de Ação Direta”. Assume-se simultaneamente como um instrumento de reflexão relativamente às competências desenvolvidas, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP e competências de mestre, exploradas em maior detalhe no capítulo anterior.

Para a consecução do projeto de intervenção comunitária, foi utilizada a Metodologia do Planeamento da Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) enquanto suporte metodológico e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 1995) enquanto referencial teórico em Enfermagem, ambos preponderantes na estruturação do projeto e imprescindíveis no processo de tomada de decisão.

Através da sua utilização, foi possível compreender de que forma os modelos teóricos estruturam e dão significado à prática profissional e como o trabalho simbiótico da teoria, prática e investigação, confere um carácter único à Enfermagem enquanto disciplina e ciência. Em paralelo, mas de igual relevância, compreende-se a importância do recurso à evidência científica mais atual enquanto alicerce de todas as etapas percorridas.

O projeto implementado parte do envelhecimento enquanto problema de saúde pública e desenvolve-se na procura de colaborar na resposta a este problema de maior amplitude, recorrendo à formação em serviço como contributo para a capacitação das AAD, intervenientes indispensáveis no cuidado aos idosos em situação de vulnerabilidade e dependência. Foi operacionalizado tendo em conta o cumprimento das diferentes etapas que integram o planeamento da saúde e a sua concretização não teria sido possível sem a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos em outras unidades curriculares integrantes do Curso de Mestrado, reforçando o posicionamento privilegiado do Enfermeiro Especialista em ESCSP enquanto detentor de competências especializadas que lhe permitem:

“participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (OE, 2010, p1.).

Apesar de marcado por alguns constrangimentos, entre os quais a limitação temporal para a implementação do projeto e consequente restrição no desenvolvimento de estratégias e atividades de maior complexidade, a impossibilidade de intervir sobre um maior número de problemas identificados e a dificuldade no alargamento a outras instituições, o balanço que resulta da execução do projeto explanado é positivo, com confiança no seu contributo para a prática clínica e em última instância, para o alcance de ganhos em saúde para a população-alvo (AAD) e para a população idosa, com melhoria da qualidade dos cuidados.

O trabalho desenvolvido, que culmina com a produção do presente relatório, mas que inclui também todas as atividades nas quais foi possível colaborar no âmbito do normal funcionamento da USP, apresentou-se como um contributo fundamental para a compreensão da enfermagem comunitária e de saúde pública enquanto prática centrada na comunidade, que se desenvolve com e para a mesma, através da adequação da intervenção às necessidades dos indivíduos, grupos ou comunidades, com vista à obtenção de ganhos em saúde (OE, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura. (2022). *Educação e formação de adultos na europa*. <https://www.dgert.gov.pt/educacao-e-formacao-de-adultos-na-europa-construir-percursos-inclusivos-para-as-competencias-e-as-qualificacoes>
- Aicken, C., Hodgson, L., De Vries, K., Wilkinson, I., Aldridge, Z., & Galvin, K. (2021). “This adds another perspective”: qualitative descriptive study evaluating simulation-based training for health care assistants, to enhance the quality of care in nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3995. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083995Alma-Ata.pdf>
- Allgood, M.R. & Tomey, A.M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ªed.). Lusociência.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bárrios, M. & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Elsevier Doyma*, 32 (2), 188-196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito* (4ªed.). Quarteto Editora.
- Bergdahl, E. & Berterö, C. M. (2023). Creating theory: Encouragement for using creativity and deduction in qualitative nursing research. *Nursing Philosophy*, 24(4). <https://doi.org/10.1111/nup.12421>
- Briones-Peralta, M. Á., Pardo-García, I., & Escibano-Sotos, F. (2020). Effects of a practical training programme on burnout among professional caregivers in a care home for older adults with dementia: a pilot study. *Psychogeriatrics*, 20, 391–397. <https://doi.org/10.1111/psyg.12523>
- Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
- Carstensen, L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312 (5782), 1913-1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Chambel, D.A.A. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados: Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais* [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde de

Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/d2b6e005-d9df-4ce0-8d53-4a545b0f0956/download>

- Declaração de Ratificação nº1/2024 de 12 de janeiro. (2024). Em *Diário da República: 1ª série*, n.187, 79.
- Decreto-Lei nº 102/2023 de 7 de novembro. (2023). Em *Diário da República: 1ª série*, n.215, 4-20.
- Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro. (2013). Em *Diário da República: 1ª série*, n.193, 6050-6061.
- Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de outubro. (1999). Em *Diário da República: 1ª série*, n.241, 6967-6971.
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. (2006). Em *Diário da República: 2ª série*, n.30, 926-1029.
- Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril. (1998). Em *Diário da República: 1ª série*, n.93, 1739-1757.
- Decreto-Lei nº121/2008 de 11 de julho. (2008). Em *Diário da República: 1ª série*, n.133, 4347-4419.
- Decreto-Lei nº86-A/2016 de 29 de dezembro. (2016). Em *Diário da República: 1ª série*, n.249, 5142- (33-40).
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Em *Diário da República: 2ª série*, n.187, 96-103.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2021-2030*. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030 – Plano estratégico*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>

- Fernandes, D.S.M.V. (2023). *Formar para cuidar- intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/6f61e38b-105b-4c9e-9153-37503bce0ce9/download>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fortin, M., Stewart, M., Poitras, M., Almirall, J. & Maddocks, H. (2012). A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Annals of Family Medicine*, 10(2), 142-151.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024). *Rede de serviços e equipamentos relatório 2022*. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocal2022.pdf/8f13f416-2d78-4ece-aff5-81ee62296043>
- Gillis, K., Van Diermen, L., Lips, D., Lahaye, H., De Witte, M., Van Wiele, L., Roelant, E., Hockley, J., & Van Bogaert, P. (2024). The impact of need-based care on formal caregivers' wellbeing in nursing homes: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 150, 104654. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104654>
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R. & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: Perceções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 291-313. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Obras avulsas.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ªed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 resultados definitivos – Portugal*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_produtos&xpid=CENSOS21&xlang=pt

- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Retorno de Informação aos Respondentes Municípios*. https://www.ine.pt/documentos/municipios/1115_2023.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Anuário estatístico de Portugal 2023*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=439483509&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da saúde – 2022*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estimativa provisória da esperança de vida aos 65 anos para 2022-2024*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUEsdest_boui=646171442&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Jeremias, C. & Rodrigues, F. (2011). O cuidar de enfermagem ao sistema cliente comunidade. *Nursing*, (263), 12-17. <https://forumenfermagem.org/site/o-cuidar-de-enfermagem-ao-sistema-cliente-comunidade/>
- Klompstra, L., Ekdahl, A., Krevers, B., Milberg, A. & Eckerblad, J. (2019). Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatrics*, 19, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1194-z>
- Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: From andragogy to pedagogy*. Chicago Associated.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4thed). Sage.
- Lacerda, M., Santos, M., Tonin, L. & Diogo, P. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Referência*, 6(3), 1-6. 10.12707/RVI24.18.34542
- Lei n.º156/2015 de 16 de setembro. (2015). Em Diário da República: 1^a série. n.181, 8059-8105.
- Lei n.º7/2009 de 12 de fevereiro. (2009). Em *Diário da República: 1^a série*, n.109, 3856-3865.

- Lei nº95/2019 de 4 de setembro. (2019). Em *Diário da República: 1ª série*. n.169, 55-66.
- Lopes, H., Mateus, C., Hernández-Quevedo, C. (2018). Ten years after the creation of the portuguese national network for long-term care in 2006: Achievements and challenges. *Elsevier*, *122*, 210-216. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300034?via%3DiHub>
- Maregoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B. & Fratiglioni, L. (2011). Ageing with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, *10*(4), 430-439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (1ª ed.). Lidel.
- Militar, S.A.S.M.B (2012). *Formar para cuidar*. [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. Veritati. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13570>
- Ministério da Saúde. (2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/931/Pages/default.aspx>
- Miranda, S., Dias, M. & Gunes, M. (2019). The impact of an educational support program on formal caregivers of elderly people with dementia in the institutional context. *Journal of Social Science Reserach*, *14*, 3398-3407. <https://doi.org/10.24297/jssr.v14i0.8496>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3ªed). Appleton & Lange.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The neuman systems model* (5ª ed.). Pearson.
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2024). *Portugal: Perfil de saúde do país 2023*. https://www.oecd.org/pt/publications/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2023_6be7d83c-pt.html
- OECD. (2020). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. https://www.oecd.org/en/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en.html

- OECD. (2020). *Workforce and safety in long-term care during the covid-19 pandemic*. https://www.oecd.org/en/publications/workforce-and-safety-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic_43fc5d50-en.html
- OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html
- OECD. (2023). *OECD economic surveys: Portugal 2023*. <https://doi.org/10.1787/2b8ee40a-en>.
- Oliveira, A., Nossa, P. & Mota-Pinto, A. (2019). Avaliação da capacidade funcional e fatores determinantes do declínio funcional em idosos: Um Estudo Transversal. *Acta Médica Portuguesa*, 32(10), p. 654-660. <https://doi.org/10.20344/amp.11974>
- Oliveira, S., Caldas, C., Nicoli, E., Costa e Silva, F., Cardoso, R. & Lopes, F. (2024). Aplicabilidade do modelo de sistemas de Neuman à prática de enfermagem gerontológica: revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, 1-12. 10.1590/1518-8345.6977.4225
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem – versão 2*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Pinazo-Clapés, C., Pinazo-Hernandis, S., & Sales, A. (2020). Effects of an educational program for professional caregivers on behavioral alterations in nursing home residents: pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8845. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238845>
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. (1ªed.). LEIASS.
- Pineault, R. & Daveluy, C. (1989). *La Planification de la santé – Concepts, méthodes, stratégics* (2ªed.). Masson, S.A.
- Portaria n.º349/2023 de 13 de novembro. (2023). Em *Diário da República: 1ª série*, n.219, 27-51.
- Portaria n.º67/2012 de 21 de março. (2012). Em *Diário da República: 1ª série*, n.58, 1324-1329.

- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Em *Diário da República: 2ª série*, n.26, 4744-4750.
- Regulamento nº428/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Em *Diário da República: 2ª série*, n.135, 19354-19359.
- Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024 de 12 de janeiro. (2024). Em *Diário da República: 1ª série*, n.9, 31- 78.
- Rodrigues, F. (2021). *A Saúde planeada – Metodologia colaborativa com a comunidade*. (1ªed.). Lisbon Press.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). Educação para a saúde. Formasau.
- Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E., Westendorp, R. & Rasmussen, L. (2015). The challenges of human population ageing. *Age and Ageing*, 44, 185-187.
<https://academic.oup.com/ageing/article/44/2/185/93994?login=false>
- Schoultz, M., McGrogan, C., Beattie, M., Macaden, L., Carolan, C., & Dickens, G. L. (2022). Uptake and effects of psychological first aid training for healthcare workers' wellbeing in nursing homes: A UK national survey. *PLOS ONE*, 17(11).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277062>
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções (1ª ed.). Quarteto.
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ª ed.). Lidel.
- Silva, V., Luz, K., Costa, D., Rocha, A., Almeida, R. & Lago, E. (2019). Formação de cuidadores de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 13(5), 1216-1222. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238934p1216-1222-2019>
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Príncipeia.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ªed.). Lusociência.

- Steves, C., Spector, T. & Jackson, S. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, 41(5), 581-586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Cadernos de Formação.
- União Europeia. (2020). *Carta dos direitos fundamentais da união europeia*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT>
- USP (2022). Manual de acolhimento – Alunos, estagiários e internos.
- Watson, J. (2017). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional [Editorial]. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>
- Wen, A., Ibrao, M., Braun, K., Okamoto, L., Takenaka, C., Lubimir, K., Ahsan, S., Fernandes, R., & Masaki, K. (2022). Increasing geriatric care capability in Hawai'i's healthcare systems through the pacific islands geriatrics workforce enhancement program (GWEP) at the University of Hawai'i. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 81(4), 39–45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35495069/>
- World Health Organization. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. URSS. <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization. (2020). *UN decade of healthy ageing: Plano of action*. <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization. (2022). *Working for health 2022-2030: Action plan – education and employment*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063365>
- Yarnall, A., Sayer, A., Clegg, A., Rockwood, K., Parker, S. & Hindle, J. (2017). New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing*, 46, 882-888. doi: 10.1093/ageing/afx150
- Zhao, Y., Ding, Y., Liu, L., & Chan, H. (2022). Feasibility of a culturally specific dementia competence education for nursing home taskforce (DECENT) programme:

A Mixed-Method Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16679. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416679>

ANEXOS

Anexo I – Autorização para implementação do projeto

FW: Pedido de Autorização - Implementação de Projeto de Intervenção Comunitária



Hoje às 11:30



○ [Redacted]

Para: Maria Leonor Mota Nunes; **Cc:** [Redacted]



[Transferir](#) · [Pré-visualizar](#)

Bom Dia,

Autorização dada.

Marcamos entrevista [Redacted]

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]

Diretora [Redacted]



Anexo II – Autorização para utilização de questionário (versão original)

RE: Solicitação de Autorização - Utilização de Instrumento de Colheita de Dados



📧 Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt>

Hoje às 08:22

Para: 📧 Maria Leonor Mota Nunes

Bom dia, estimada Sr^aEnf^a Leonor!

Venho por este meio autorizar a utilização do referido questionário e felicitá-la pelo seu percurso académico.

Qualquer questão, disponha.

Melhores Cumprimentos,

Sofia Militar

sofia.militar@scml.pt

De: Maria Leonor Mota Nunes <s-mimnunes@ucp.pt>

Enviado: 29 de setembro de 2024 19:48

Para: Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt>

Assunto: Solicitação de Autorização - Utilização de Instrumento de Colheita de Dados

Não costuma receber e-mails de s-mimnunes@ucp.pt. Saiba por que motivo isto é importante

Boa noite Sr.^a Enf.^a Sofia Militar,

O meu nome é Leonor Nunes, sou enfermeira e estudante do 17^o Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), sob orientação da Sr.^a Prof.^a Doutora Elisa Garcia.

Estou atualmente a desenvolver o meu estágio final e nesse sentido gostaria de solicitar a sua autorização para utilização do questionário por si desenvolvido no âmbito do projeto "Formar para Cuidar" (2012), que se tornou do meu conhecimento com base na leitura do seu relatório para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Este instrumento de colheita de dados apresentaria particular relevância para a realização do diagnóstico de situação do contexto sobre a qual o meu trabalho incide (Estruturas Residenciais para Idosos), pretendendo, se possível, solicitar ainda a realização de pequenas adaptações que o adequem à população-alvo que integra o projeto que pretendo desenvolver.

A utilização do questionário da sua autoria será, em caso de parecer favorável, devidamente creditada no relatório por mim

Anexo III – Autorização para utilização de questionário (versão adaptada)

Re: Solicitação de Autorização - Utilização de Instrumento de Colheita de Dados



DOMINIQUE SUZANA MONTEIRO DA VE FERNANDES <dominiquefernandes@campu...>

Ontem às 21:42

Para: Maria Leonor Mota Nunes

Boa noite Sra enfermeira Maria Leonor Mota Nunes, espero que esteja bem,
É com grande alegria que recebo o seu pedido e autorizo a utilização do referido questionário para o fim que solicitou.

O meu desejo é que os seus esforços sejam recompensados com muito sucesso.
Informe por favor aquando da publicação do seu relatório,
Melhores cumprimentos, ao dispor,
Dominique Fernandes

A domingo, 29/09/2024, 21:21, Maria Leonor Mota Nunes <s-mlmnunes@ucp.pt> escreveu:

Boa noite Sr.ª Enf.ª Dominique Fernandes,

O meu nome é Leonor Nunes, sou enfermeira e estudante do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), sob orientação da Sr.ª Prof.ª Doutora Elisa Garcia.

Estou atualmente a desenvolver o meu estágio final e nesse sentido gostaria de solicitar a sua autorização para utilização do questionário por si adaptado no âmbito do projeto “Formar para cuidar - intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta” (2023), que se tornou do meu conhecimento com base na leitura do seu relatório para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Este instrumento de colheita de dados apresentaria particular relevância para a realização do diagnóstico de situação do contexto sobre a qual o meu trabalho incide (Estruturas Residenciais para Idosos), pretendendo, se possível, solicitar ainda a realização de pequenas adaptações que o adequem à população-alvo que integra o projeto que pretendo desenvolver.

Anexo IV – Certificado de participação ENSIDE

Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que **Maria Leonor Mota Nunes**, estudante n.º 192023023 do 17º Mestrado em Enfermagem, participou no **Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem**, nos dias **17 e 18 de outubro de 2024**, que teve lugar no *campus* da Palma de Cima, organizado pelas Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) e Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

leonomunes05@gmail.com



Lisboa, 18 de outubro de 2024.
Pl' Os Diretores das Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) UCP

CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem



CERTIFICADO

Certifica-se que, em coautoria, **Maria Leonor Mota Nunes, Catarina Campos Soares, Mariana Martinho Machado e Cândida Ferrito** apresentaram o poster ME n.º 3 com o tema "*Intervenções de Enfermagem Promotoras de Equidade em Saúde*" no **Encontro Nacional e Simpósio Internacional de Docentes de Enfermagem**, nos dias **17 e 18 de outubro de 2024**, que teve lugar no *campus* da Palma de Cima, organizado pelas Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) e Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

leonomunes05@gmail.com



Lisboa, 18 de outubro de 2024.
Pl' Os Diretores das Escolas de Enfermagem (Lisboa e Porto) UCP

CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

APÊNDICES

Apêndice I – *Scoping Review* (síntese)

Necessidades de formação das Ajudantes de Ação Direta que cuidam de idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – *Scoping Review*

Síntese

A *scoping review* realizada teve como objetivo mapear o conhecimento existente em resposta à questão “Quais as necessidades de formação dos ajudantes de ação direta que cuidam de idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas?”.

Utilizando como referencial o manual emanado pelo *Joana Briggs Institute* (JBI), que estabelece indicações para a síntese de evidência, o processo da revisão realizada teve início com a seleção da temática, definindo-se a questão de investigação já identificada, para elaboração da qual se recorreu ao acrónimo PCC (população, conceito e contexto):

- População (P) – Ajudantes de Ação Direta
- Conceito (C) – Necessidades de formação
- Contexto (C) – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Suportados na questão definida, objetivaram-se como conceitos-chave “ajudantes de ação direta”, “formação” e “estruturas residenciais para pessoas idosas”, etapa à qual se seguiu a realização de pesquisa.

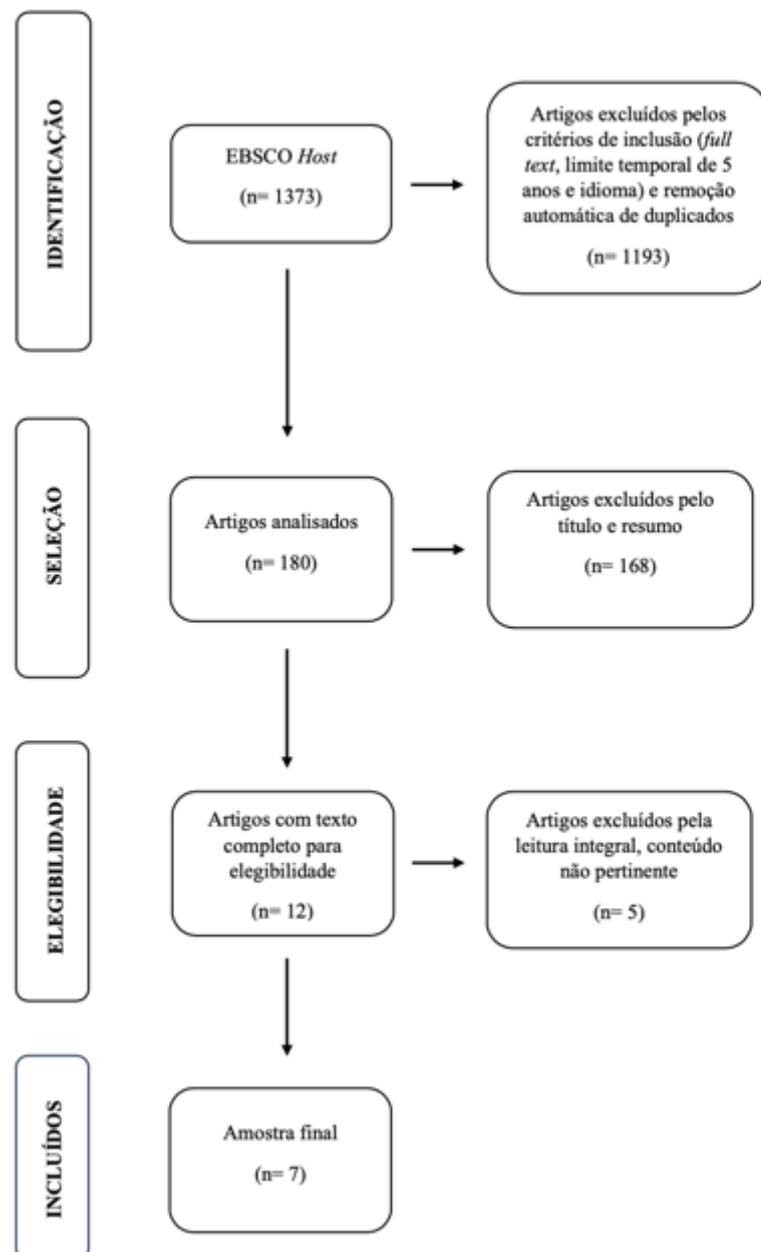
A estratégia de pesquisa adotada, efetuada mediante as orientações definidas pelo JBI, iniciou-se com o desenvolvimento de pesquisa livre relativamente à temática selecionada, em base de dados científicos e também com recurso ao motor de busca *Google*. Nesta primeira etapa de pesquisa, validaram-se os conceitos-chave selecionados e foi garantida a ausência de *scoping reviews* já desenvolvidas nesta área temática.

Seguiu-se a identificação dos descritores *Medical Subject Headings* (MeSH) a introduzir, a serem posteriormente conjugados pelos operadores booleanos *AND* e *OR* e deu-se início à etapa formal de pesquisa, realizada com recurso ao motor de busca EBSCOHost, acedido através da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e que inclui as bases de dados: *CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina e Cochrane Clinical Answers*.

Em simultâneo, foi ainda realizada consulta em repositórios universitários, nomeadamente no repositório da UCP “*Veritati*” e numa fase posterior, consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Para seleção dos artigos a incluir na *scoping review* desenvolvida, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos datados dos últimos 5 anos (2019-2024); texto integral disponível; idioma: português, inglês ou espanhol; considerados todos os tipos de estudos (natureza quantitativa e qualitativa), literatura cinzenta e artigos de opinião; ajudantes de ação direta de qualquer etnia e gênero; todas as necessidades de formação identificadas, independentemente da sua natureza; todas as intervenções, atividades ou estratégias de formação implementadas.

A etapa de pesquisa teve início no mês de setembro de 2024, com conclusão em outubro de 2024. Os resultados obtidos encontram-se demonstrados através do Fluxograma PRISMA seguidamente apresentado:



Decorrente do processo de pesquisa e seleção realizada, foi obtida uma amostra final de 7 artigos com adequação aos critérios de inclusão definidos e considerados pertinentes para a temática em estudo após leitura integral.

No que respeita às necessidades de formação dos ajudantes de ação direta que cuidam de idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, a evidência científica selecionada destaca enquanto áreas de formação prioritárias: o cuidado ao idoso com demência/ patologias indutoras de alterações comportamentais; comunicação; gestão do ambiente do utente e interação com as famílias; cuidado em fim de vida; promoção do trabalho em equipa; disfagia e alimentação do utente por sonda nasogástrica e PEG; gestão de *stress* profissional e prevenção de *burnout*; prevenção de quedas e controlo de infeção (Aicken et al., 2021; Briones-Peralta et al., 2020; Pinazo-Clapés et al., 2020; Schoultz et al., 2022; Wen et al., 2022; Zhao et al., 2022).

A par dos resultados expostos, a *scoping review* realizada contribuiu ainda para a caracterização do grupo profissional de ajudantes de ação direta, uma população geralmente detentora de baixos níveis de escolaridade e literacia, com baixos salários e *status* social, ausência de uma carreira profissional estruturada e onde a população migrante assume um papel de relevância (Aicken et al., 2021).

A estas condicionantes acrescem ainda a frequente sobrecarga a que os profissionais se encontram sujeitos, o difícil acesso a formação e treino, com escassez de incentivos e recursos e maioritária ausência de pré-requisitos de qualificações específicas para desempenho de funções no processo de recrutamento (Aicken et al., 2021).

Os artigos selecionados permitiram ainda identificar elementos facilitadores da aprendizagem dos ajudantes de ação direta aquando realização de intervenções formativas, nomeadamente com recurso a técnicas como *roleplaying*, *brainstorming*, discussão em grupo e relaxamento, aos quais se adiciona a veemente referência à realização de exercícios de prática simulada e treino, para consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências, com aproximação ao real contexto laboral dos profissionais, assim como às suas necessidades emergentes (Briones-Peralta et al., 2020; Pinazo-Clapés et al., 2020; Zhao et al., 2022).

Apêndice II – Pedido de autorização para implementação do projeto

Exma. Sr.^a. Diretora Técnica do [REDACTED]
[REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para implementação de projeto de intervenção comunitária nas instituições [REDACTED]
[REDACTED].

No âmbito da frequência do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem – especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, eu, Maria Leonor Nunes, enfermeira e mestranda da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), venho por este meio solicitar a colaboração de V. Ex.^a e das instituições supracitadas, no desenvolvimento do projeto que pretende responder aos objetivos delineados para o estágio em vigor.

O presente estágio, desenvolvido sob orientação da Sr.^a Enf.^a Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública [REDACTED], a exercer funções na USP [REDACTED], decorre no período compreendido entre 6 de setembro e 19 de dezembro de 2024. O projeto de intervenção comunitária enunciado visa a identificação e avaliação das necessidades de formação apresentadas pelas ajudantes de ação direta das instituições, pretendendo-se posteriormente intervir na promoção da sua capacitação nas áreas prioritárias identificadas.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a autorização e colaboração de V. Ex.^a para realização de avaliação diagnóstica e posterior intervenção no âmbito citado. Para este efeito, pretende-se desenvolver as seguintes atividades:

- Entrevista semi-estruturada com informadores-chave (direção técnica das instituições selecionadas) para auscultação de necessidades de formação percecionadas;
- Preenchimento, sob anonimato, pelas ajudantes de ação direta que integram as instituições, de um questionário de identificação e avaliação das necessidades de formação, que integra também a recolha de dados de caracterização sociodemográfica da população em estudo;
- Realização de sessões de formação (a agendar) no âmbito das necessidades prioritárias identificadas.

Atesto que a participação de cada elemento é inteiramente voluntária e que os dados colhidos serão utilizados unicamente pela autora do trabalho, garantindo confidencialidade em todo o processo.

Aguardo emissão de parecer de V. Ex.^a com a brevidade possível.

Grata desde já pela atenção dispensada e disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Maria Leonor Mota Nunes

Maria Leonor Mota Nunes (estudante UCP nº 192023023)

Lisboa, setembro de 2024

Apêndice III – Guião de entrevista semiestruturada dirigida à direção técnica

Guião de entrevista semiestruturada a informadores- chave (direção técnica das ERPI selecionadas)

1. Apresentação:

Data: 3 outubro 2024

Horário:10H00

Local: ERPI 1

Duração estimada: 30 minutos

- Apresentação da mestrandia;
- Agradecimento pela colaboração e pronta disponibilidade;
- Clarificação do projeto de intervenção comunitária e seus objetivos;
- Enquadramento da realização da entrevista enquanto instrumento de colheita de dados:

A presente entrevista visa a auscultação da perceção de peritos do contexto (informadores-chave), relativamente às necessidades formativas das ajudantes de ação direta que desenvolvem o seu exercício nas instituições selecionadas, no âmbito do cuidado a idosos institucionalizados nas ERPI em causa.

Seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde, os dados colhidos através deste instrumento e posteriormente analisados, irão contribuir para a realização do diagnóstico de situação da população, através da identificação das principais necessidades de formação emergentes, para sua posterior priorização e planeamento da intervenção a implementar.

De forma a salvaguardar a confidencialidade dos dados fornecidos, a denominação dos entrevistados será codificada, respetivamente como: Entrevistada 1 (diretora-técnica ERPI 1), Entrevistada 2 (diretora- técnica ERPI 2) e entrevistada 3 (diretora- técnica ERPI 3).

A solicitação da gravação áudio da entrevista será realizada, sendo o consentimento informado livre e esclarecido firmado por escrito.

- Disponibilização e posterior recolha de termo de consentimento informado livre e esclarecido;

2. Questões:

1. No processo de recrutamento dos profissionais que desempenham funções enquanto AAD nas instituições em questão, existem pré-requisitos específicos no que respeita à sua formação, para admissão na instituição?
2. É disponibilizada pela instituição formação inicial para desempenho das funções enquanto AAD? Existem entidades parceiras que realizam esta formação inicial e posteriormente, no contexto de trabalho?
3. Quais as dificuldades mais significativas que são manifestadas pelas AAD à direção técnica das instituições, no âmbito do seu exercício profissional diário?
4. Quais as áreas temáticas que consideram prioritárias para desenvolvimento em formação em contexto de trabalho, direcionada às AAD?

Apêndice IV - Guião de entrevista semiestruturada dirigida ao enfermeiro responsável
pelos cuidados de enfermagem da ERPI 1

Guião de entrevista semiestruturada a informadores- chave (representante da equipa de saúde das ERPI selecionadas)

2. Apresentação:

Data: 8 outubro 2024

Horário:16H30

Local: ERPI 1

Duração Estimada: 30 minutos

- Apresentação da mestrandia;
- Agradecimento pela colaboração e pronta disponibilidade;
- Clarificação do projeto de intervenção comunitária e seus objetivos;
- Enquadramento da realização da entrevista enquanto instrumento de colheita de dados:

A presente entrevista visa a auscultação da percepção de peritos do contexto (informadores-chave), relativamente às necessidades formativas das ajudantes de ação direta que desenvolvem o seu exercício nas instituições selecionadas, no âmbito do cuidado a idosos institucionalizados nas ERPI em causa.

Seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde, os dados colhidos através deste instrumento e posteriormente analisados, irão contribuir para a realização do diagnóstico de situação da população, através da identificação das principais necessidades de formação emergentes, para sua posterior priorização e planeamento da intervenção a implementar.

De forma a salvaguardar a confidencialidade dos dados fornecidos, a denominação do entrevistado será codificada.

A solicitação da gravação áudio da entrevista será realizada, sendo o consentimento informado livre e esclarecido firmado por escrito.

- Disponibilização e posterior recolha de termo de consentimento informado livre e esclarecido;

2. Questões:

5. De forma a melhor compreender o âmbito do exercício profissional das AAD da instituição, gostaria de começar por questionar, de uma forma genérica, qual o perfil dos utentes da instituição e problemas de saúde mais comuns?
6. Quais as dificuldades mais significativas que são manifestadas pelas AAD, no âmbito do seu exercício profissional diário, à equipa de saúde (enfermagem)?
7. Quais as áreas que considera prioritárias para desenvolvimento de formação em contexto de trabalho direcionada às AAD?

Apêndice V - Termo de consentimento informado livre e esclarecido (peritos)

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

No âmbito da frequência do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem – especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, eu, Maria Leonor Nunes, enfermeira e mestranda da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), venho por este meio solicitar a colaboração de V. Ex.^a, no desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária subjacente ao estágio que integra a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.

O estágio que me encontro presentemente a desenvolver, sob orientação da Sr.^a Enf.^a Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública [REDACTED], a exercer funções na USP [REDACTED], decorre no período compreendido entre 6 de setembro e 19 de dezembro de 2024.

O projeto de intervenção enunciado tem como objetivo contribuir para a capacitação das ajudantes de ação direta (AAD) que realizam a sua atividade profissional em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, com vista a contribuir para o desenvolvimento da sua prática, qualidade dos cuidados e consequente obtenção de ganhos em saúde.

Para este fim, o projeto desenvolver-se-á em duas etapas. A primeira, a fase de diagnóstico, visa a identificação das necessidades de formação apresentadas pelas AAD das instituições selecionadas, seguindo-se a fase de intervenção, que pretende o desenvolvimento de competências nas áreas prioritárias identificadas.

Com o presente documento, procuro explicitar o âmbito do projeto e intervenção proposta, solicitando a colaboração de V.^a Ex.^a no desenvolvimento da fase de diagnóstico de situação, através da participação numa entrevista semi-estruturada para auscultação de necessidades de formação percecionadas. Solicito simultaneamente a sua autorização para a gravação em áudio da entrevista, para futura transcrição e análise.

Importa esclarecer que os dados colhidos serão utilizados unicamente pela autora do trabalho. De forma a salvaguardar a confidencialidade dos dados fornecidos, a denominação dos entrevistados será codificada, sendo que a qualquer momento poderá revogar o seu consentimento e não continuar a colaboração neste projeto.

Maria Leonor Mota Nunes

Maria Leonor Mota Nunes (estudante UCP nº 192023023)

Lisboa, outubro de 2024

Eu, _____,
declaro que aceito colaborar na etapa diagnóstica do projeto de intervenção comunitária a desenvolver pela mestranda Maria Leonor Mota Nunes, estudante do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem – especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa, através da participação numa entrevista semi-estruturada para auscultação de necessidades de formação percecionadas, tendo recebido informação sobre o âmbito e objetivos do projeto e da entrevista.

Declaro ainda consentir a gravação em áudio da entrevista, para futura transcrição e análise.

Confirmo que fui informado(a) e compreendi que em qualquer momento posso revogar o presente consentimento e extinguir a colaboração no projeto enunciado.

Data ___ / ___ / _____ Assinatura _____

Apêndice VI - Pedido de autorização para utilização de questionário (original)

RE: Solicitação de Autorização - Utilização de Instrumento de Colheita de Dados



📧 Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt>

Hoje às 08:22

Para: 📧 Maria Leonor Mota Nunes

De: Maria Leonor Mota Nunes <s-milmnunes@ucp.pt>

Enviado: 29 de setembro de 2024 19:48

Para: Sofia Alexandra Brites Militar <sofia.militar@scml.pt>

Assunto: Solicitação de Autorização - Utilização de Instrumento de Colheita de Dados

Não costuma receber e-mails de s-milmnunes@ucp.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Boa noite Sr.ª Enf.ª Sofia Militar,

O meu nome é Leonor Nunes, sou enfermeira e estudante do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), sob orientação da Sr.ª Prof.ª Doutora Elisa Garcia.

Estou atualmente a desenvolver o meu estágio final e nesse sentido gostaria de solicitar a sua autorização para utilização do questionário por si desenvolvido no âmbito do projeto "Formar para Cuidar" (2012), que se tornou do meu conhecimento com base na leitura do seu relatório para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Este instrumento de colheita de dados apresentaria particular relevância para a realização do diagnóstico de situação do contexto sobre a qual o meu trabalho incide (Estruturas Residenciais para Idosos), pretendendo, se possível, solicitar ainda a realização de pequenas adaptações que o adequem à população-alvo que integra o projeto que pretendo desenvolver.

A utilização do questionário da sua autoria será, em caso de parecer favorável, devidamente creditada no relatório por mim desenvolvido.

Desde já grata pela atenção e disponível para qualquer esclarecimento adicional,
Com os melhores cumprimentos,

Leonor Nunes.

Apêndice VII - Pedido de autorização para utilização de questionário (adaptado)

Solicitação de Autorização - Utilização de Instrumento de Colheita de Dados



✉ Maria Leonor Mota Nunes <s-mlmnunes@ucp.pt>

Ontem às 21:21

Para: dominiquefernandes@campus.esel.pt

Boa noite Sr.ª Enf.ª Dominique Fernandes,

O meu nome é Leonor Nunes, sou enfermeira e estudante do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), sob orientação da Sr.ª Prof.ª Doutora Elisa Garcia.

Estou atualmente a desenvolver o meu estágio final e nesse sentido gostaria de solicitar a sua autorização para utilização do questionário por si adaptado no âmbito do projeto "Formar para cuidar - intervenção de enfermagem comunitária com ajudantes de ação direta" (2023), que se tornou do meu conhecimento com base na leitura do seu relatório para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Este instrumento de colheita de dados apresentaria particular relevância para a realização do diagnóstico de situação do contexto sobre a qual o meu trabalho incide (Estruturas Residenciais para Idosos), pretendendo, se possível, solicitar ainda a realização de pequenas adaptações que o adequem à população-alvo que integra o projeto que pretendo desenvolver. A utilização do questionário da sua autoria será, em caso de parecer favorável, devidamente creditada no relatório por mim desenvolvido.

Acrescento ainda que a solicitação da sua utilização foi também realizada à Sr.ª Enf.ª Sofia Militar, autora do mesmo em 2012.

Desde já grata pela atenção e disponível para qualquer esclarecimento adicional,
Com os melhores cumprimentos,

Leonor Nunes.

Apêndice VIII - Questionário de avaliação de necessidades de formação das AAD

Questionário de Avaliação de Necessidades de Formação das Ajudantes de Ação Direta (Militar, 2012; adaptado por Fernandes, 2023)

Este questionário insere-se num projeto de intervenção comunitária no âmbito da formação das Ajudantes de Ação Direta. A sua colaboração é essencial, pelo que lhe pedimos que inicialmente leia e assine o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido, respondendo de seguida às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à sua resposta. Não existem respostas certas ou erradas, qualquer avaliação ou consequências da sua aplicação, pelo que peço que seja o mais rigoroso (a) possível na sua resposta.

Assinale com X a quadrícula correspondente à sua resposta e/ou preencha a informação em falta no campo em branco. Nas questões rasuradas, não realize o seu preenchimento e continue com a sua resposta à questão seguinte.

Pedimos por favor que não deixe nenhuma questão por responder, agradecendo desde já a sua colaboração.

Parte A – Caracterização Sociodemográfica dos cuidadores formais (AAD)

A1. Sexo: Feminino Masculino

A2. Idade: _____ anos

A3. Estado civil: Solteiro/a Casado/a ou união de fato Divorciado/separado Viúvo

A4. Nacionalidade: Portuguesa Outra - Qual _____

A5. Habilitações Literárias:

Escola Primária Ensino Básico
 Ensino Secundário Curso técnico-profissional Curso Superior

A6. Tem formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente nas Atividades de Vida Diária?

Sim Não

A7. Há quanto tempo trabalha nesta área? _____ anos

A8. Recebeu formação inicial para desempenhar a sua atual função?

Sim Não

A9. Se respondeu **sim** e para o caso em que tenha sentido dificuldade em aplicar o que aprendeu na formação na prática de cuidados, pode enumerar qual/quais foi/foram a(s) dificuldade(s)?

A10. Há quanto tempo trabalha nesta instituição? _____ anos

A11. Horas de trabalho semanal? _____ horas

A12. Tipo de Horário: Rotativo Fixo outro

[Redacted area]

A16. Tem redes de apoio que ajudam a lidar com situações de sofrimento e em que se apoia em momentos de dificuldade?

Não Sim – Qual? Família Amigos Colegas de trabalho Grupos de ajuda
 Outras fontes de esperança Religião Crenças espirituais

Parte B - Avaliação das necessidades de formação dos cuidadores formais (AAD)

1 - Indique de 1 a 5 (sendo 1 sem dificuldade e 5 muita dificuldade) o grau de dificuldade com que desempenha as seguintes funções:

B1. Higiene e conforto	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Posicionamentos na cama	1	2	3	4	5
2. Banho na cama	1	2	3	4	5
3. Banho no chuveiro	1	2	3	4	5
4. Lavagem dos dentes e próteses dentárias	1	2	3	4	5
5. Higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	1	2	3	4	5
6. Avaliação da pele e seus cuidados incluindo as unhas	1	2	3	4	5
7. Adequação do vestuário ao clima	1	2	3	4	5
8. Vestir/despir	1	2	3	4	5
9. Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé)	1	2	3	4	5
10. Utilização de equipamentos adaptativos (andarilho, bengala, cadeira de rodas...)	1	2	3	4	5

B2. Alimentação	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Preparação de alimentos	1	2	3	4	5
2. Alimentação oral (por colher)	1	2	3	4	5
3. Alimentação por sonda nasogástrica	1	2	3	4	5
4. Alimentação por PEG	1	2	3	4	5
5. Administração de líquidos	1	2	3	4	5
6. Adequar a consistência dos alimentos á necessidade da pessoa	1	2	3	4	5
7. Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação (ex: intolerâncias, alergias, dificuldade a engolir, engasgamentos)	1	2	3	4	5

B3. Eliminação	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Colocação da fralda	1	2	3	4	5
2. Cuidados ao utente algaliado	1	2	3	4	5
3. Cuidados ao utente com dispositivo urinário	1	2	3	4	5
4. Observar características da urina e das fezes	1	2	3	4	5
5. Identificação de possíveis problemas de eliminação	1	2	3	4	5

	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade

B5. Segurança	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Utilizar equipamento de proteção individual (luvas, avental)	1	2	3	4	5
2. Lavagem correta das mãos	1	2	3	4	5
3. Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas...)	1	2	3	4	5
4. Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa	1	2	3	4	5
5. Identificação de toma de medicamentos desadequada	1	2	3	4	5
6. Identificação de outros riscos (maus-tratos, confusão, fuga...)	1	2	3	4	5
7. Como proceder em situações de urgência/emergência	1	2	3	4	5

B6. Comunicação	Sem dificuldade	Raramente tenho dificuldade	Algumas vezes tenho dificuldade	Tenho muita dificuldade	Tenho sempre dificuldade
1. Comunicar com o utente com limitações da fala	1	2	3	4	5
2. Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	1	2	3	4	5
3. Interagir com cordialidade com a família da pessoa	1	2	3	4	5
4. Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade	1	2	3	4	5
5. Lidar com o luto/morte/consolo	1	2	3	4	5
6. Identificar as necessidades sociais do idoso, e adaptar atividades de lazer	1	2	3	4	5
7. Resolução de conflitos interpessoais	1	2	3	4	5
8. Comunicar com a equipa multidisciplinar tendo em vista a continuidade dos cuidados	1	2	3	4	5

Parte C – Opinião dos cuidadores formais (AAD) sobre a importância da formação na sua atividade profissional

C1. Considera importante a realização de ações de formação na instituição com vista a melhoria do seu desempenho?

a) Sim b) Não

C2. Como caracteriza o seu nível de formação na sua atividade profissional?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom Excelente

C3. Na sua opinião, com que regularidade deveria ser dada formação na instituição?

Mensal Trimestral Semestral Anual Desconhece/Não sabe

C4. Indique três temas que gostasse de ver abordados em futuras ações de formação:

Obrigada pela sua participação.

Apêndice IX – Termo de consentimento informado livre e esclarecido (AAD)

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

O meu nome é Maria Leonor Mota Nunes, sou enfermeira e estudante do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Na sequência do estágio final que estou a realizar, sob orientação clínica da Sr.^a Enf.^a Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública [REDACTED], a exercer funções na Unidade de Saúde Pública [REDACTED], venho solicitar a sua colaboração para o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária que visa a identificação das necessidades de formação apresentadas pelas ajudantes de ação direta cujo exercício profissional decorre em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e posterior intervenção, através de formação em contexto de trabalho.

Sendo a equipa de ajudantes de ação direta uma enorme mais-valia pela sua proximidade no cuidado ao utente, intento com a aplicação de um questionário caracterizar a população-alvo da minha intervenção, assim como identificar as dificuldades sentidas e possíveis condicionantes existentes, pretendendo posteriormente intervir na promoção da sua capacitação.

Para tal, solicito a sua contribuição para o preenchimento do questionário anexo.

O preenchimento do questionário é de carácter voluntário e o seu consentimento é indispensável. No entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal/ profissional associado.

Os dados colhidos serão alvo de tratamento estatístico e utilizados unicamente pela autora do trabalho, para fins académicos, garantindo os princípios éticos e assegurando a confidencialidade e anonimização da informação.

Agradeço desde já a sua colaboração, encontrando-me disponível para esclarecer qualquer questão ou sugestão de melhoria, estando contactável através do email: s-mlmnunes@ucp.pt.

Maria Leonor Mota Nunes (nº estudante UCP 192023023)

Lisboa, outubro de 2024

Eu, _____, declaro que aceito colaborar no projeto de intervenção comunitária a desenvolver pela mestranda Maria Leonor Mota Nunes, estudante do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem – especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa, através do preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e identificação de necessidades de formação, tendo recebido informação sobre o âmbito e objetivos do projeto.

Confirmo que fui informado(a) e compreendi que em qualquer momento posso revogar o presente consentimento e extinguir a colaboração no projeto enunciado.

Data ___/___/___ Assinatura _____

Apêndice X- Análise de conteúdo das entrevistas/*focus group*

Análise de conteúdo das entrevistas/*focus group* realizados a informadores- chave

(Direção técnica das ERPI selecionadas e enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem da ERPI 1)

O presente documento sistematiza a análise realizada ao conteúdo das entrevistas desenvolvidas a informadores-chave dos contextos de implementação do projeto de intervenção comunitária, integrando a etapa de diagnóstico de situação seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

- Focus group realizado a diretoras técnicas das ERPI selecionadas:

Colheita de dados realizada no dia 3 de outubro de 2024, pelas 10:00, nas instalações da ERPI 1, com presença dos elementos representantes da Direção Técnica de duas das três instituições selecionadas (terceiro elemento previsto ausente). Por solicitação dos envolvidos, a entrevista semiestruturada inicialmente prevista para ser realizada individualmente a cada elemento foi modificada, desenvolvendo-se com suporte na metodologia de *focus group*, de forma a possibilitar a resposta conjunta de todos os intervenientes, no mesmo momento.

Os nomes dos participantes foram codificados, respetivamente como entrevistado 1 (Diretora Técnica da ERPI 1) e entrevistado 2 (Diretora Técnica da ERPI 2).

- Entrevista a Enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem da ERPI 1:

A entrevista decorreu no dia 8 de outubro de 2024, pelas 16:30, nas instalações da ERPI 1. Contou com a presença da Mestranda (entrevistador) e do Sr. Enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem desenvolvidos na ERPI 1.

De forma a garantir a confidencialidade dos dados, o nome dos intervenientes foi codificado, sendo atribuído ao entrevistado o código entrevistado 3.

A grelha de análise desenvolvida no presente documento apoia-se nos discursos que foram previamente transcritos para formato Word, do conteúdo das entrevistas realizadas.

Unidade de Registo (Tema)	Categoria	Subcategoria	Unidades de Contexto Significativas	Unidades de Enumeração (Nº)
Caraterização do Contexto	Perfil de saúde dos utentes institucionalizados	Grau de dependência nas AVD	“(…) cerca de 20% dos utentes têm um grau de dependência elevado.” (E3) “(…)Utentes, muitos deles polimedicados, com muitas necessidades do ponto de vista de medicação e de controlos diários deste tipo de patologias (…)” (E3)	1
		Principais Patologias Presentes	“(…) temos muita doença neurológica...(…) muitos com demência, portanto, eventualmente, 40 a 50% dos nossos utentes possuem doença neurológica do espectro das demências (…)” (E3) “(…) das doenças acrescidas que nós temos, são as habituais nesta fase de vida...portanto a hipertensão, diabetes, dor osteoarticular, a doença cardíaca, problemas do ponto de vista vascular, dos membros inferiores (…)” (E3) “(…)nós temos muitos utentes com disfagias (…)” (E3) “(…) este nosso tipo de utentes começa a ter algumas carências nutricionais...e alguns desequilíbrios hidroeletrólíticos (…)	1
	Perfil da equipa de AAD	Características do grupo de AAD	“a nossa população de ajudantes de lar, é uma população com uma baixa literacia (…)	1
Perceção dos informadores-chave relativamente às necessidades formativas das AAD	Relevância da formação no processo de recrutamento e exercício profissional	Pré-requisitos para admissão	“(…) é sempre difícil ter pessoas com formação. Se tiverem experiência profissional, para nós já é bom (…)” (E1) “(…) isso já aconteceu há alguns anos, em que nós tivemos muitos cursos desta área, de ajudantes de lar, de ação direta, de geriatria (…)	2
		Formação inicial	“(…) Depois quando vêm tentamos introduzi-los no nosso plano de formação (…)	2
		Formação contínua	“Nós temos mesmo um gabinete que tem a área da formação (…)	2

			“A própria Saúde Pública também vem dar formação (...)” (E2)	
Formação em contexto de trabalho já desenvolvida	Alimentação		“(…) as questões da alimentação já estão perfeitamente buriladas (...)” (E3)	1
	Eliminação		“(…) neste momento, só temos um utente que está urostomizado e, portanto, já otimizamos aqui o tratamento.” (E3) “(…) E fiz uma sobre cuidados a estomas (...)” (E3)	1
	Avaliação de glicémia capilar e insulino terapia		“(…) e que nós já fizemos formação com elas para isso tem a ver com a questão da avaliação da glicemia capilar e a administração de insulina (...)” (E3)	1
Áreas de formação consideradas prioritárias	Controlo de Infecção		“Acho que é importante também estarmos constantemente a relembrar os cuidados de controlo de infeção (...)” (E2) “Eu acho que esta questão que a S. falou...o controlo de infeção.” (E1)	2
	Resposta a situações de urgência/emergência		“Acho que outra coisa é também o que fazer numa emergência (...)” (E1) “(…) É mais alguém que está a ter um AVC, uma convulsão... emergências que acontecem muito (...)” (E1)	1
	Posicionamentos e Transferências		“(…) Depois são coisas mais específicas, o alertar dos posicionamentos dos acamados (...)” (E1) “(…) Mas eu acho que é sempre mais ligado a esta área, por exemplo, alguém que tem uma situação que precisa de ser mobilizado (...)” (E1) “(…) E, portanto, a minha principal preocupação é que eles consigam saber posicionar (...)” (E3) “(…) como temos alguns doentes dependentes e como elas muitas vezes não sabem distribuir a carga física, temos lesões músculo-esqueléticas e, portanto, a questão dos posicionamentos, não só na vertente do utente, mas do profissional (...)” (E3)	2
	Alimentação		“(…) A questão da alimentação também é fundamental (...)” (E3)	1
	Cuidado ao Utente em Fim de Vida		(...) então o primeiro impacto é tão grande que às vezes dizem às famílias “É, pois... ele já não come, ele vai morrer”. (E1) “(…) questionam “Agora o que é que se faz?”. E aí entra a parte mais emocional de cada uma. É isso que se tem de fazer, ajustar as expectativas.” (E2)	3

			“(…) E os cuidados em fim de vida (…) as nossas ajudantes (…) também criam elos de ligação aos nossos idosos muito grandes e depois são quase como família. E quando temos aqui uma situação em final de vida, nós temos que fazer a conferência familiar com a família (…) mas depois temos as nossas ajudantes a sofrerem também (…)” (E3)	
		Comunicação (intra-equipa)	“(…) E portanto, esta questão da transmissão de informação também é uma área que nós temos que otimizar (…)” (E3)	1
Dificuldades comunicadas pelas AAD	Relação com processo de saúde-doença do utente	Alimentação	“(…) as necessidades delas prendem-se muito com aquilo que é as questões alimentares, portanto, como é que se alimenta, que tipo de alimentação é que um utente precisa ou não precisa (…)” (E3)	1
		Posicionamentos	“(…) Essencialmente, tem muito a ver com os posicionamentos, com os levantes (…) Estas são preocupações major das nossas ajudantes (…)” (E3)	1
		Técnicas/manutenção de dispositivos	“(…) Depois as coisas como, por exemplo, as colostomias …O primeiro impacto de como é que se faz, como é que se mexe, como é que se muda o saco…” (E1)	1
		Resposta a situações de urgência/emergência	(…) uma emergência, um engasgamento, fica sempre tudo muito atrapalhado (…) “(E1)	1

Síntese:

Através da utilização da grelha de análise elaborada, é possível realizar a articulação entre os principais temas que motivam a realização da colheita de dados, nomeadamente a **caracterização do contexto** em análise, a **perceção dos informadores-chave relativamente às necessidades formativas das AAD** e as **principais dificuldades expressas pelo grupo de AAD** a estes peritos, e as categorias e subcategorias que, sustentadas em excertos do discurso dos intervenientes, organizam e codificam a resposta às questões formuladas.

Inclusas na caracterização do contexto alvo de intervenção, o primeiro tema explorado, destacam-se as categorias “**Perfil de saúde dos utentes institucionalizados**” e “**Perfil da equipa de AAD**”.

Na categoria “**Perfil de saúde dos utentes institucionalizados**”, nomeiam-se as seguintes subcategorias:

- Grau de dependência nas atividades de vida diária – é salientado que aproximadamente 20% dos utentes institucionalizados na ERPI 1 apresentam dependência total/quase total na realização das suas atividades de vida diárias;
- Principais patologias presentes – é reiterada a presença significativa de doença neurológica entre o grupo de utentes, nomeadamente demência e doença de Alzheimer, destacando-se também a presença de hipertensão, diabetes, dor osteoarticular, doença cardíaca e vascular.

Segue-se a realização de uma breve referência à categoria “**Perfil da equipa de AAD**”, onde se objetiva a subcategoria:

- Características do grupo de AAD – grupo que se caracteriza, segundo o entrevistado (E3), por baixo nível de literacia, estando no entanto organizado por turnos com presença de um chefe de equipa, com maior capacitação e experiência.

No que respeita à área temática que descreve a perceção dos informadores-chave relativamente às necessidades formativas das AAD, identificam-se as categorias: “**Relevância da formação no processo de recrutamento e posterior exercício profissional**”, “**Formação em contexto de trabalho já desenvolvida**” e “**Áreas de formação consideradas prioritárias**”.

Na categoria “**Relevância da formação no processo de recrutamento e posterior exercício profissional**”, enaltecem-se as subcategorias:

- Pré-requisitos formativos para admissão – nesta subcategoria é verbalizada a ausência de pré-requisitos no que respeita a formação para recrutamento e início de funções nas instituições, com existência reduzido número de candidatos com formação prévia. Não obstante, a experiência profissional prévia é valorizada;
- Formação inicial – Reforça-se a valorização da experiência profissional prévia como uma vantagem, estando no entanto a formação inicial subjugada a um processo de integração no local realizado pelos pares, em simultâneo com a integração dos novos elementos no plano formativo geral da entidade principal que agrega as três ERPI selecionadas;
- Formação contínua – A entidade que aglomera as três ERPI selecionadas desenvolve um plano de formação interno anual, no qual se procura a integração de todos os profissionais. A formação contínua em contexto de trabalho é também assegurada com a colaboração da equipa de enfermagem que trabalha com as instituições, assim como parcerias externas, como é o exemplo da formação desenvolvida pela Unidade de Saúde Pública.

Na análise da categoria “**Formação em contexto de trabalho já desenvolvida**”, são identificadas e apreciadas as subcategorias alimentação, eliminação e monitorização de glicémia capilar e insulinoaterapia, enumeradas como áreas já trabalhadas a nível formativo no presente ano.

Relativamente à categoria “**Áreas de formação consideradas prioritárias**”, são apresentadas como dimensões principais:

- Controlo de infeção – área amplamente vocalizada pelos informadores-chave enquanto prioridade de intervenção, quer pela necessidade de permanente reforço de práticas a adotar, quer pela necessidade de maior consciencialização e responsabilização dos profissionais no seu cumprimento;
- Primeiros socorros – é identificada pelos informadores-chave a necessidade de maior capacitação para resposta a situações de urgência/emergência, nomeadamente no reconhecimento de sinais/ sintomas de AVC, conduta a realizar em caso de convulsão ou paragem cardiorrespiratória;
- Posicionamentos e integridade cutânea- área identificada pelos peritos como detentora de permanente necessidade de reforço e atualização. Ainda nesta subcategoria, é verbalizada a relevância da associação desta temática à prevenção do desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas nos profissionais;

- Alimentação – apesar de reforçada como uma área de necessidade de formação fundamental, é também expressa a realização prévia de formação neste âmbito no presente ano, de forma a suprir as necessidades identificadas;
- Cuidado ao utente em fim de vida e comunicação com a família – é verbalizada a necessidade de formação no âmbito dos cuidados específicos à pessoa em fim de vida, com clarificação das suas necessidades e adequação dos cuidados à sua situação particular, com extensão à comunicação com a família do utente e a promoção do seu envolvimento. O trabalho nesta dimensão específica implica ainda, na perspetiva dos entrevistados, a gestão de expectativas e suporte emocional do grupo de AAD no processo de luto;
- Comunicação (intra-equipa) – são enunciadas limitações na continuidade dos cuidados, potenciada pela deficitária transmissão de informações entre AAD;

Por último, salienta-se a realização de uma breve análise do tema “**Dificuldades manifestadas pelas AAD**”, à qual se encontra subjugada a categoria “**Relação com processo de saúde-doença do utente**” e onde se objetivam as subcategorias:

- Alimentação – enumeram-se como principais dificuldades manifestadas a adequação do tipo de alimentação ao utente e o modo como se alimenta;
- Posicionamentos – são frequentemente manifestadas pelo grupo de AAD, na perspetiva dos entrevistados, preocupações relativas aos posicionamentos dos utentes e realização de levante;
- Realização de técnicas/manutenção de dispositivos – o esclarecimento de dúvidas de âmbito técnico e relativas a procedimentos de manutenção de dispositivos (ex. sonda nasogástrica, cateter de eliminação vesical, cuidados ao estoma e ostomia) são manifestadas pelo grupo de AAD diretamente à equipa técnica da instituição e maioritariamente esclarecidas pelo apoio presencial e contacto telefónico com o enfermeiro disponível;
- Resposta em situação de urgência/emergência – a conduta a manifestar em situações de urgência/emergência e informação a transmitir ao à equipa pré-hospitalar são identificadas como dificuldades comunicadas e observadas.

Apêndice XI - Análise dos questionários aplicados

Análise da aplicação do Questionário de Avaliação de Necessidades de Formação das Ajudantes de Ação Direta (Militar, 2012; adaptado por Fernandes, 2023)

De uma população-alvo constituída por 66 elementos, responderam ao questionário aplicado 53 indivíduos, que constituem a amostra em análise, verificando-se uma taxa de adesão de 80,30%.

Parte A- Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Formais (AAD)

A1. Sexo

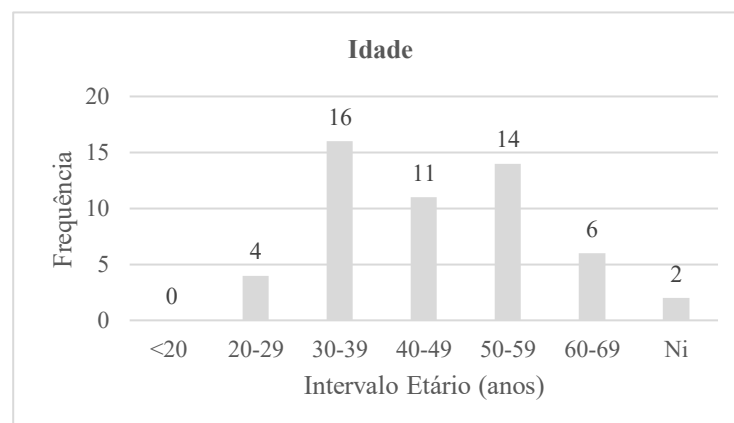
- Frequência Absoluta = 53 AAD do sexo feminino
- Frequência Relativa (%) = 100% AAD do sexo feminino

A2. Idade

Tabela 1- Distribuição da amostra em relação à idade

Intervalo Etário (anos)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<20	0	0%
20-29	4	7,55%
30-39	16	30,19%
40-49	11	20,75%
50-59	14	26,42%
60-69	6	11,32%
Ni	2	3,77%
Total	53	100%

Gráfico 1 - Distribuição gráfica da amostra em relação à idade



- Valor mínimo – 22
- Valor máximo - 67
- Média – 44,45
- Mediana - 42
- Desvio Padrão – 12,02

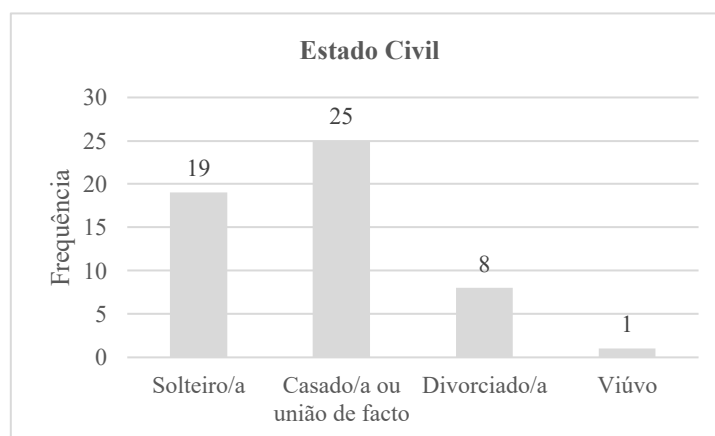
Relativamente à idade dos elementos que integram a amostra, destaca-se uma média de idade de 44,45 anos, com idade mínima apresentada de 22 anos e máxima de 67 anos, sendo a faixa etária predominante a dos 30-39 anos (n=16; 30,19%)

A3. Estado Civil

Tabela 2- Distribuição da amostra em relação ao estado civil

Estado Civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Solteiro/a	19	35,85%
Casado/a ou união de facto	25	47,17%
Divorciado/a	8	15,09%
Viúvo	1	1,89%
Total	53	100%

Gráfico 2 - Distribuição gráfica da amostra relativamente ao estado civil



Relativamente ao estado civil, destaca-se que a amostra apresenta maioritariamente estado civil casado (a)/ união de facto (n=25; 47,17%) ou solteiro (a) (n=19; 35,85%).

A4. Nacionalidade

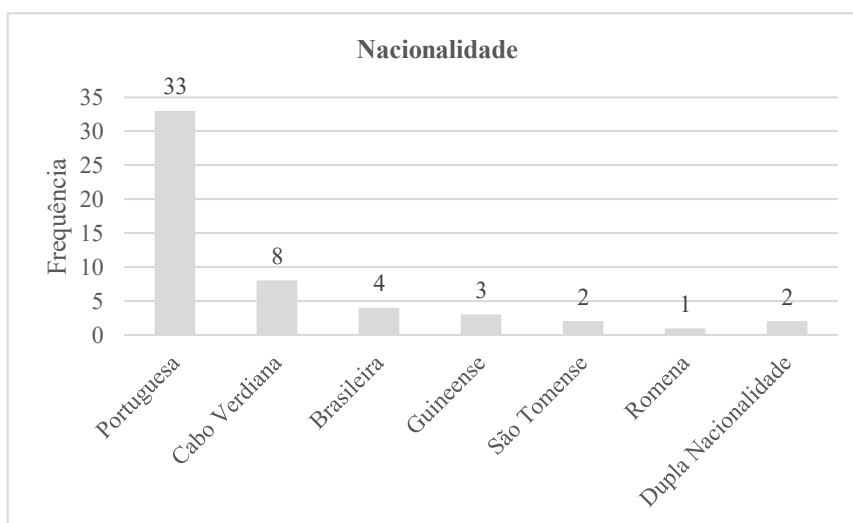
Tabela 3- Distribuição da amostra em relação à nacionalidade

Nacionalidade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Portuguesa	33	62,26%
Cabo Verdiana	8	15,09%
Brasileira	4	7,55%
Guineense	3	5,66%
São Tomense	2	3,77%
Romena	1	1,89%
Dupla Nacionalidade	2	3,77%
Total	53	100%

Dupla Nacionalidade:

1 elemento com nacionalidade Portuguesa e Brasileira e 1 elemento com nacionalidade Portuguesa e Cabo-Verdiana.

Gráfico 3 - Distribuição gráfica da amostra relativamente à nacionalidade



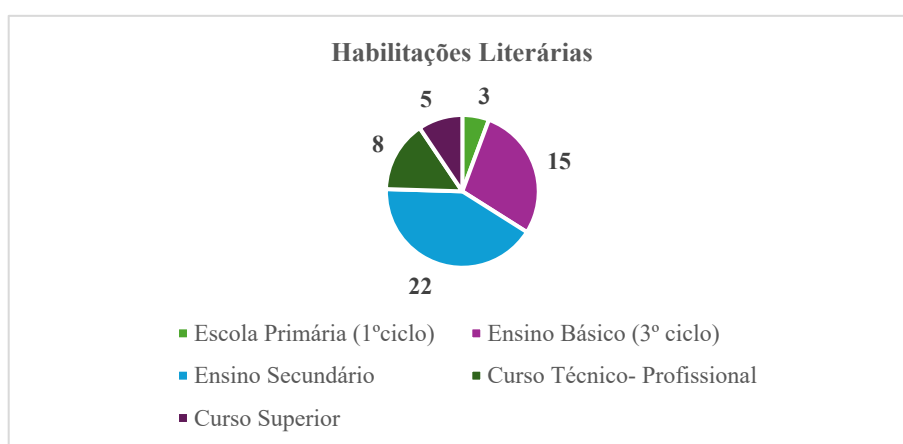
No que respeita à nacionalidade, verifica-se que a maior representatividade reside em indivíduos de nacionalidade portuguesa (n=33; 62,26%), sendo ainda relevante enunciar a presença de cinco outras nacionalidades, a maioria das quais com origem em países de língua oficial portuguesa.

A5. Habilitações Literárias

Tabela 4- Distribuição da amostra em relação às habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Escola Primária (1º ciclo)	3	5,66%
Ensino Básico (3º ciclo)	15	28,30%
Ensino Secundário	22	41,51%
Curso Técnico-Profissional	8	15,09%
Curso Superior	5	9,43%
Total	53	100,00%

Gráfico 4 - Distribuição gráfica da amostra em relação às habilitações literárias



Na análise das habilitações literárias da amostra enuncia-se a predominância do ensino secundário (n=22; 41,51%).

A6. Formação na Área de Prestação de Cuidados à Pessoa Dependente nas AVD

Tabela 5- Distribuição da amostra em relação à formação prévia na área

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim	40	75,47%
Não	13	24,53%
Total (N)	53	100,00%

A maioria dos inquiridos (n=40, 75,47%) assinala já ter tido formação na área de prestação de cuidados à pessoa dependente na realização das atividades de vida diária, não se validando esta realidade nos restantes elementos que integram o grupo.

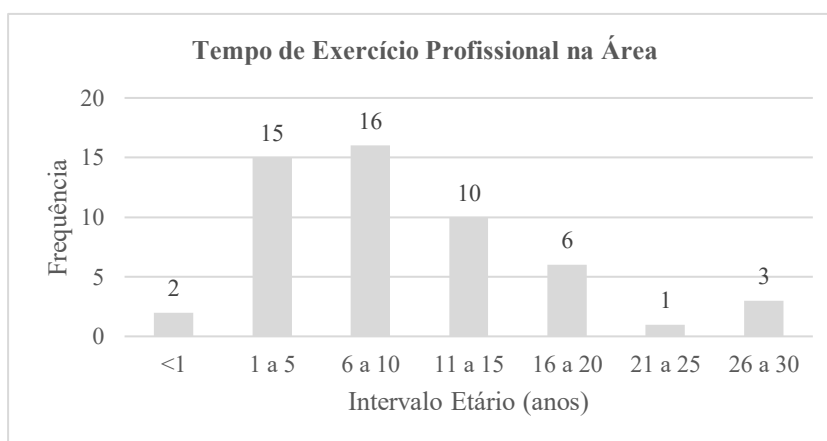
A7. Tempo de Exercício Profissional na Área

Tabela 6- Distribuição da amostra em relação ao tempo de exercício profissional na área

Intervalo de Tempo (anos)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<1	2	3,77%
1 a 5	15	28,30%
6 a 10	16	30,19%
11 a 15	10	18,87%
16 a 20	6	11,32%
21 a 25	1	1,89%
26 a 30	3	5,66%
Total	53	100%

- Valor mínimo – 0,42 (5 meses)
- Valor máximo - 30
- Média – 9,92
- Mediana - 10
- Desvio Padrão – 7,45

Gráfico 5 - Distribuição gráfica da amostra em relação ao tempo de exercício profissional na área



O valor médio de tempo de exercício profissional na área apresentado (nas instituições selecionadas ou em entidades externas às mesmas) é de 9,92 anos, com oscilação entre experiência profissional inferior a 1 ano (n=2; 3,77%), com valor mínimo de 5 meses, e 30 anos. O intervalo etário com maior relevância expressa é de 6 a 10 anos (n=16; 30,19%).

A8. Formação Inicial para Desempenho da Atual Função

Tabela 7- Distribuição da amostra em relação à frequência de formação inicial

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim	35	66,04%
Não	18	33,96%
Total	53	100,00%

Destaca-se que a maioria da amostra (n=35; 66,04%) realizou formação inicial institucional para desempenho das atuais funções, sendo, no entanto, relevante salientar que os restantes elementos (n=18; 33,96%), assinalam não ter tido acesso à mesma.

A9. Dificuldades na Prática de Cuidados após Formação Inicial

Verifica-se ausência de resposta em 40 dos questionários preenchidos pelos elementos que integram a amostra. De entre estes, 18 dos elementos responderam negativamente à questão prévia (A8.), não se aplicando para os mesmos a questão agora em análise. Dos restantes elementos que não redigiram qualquer resposta, infere-se não terem percecionado dificuldades na prática de cuidados após a formação inicial.

Dos 13 questionários nos quais foi possível identificar uma resposta salientam-se:

- Negação de dificuldade (escrito) – 5 inquiridos (Q21), (Q37), (Q49), (Q51), (Q53)
- Outras respostas (não expressam dificuldade) – 3 inquiridos (Q23), (Q32), (Q45)
- Dificuldade expressa, mas não identificada - 1 inquirido (Q19)
- Posicionamentos e transferências – 3 (Q25), (Q26), (Q27)
- Comunicação e interação com o idoso – 2 (Q2), (Q20)

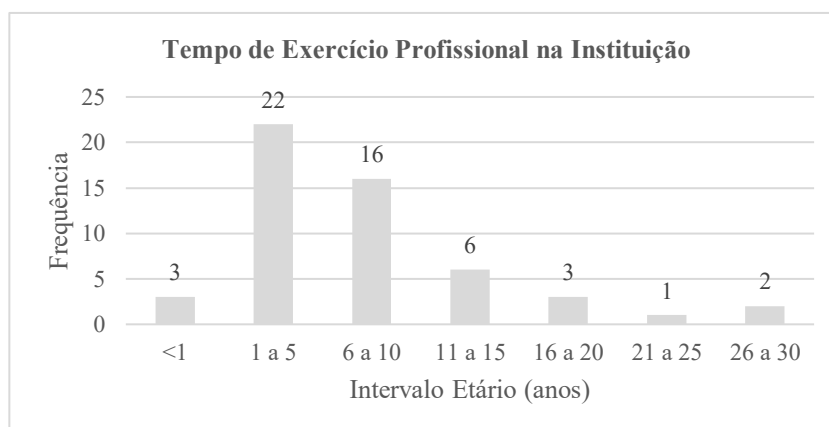
A10. Tempo de Exercício Profissional na Instituição

Tabela 8- Distribuição da amostra em relação ao tempo de exercício profissional na instituição

Intervalo de Tempo (anos)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<1	3	5,66%
1 a 5	22	41,51%
6 a 10	16	30,19%
11 a 15	6	11,32%
16 a 20	3	5,66%
21 a 25	1	1,89%
26 a 30	2	3,77%
Total	53	100%

- Valor mínimo – 0,33 (4 meses)
- Valor máximo - 30
- Média – 7,41
- Mediana - 6
- Desvio Padrão – 6,73

Gráfico 6 – Distribuição gráfica da amostra em relação ao tempo de exercício profissional na instituição



O valor médio de tempo de exercício profissional na instituição apresentado pela amostra é de 7,41 anos, com oscilação entre experiência inferior a 1 ano (n=3, 5,66%), com valor mínimo de 4 meses, e 30 anos, sendo o intervalo de anos predominante enquanto experiência profissional de 1 a 5 anos (n=22, 41,51%).

A11. Horas de Trabalho Semanal

- Frequência Absoluta = 53 AAD com carga horária semanal de 40H
- Frequência Relativa (%) = 100% AAD com carga horária semanal de 40H

A12. Tipo de Horário

Tabela 9- Distribuição da amostra em relação ao tipo de horário realizado

Tipo de Horário	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Rotativo	50	94,34%
Fixo	3	5,66%
Total	53	100%

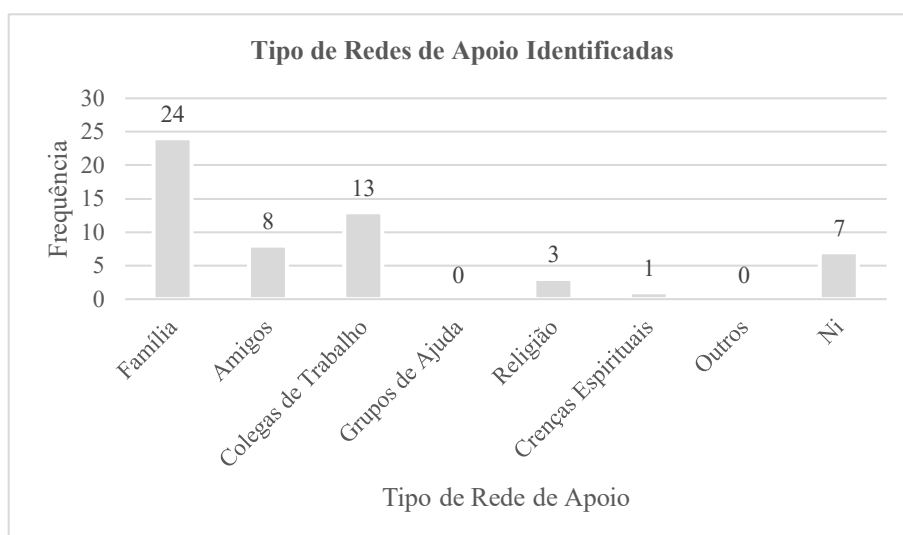
Evidencia-se a realização de horário rotativo como o tipo de horário com maior representatividade (n=50, 94,34%).

A16. Redes de Apoio

Tabela 10- Distribuição da amostra em relação à presença de redes de apoio

Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim	41	77,36%
Não	12	22,64%
Total	53	100%

Gráfico 7- Distribuição gráfica da amostra quanto ao tipo de redes de apoio identificadas



Ni – Identificada presença de rede de suporte com resposta “Sim”, sem especificação posterior da origem da rede de apoio.

A existência de redes de apoio que confirmam suporte em situações de sofrimento/dificuldade estão disponíveis para 77,36% da amostra (n=41), sendo a família (n=24) e os colegas de trabalho (n=13), as fontes de apoio de maior expressão. Não obstante, há que salientar a inexistência de redes de apoio em 22,64% dos indivíduos que integram a amostra (n=12).

Parte B – Avaliação das Necessidades de Formação dos Cuidadores Formais (AAD)

Carateriza-se na análise de dados realizada abaixo como “Sem dificuldade” as respostas a que foi conferido o nível 1 (sem dificuldade) e 2 (raramente tenho dificuldade), e como “Com dificuldade” todas as respostas assinaladas com os níveis 3 (às vezes tenho dificuldade), 4 (tenho muita dificuldade) e 5 (tenho sempre dificuldade).

Tabela 11 – Distribuição da amostra relativamente ao grau de dificuldade na execução de cuidados de higiene e conforto

Dimensão/ Variáveis	Dificuldade Assinalada			
	Sem Dificuldade (assinalado com nível 1 e 2)		Com dificuldade (assinalado com nível 3,4 e 5)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
1. Posicionamentos na cama	44	83,02%	9	16,98%
2. Banho na cama	50	94,34%	3	5,66%
3. Banho no chuveiro	48	90,57%	5	9,43%
4. Lavagem dos dentes e próteses dentárias	50	94,34%	3	5,66%
5. Higiene do cabelo	52	98,11%	1	1,89%
6. Avaliação da pele e seus cuidados incluindo unhas	51	96,23%	2	3,77%
7. Adequação do vestuário ao clima	52	98,11%	1	1,89%
8. Vestir/despír	50	94,34%	3	5,66%
9. Mobilização	42	79,25%	11	20,75%
10. Utilização de equipamentos adaptativos	51	96,23%	2	3,77%

Na dimensão B1. Higiene e Conforto, identificam-se os posicionamentos na cama e mobilização, como atividades com maior dificuldade expressa, apresentando valores justificativos de 16,98% e 20,75%, respetivamente.

Tabela 12 – Distribuição da amostra relativamente ao grau de dificuldade na execução de cuidados relacionados com alimentação

Dimensão/ Variáveis	Dificuldade Assinalada			
	Sem Dificuldade (assinalado com nível 1 e 2)		Com dificuldade (assinalado com nível 3,4 e 5)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
1. Preparação de alimentos	51	96,23%	2	3,77%
2. Alimentação oral	50	94,34%	3	5,66%

3. Alimentação por SNG	49	92,45%	4	7,55%
4. Alimentação por PEG	48	90,57%	5	9,43%
5. Administração de líquidos	50	94,34%	3	5,66%
6. Adequar a consistência dos alimentos à necessidade da pessoa	50	94,34%	3	5,66%
7. Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação	47	88,68%	6	11,32%

Na dimensão B2. Alimentação, é na identificação de possíveis problemas relacionados com a alimentação (tais como presença de intolerâncias, alergias, compromisso na deglutição ou risco de engasgamento), que é verificada a presença de maior dificuldade (n=6; 11,32%).

Tabela 13 – Distribuição da amostra relativamente ao grau de dificuldade na execução de cuidados relacionados com eliminação

Dimensão/ Variáveis	Dificuldade Assinalada			
	Sem Dificuldade (assinalado com nível 1 e 2)		Com dificuldade (assinalado com nível 3,4 e 5)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
1. Colocação da fralda	53	100%	0	0%
2. Cuidados ao utente algaliado	48	90,57%	5	9,43%
3. Cuidados ao utente com dispositivo urinário	48	90,57%	5	9,43%
4. Observar características da urina e das fezes	51	96,23%	2	3,77%
5. Identificação de possíveis problemas de eliminação	48	90,57%	5	9,43%

Na dimensão B3. Eliminação, 5 indivíduos (n=5; 9,43%) salientam a realização de cuidados ao utente algaliado, cuidados ao utente com dispositivo urinário e identificação de possíveis problemas de eliminação, como áreas de dificuldade expressa, não apresentando, no entanto, as variáveis enunciadas valores de frequência significativa comparativamente ao restante conjunto de dimensões/variáveis em análise.

Tabela 14 – Distribuição da amostra relativamente ao grau de dificuldade na execução de cuidados relacionados com segurança

Dimensão/ Variáveis	Dificuldade Assinalada			
	Sem Dificuldade (assinalado com nível 1 e 2)		Com dificuldade (assinalado com nível 3,4 e 5)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
B5. Segurança				
1.Utilizar equipamentos de proteção individual	53	100%	0	0%
2. Lavagem correta das mãos	53	100%	0	0%
3. Lavagem dos utensílios utilizados	53	100%	0	0%
4. Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa	49	92,45%	4	7,55%
5. Identificação de toma de medicamentos desadequada	49	92,45%	4	7,55%
6. Identificação de outros riscos	50	94,34%	3	5,66%
7. Como proceder em situações de urgência/emergência	47	88,68%	6	11,32%

Na dimensão B5. Segurança, é a variável como proceder em situações de urgência/emergência que apresenta maior expressão (n=6; 11,32%).

Tabela 15 – Distribuição da amostra relativamente ao grau de dificuldade na execução de cuidados relacionados com a comunicação

Dimensão/ Variáveis	Dificuldade Assinalada			
	Sem Dificuldade (assinalado com nível 1 e 2)		Com dificuldade (assinalado com nível 3,4 e 5)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
B6. Comunicação				
1.Comunicar com o utente com limitações da fala	46	86,79%	7	13,21%
2. Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	44	83,02%	9	16,98%
3. Interagir com cordialidade com a família da pessoa	49	92,45%	4	7,55%
4. Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade	53	100%	0	0%
5. Lidar com o luto/morte/consolo	41	77,36%	12	22,64%

6. Identificar as necessidades sociais do idoso e adaptar atividades de lazer	48	90,57%	5	9,43%
7. Resolução de conflitos interpessoais	44	83,02%	9	16,98%
8. Comunicar com a equipa multidisciplinar tendo em vista a continuidade dos cuidados	51	96,23%	2	3,77%

No que respeita à dimensão B6. Comunicação, evidenciam-se quatro variáveis que constituíram, na perspetiva da amostra em estudo, áreas de maior representatividade na dificuldade associada, entre elas: comunicar com o utente com limitações da fala (n=7; 13,21%), visão e/ou audição (n=9; 16,98%); lidar com o luto/morte/consolo (n=12; 22,64%); e resolução de conflitos interpessoais (n=9; 16,98%).

Face à análise de cada dimensão e correspondentes variáveis que a integram, segue-se a ordenação do total das variáveis analisadas, sendo estabelecidos como critério de apresentação de dados na tabela de ordenação abaixo, a organização decrescente das frequências absoluta e relativa expressa em cada variável.

Tabela 16 - Ordenação das variáveis analisadas

Dimensão	Variáveis	Com dificuldade (assinalado com nível 3,4 e 5)	
		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
B6. Comunicação	Lidar com o luto/morte/consolo	12	22,64%
B1. Higiene e Conforto	Mobilização	11	20,75%
B1. Higiene e Conforto	Posicionamentos	9	16,98%
B6. Comunicação	Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	9	16,98%
B6. Comunicação	Resolução de conflitos interpessoais	9	16,98%
B6. Comunicação	Comunicar com o utente com limitações da fala	7	13,21%
B2. Alimentação	Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação	6	11,32%
B5. Segurança	Como proceder em situações de urgência/emergência	6	11,32%
B1. Higiene e Conforto	Banho no chuveiro	5	9,43%
B2. Alimentação	Alimentação por PEG	5	9,43%
B3. Eliminação	Cuidados ao utente algaliado	5	9,43%
B3. Eliminação	Cuidados ao utente com dispositivo urinário	5	9,43%

B3. Eliminação	Identificação de possíveis problemas de eliminação	5	9,43%
B6. Comunicação	Identificar as necessidades sociais do idoso e adaptar atividades de lazer	5	9,43%
B2. Alimentação	Alimentação por SNG	4	7,55%
B5. Segurança	Identificação e prevenção de condicionantes de queda da pessoa	4	7,55%
B5. Segurança	Identificação de toma de medicamentos desadequada	4	7,55%
B6. Comunicação	Interagir com cordialidade com a família da pessoa	4	7,55%
B1. Higiene e Conforto	Banho na cama	3	5,66%
B1. Higiene e Conforto	Lavagem dos dentes e próteses dentárias	3	5,66%
B1. Higiene e Conforto	Vestir/despir	3	5,66%
B2. Alimentação	Alimentação oral	3	5,66%
B2. Alimentação	Administração de líquidos	3	5,66%
B2. Alimentação	Adequar a consistência dos alimentos à necessidade da pessoa	3	5,66%
B5. Segurança	Identificação de outros riscos	3	5,66%
B1. Higiene e Conforto	Avaliação da pele e seus cuidados incluindo unhas	2	3,77%
B1. Higiene e Conforto	Utilização de equipamentos adaptativos	2	3,77%
B2. Alimentação	Preparação de alimentos	2	3,77%
B3. Eliminação	Observar características da urina e das fezes	2	3,77%
B6. Comunicação	Comunicar com a equipa multidisciplinar tendo em vista a continuidade dos cuidados	2	3,77%
B1. Higiene e Conforto	Higiene do cabelo	1	1,89%
B1. Higiene e Conforto	Adequação do vestuário ao clima	1	1,89%
B3. Eliminação	Colocação da fralda	0	0%
B5. Segurança	Utilizar equipamentos de proteção individual	0	0%
B5. Segurança	Lavagem correta das mãos	0	0%
B5. Segurança	Lavagem dos utensílios utilizados	0	0%
B6. Comunicação	Interagir com atitude positiva, afetividade, compreensão e humanidade	0	0%

Parte C - Opinião dos Cuidadores Formais (AAD) sobre a Importância da Formação na sua Atividade Profissional

C1. Importância da Formação na Melhoria do Desempenho Profissional

- Frequência absoluta = 53 AAD consideram importante a realização de ações de formação na melhoria do desempenho

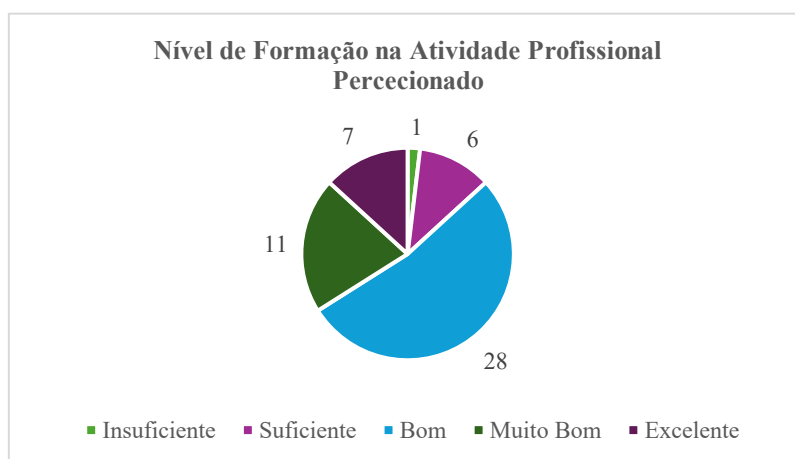
- Frequência relativa (%) = 100% AAD consideram importante a realização de ações de formação na melhoria do desempenho

C2. Caracterização do Nível de Formação na Atividade Profissional

Tabela 17- Distribuição da amostra em relação ao nível de formação percebido

Nível de Formação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Insuficiente	1	1,89%
Suficiente	6	11,32%
Bom	28	52,83%
Muito Bom	11	20,75%
Excelente	7	13,21%
Total	53	100%

Gráfico 8 - Distribuição gráfica da amostra relativamente ao nível de formação percebido



Relativamente à percepção do nível de formação detido na atividade profissional, 1,89% (n=1) considera a sua formação insuficiente, 11,32% classificam-na como suficiente (n=6), sendo que os restantes elementos atribuem à sua formação os níveis: bom (n=28; 52,83%), muito bom (n=11; 20,75%) e excelente (n=7; 13,21%).

C3. Preferência na Regularidade da Formação na Instituição

Tabela 18 - Distribuição da amostra em relação à sua preferência na regularidade da formação na instituição

Frequência da Formação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Mensal	7	13,21%
Trimestral	13	24,53%
Semestral	15	28,30%
Anual	15	28,30%
Desconhece/Não sabe	3	5,67%
Total	53	100%

A opinião da amostra relativamente à frequência com que deverá ser realizada a formação na instituição não é uniforme, sendo mais expressivas as opções: trimestral (n=13; 24,53%), semestral (n=15; 28,30%) e anual (n=15; 28,30%).

C4. Temas a Abordar em Futuras Ações de Formação:

Quadro 1 – Análise de conteúdo das respostas à questão C4

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Enumeração
Temas a Abordar em Futuras Ações de Formação	Higiene e Conforto do Utente	Higiene	“Higiene” (Q36), (Q39)	2
		Posicionamentos e mobilização	“Técnicas de mobilização” (Q29) “Mobilização” (Q36) “Posicionamentos” (Q17), (Q39), (Q42), (Q44), (Q49)	7
	Alimentação do Utente	Alimentação por SNG	“Cuidados com utentes com (...) sonda (...)” (Q15) “Alimentação por sonda” (Q25) “Alimentação com sonda gástrica” (Q28)	3
		Alimentação por PEG	“Cuidados com utentes com PEG (...)” (Q15)	1
		Disfagia	“Disfagia” (Q21)	1
	Eliminação do Utente	Cuidados ao utente com drenagem vesical	“Cuidados com utentes com (...) algália” (Q15)	1
	Segurança	Primeiros Socorros	“Primeiros socorros” (Q15), (Q29), (Q31), (Q38), (Q39), (Q44), (Q49), (Q50) “Procedimento em caso de urgências” (Q28) “Técnicas de primeiros socorros” (Q30)	10

		Prevenção de Quedas do Utente	“Prevenção de queda” (Q19), (Q31), (Q20)	3
		Controlo de Infecção	“Identificação e prevenção de doenças contagiosas” (Q3), (Q25)	2
Lazer/ Autonomia		Arteterapia	“Arteterapia – ajudar a desenvolver a criatividade e expor sentimentos” (Q2)	1
		Sexualidade no Idoso	“Sexualidade em contexto de lar” (Q11) “Sexualidade e envelhecimento” (Q27)	2
Saúde do Profissional		Saúde Mental	“Saúde Mental para Colaboradores” (Q23) “Cuidar de quem cuida” (Q36), (Q39)	3
		Saúde Física	“(…) postura corporal defensiva do cuidador” (Q13) “Como evitar acidentes de trabalho” (Q19), (Q20)	3
Comunicação		Comunicação com o Utente	“Comunicação em contexto de limitações da fala/audição/visão” (Q11), (Q15) “Socialização (empatia) com os utentes” (Q28) “Lidar com os utentes” (Q30)	4
		Comunicação com a Família do Utente	“Interação com a família do idoso” (Q11)	1
		Resolução de Conflitos	“Resolução de conflitos interpessoais” (Q12), (Q31) “Como trabalhar em equipa e gerir conflitos” (Q19) “Como gerir equipas em conflito” (Q20)	4
Patologias		Depressão	“Esgotamento e depressão” (Q3) “Prevenção da depressão” (Q4) “Depressão” (Q35)	3
		Demência	“Demência” (Q35), (Q40), (Q42)	3
		Osteoporose	“Osteoporose” (Q35)	1
Ética		Direitos e Deveres dos Profissionais	“Direitos e deveres de um profissional de saúde” (Q4)	1
Outro		Fim de Vida/Luto	“Lidar com o luto/morte/consolo” (Q8), (Q31) “Luto/morte” (Q21) “Cuidados em fim de vida” (Q25) “Luto e cuidados paliativos” (Q27) “Cuidados no final da vida” (Q29), (Q30)	7

A análise à questão aberta colocada foi suportada pela metodologia de Análise de Conteúdo (Bardin, 2018), sendo que os temas emergentes com maior expressão foram os primeiros socorros, posicionamentos e mobilização e fim de vida.

Apêndice XII – Definição de prioridades

Definição de Prioridades

Para a determinação de prioridades foi solicitada, aquando divulgação dos resultados do diagnóstico de situação realizado e por conseguinte quais os problemas identificados detentores de maior representatividade (11 de Novembro 2024), a colaboração de 5 peritos do contexto, nomeadamente as três diretoras técnicas das ERPI selecionadas (com impossibilidade de resposta atempada por uma delas), o enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem na ERPI 1 e a enfermeira responsável pela orientação clínica da mestranda.

A cada um destes elementos, foi pedida a atribuição de peso a cada um dos problemas identificados, nos parâmetros gravidade (B), eficácia da solução/vulnerabilidade (C) e exequibilidade (D), com recurso a um formulário em *Google Forms*, estando a variável amplitude/magnitude (A) previamente determinada.

O presente documento apresenta o processo de priorização realizado através da utilização do Método de Hanlon, com aplicação do cálculo final que possibilita a hierarquização dos problemas e estabelecimento de prioridades.

Amplitude/ Magnitude (A)

% de População	Peso
0 a 9,99%	1
10 a 19,99%	2
20 a 29,99%	3
30 a 39,99%	4
40 a 49,99%	5
50 a 59,99%	6
60 a 69,99%	7
70 a 79,99%	8
80 a 89,99%	9
90 a 100%	10

Problema Identificado	Peso
Lidar com o luto/morte/consolo	3
Mobilização	3
Posicionamentos	2
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	2
Resolução de conflitos interpessoais	2

Gravidade (B)

Problema Identificado	Perito 1	Perito 2	Perito 3	Perito 4	Média	Peso
Lidar com o luto/morte/consolo	10	10	10	10	10	10
Mobilização	6	9	9	9	8 (8,25)	8
Posicionamentos	6	9	10	9	9 (8,5)	9
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	10	10	9	10	10 (9,75)	10
Resolução de conflitos interpessoais	10	10	10	7	9 (9,25)	9

Eficácia da Solução (Vulnerabilidade) (C)

Problema Identificado	Perito 1	Perito 2	Perito 3	Perito 4	Média	Peso
Lidar com o luto/morte/consolo	1	1	1	1	1	0,5
Mobilização	3	3	3	2	3 (2,75)	1,5
Posicionamentos	3	3	3	2	3 (2,75)	1,5
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	1	1	2	3	2 (1,75)	1
Resolução de conflitos interpessoais	2	1	2	3	2	1

Para facilitar a aplicação do formulário de resposta em formato *Google Forms* foi realizada conversão dos valores tradutores de eficácia da solução estabelecidos pelos autores (0,5; 1 e 1,5) para escala numérica que se explicita:

- Valor 1 apresentado no formulário = valor de eficácia da solução 0,5;
- Valor 2 apresentado no formulário = valor de eficácia da solução 1;
- Valor 3 apresentado no formulário = valor de eficácia da solução 1,5;

Exequibilidade (D)

Problema Identificado	Perito 1	Perito 2	Perito 3	Perito 4	Média	Peso
Lidar com o luto/morte/consolo	1	1	1	1	1	1
Mobilização	1	1	1	1	1	1
Posicionamentos	1	1	1	1	1	1
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	1	1	1	1	1	1
Resolução de conflitos interpessoais	1	1	1	1	1	1

Aplicação do Método de Hanlon - (A+B) C x D

Problema 1: Lidar com o luto/morte/consolo – (3+10) 0,5 x 1 = 6,5

Problema 2: Mobilização – (3+8) 1,5 x 1 = 16,5

Problema 3: Posicionamentos – (2+9) 1,5 x 1 = 16,5

Problema 4: Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição – (2+10) 1 x 1 = 12

Problema 5: Resolução de conflitos interpessoais – (2+9) 1x1= 11

Problema Identificado	Pontuação Final	Ordenação Prioridade
Lidar com o luto/morte/consolo	6,5	4º
Mobilização	16,5	1º
Posicionamentos	16,5	1º
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	12	2º
Resolução de conflitos interpessoais	11	3º

Os problemas prioritários identificados “Mobilização” e “Posicionamentos”, detentores de pontuação final semelhante, não foram alvo de desempate pela sua natureza e características intimamente relacionadas, pelo que se optou pela sua abordagem conjunta.

Apêndice XIII – Análise SWOT

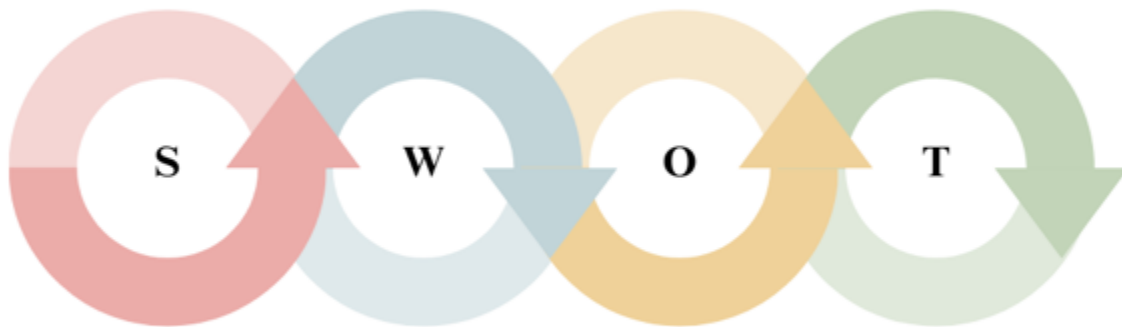
Análise SWOT

Forças

- Formação específica para desempenho do papel de formadora;
- Domínio do tema;
- Motivação para implementação do projeto de intervenção comunitária;

Fraquezas

- Inexperiência no desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária;



Oportunidades

- Desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento em saúde;
- Compreender a importância do estabelecimento de parcerias;

Ameaças

- Curto período de estágio;
- Indisponibilidade dos dirigentes institucionais e/ou equipa multidisciplinar da USP;
- Reduzida adesão do grupo de AAD à implementação do projeto;

Apêndice XIV – Cartaz de divulgação das sessões de formação

Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização



Dias 5 e 10 de dezembro 2024
14H30

Sessões desenvolvidas pela Mestranda Maria Leonor Nunes, estudante do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), no âmbito do projeto "Cuidar com Saber - Projeto de Intervenção Comunitária com Ajudantes de Ação Direta", integrante da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório".

Apêndice XV – Apresentação multimédia para sessões de formação



Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização

Pessoa Idosa em Situação de Dependência



5 de dezembro 2024

Mestranda Maria Leonor Nunes

Mobilidade

Mobilidade é a capacidade do indivíduo para **mover o seu corpo de forma competente e independente**, durante as rotinas do dia-a-dia; é o meio pelo qual um indivíduo se move no ambiente para obter uma **interação diária com a família e a comunidade**; é o movimento do corpo que garante o desempenho das **atividades de vida diária e necessidades** da pessoa;



(Ayres et al., 2008)

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

- Mobilidade e Principais Causas das Alterações da Mobilidade
- Imobilidade e Principais Consequências da Imobilidade
- Mecânica Corporal e Principais Princípios Fundamentais da Mecânica Corporal
- Posicionamentos e Principais Princípios dos Posicionamentos
- Mobilização no Leito, Tipos de Posicionamentos e Correção de Posicionamento
- Transferências e Principais Princípios das Transferências
- Transferências e Meios Auxiliares para Transferências
- Auxiliares de Marcha
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas

Mobilidade

- Dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas;



Ativa
(Autónoma)

Passiva
(Apoio de terceiros)

PRINCIPAIS CAUSAS DAS ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE

Dor intensa

Problemas orto-traumatológicos

Desnutrição

Doenças neurológicas/ sensoriais

Doenças crônicas

Doenças cardio-respiratórias

Alterações psicológicas

Envelhecimento

(Ordem das Enfermeiras, 2013)

Imobilidade

- **Incapacidade de mover** uma parte do corpo, ou a sua totalidade;
- Apresenta consequências nos diferentes sistemas que constituem o corpo humano;



(Ordem d

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE



Diminuição da estimulação cognitiva



- Confusão
- Desorientação
- Ansiedade
- Depressão
- Alteração do padrão de sono



Respiração superficial e rápida



Tosse ineficaz



Acumulação de secreções



Risco de infecção respiratória

(Ordem das Enfermeiras, 2013)

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE



- Aumento dos batimentos cardíacos e da viscosidade do sangue
- Retenção de sangue nos membros inferiores (estase)



- Sobrecarga cardíaca
- Formação de trombos
- Descida abrupta da tensão arterial ao levantar (hipotensão ortostática)



Drenagem de urina dificultada



- Retenção urinária
- Esvaziamento incompleto da bexiga
- Formação de "pedras/ cálculos" (litíase)



Risco de infecção urinária

(Ordem d

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE



Stress
Atrofia muscular
Alteração da rotina de eliminação
Perda de privacidade



- Retenção de alimentos no estômago (estase gástrica)
- Distensão abdominal
- Indigestão (dispepsia)
- Diminuição do apetite (anorexia)
- Diarreia ou obstipação



Repouso prolongado



- Perda de força
- Perda de massa muscular
- Atrofia muscular
- Contraturas
- Perda de massa óssea (osteoporose)

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

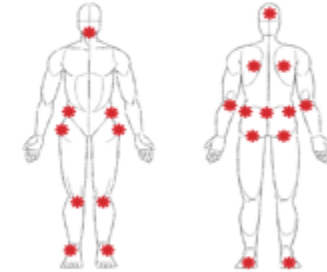
PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE



- Aumento da pressão sobre os tecidos
- Forças de fricção e deslizamento



Risco de desenvolvimento de úlcera por pressão



(Ordem dos

Mecânica Corporal

Forças coordenadas dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para manter o **equilíbrio**, a **postura** e o **alinhamento** do corpo nas diversas atividades; trabalhar corretamente as estruturas corporais é fundamental para uma **prática segura** e **prevenção de lesões**;

lesões músculo-esqueléticas associadas à prestação de cuidados de saúde podem incidir sobre várias zonas do corpo, sendo as mais frequentes o pescoço, ombro, cotovelo, punho, mão, coluna vertebral e joelho. Incluem sintomas como a dor, sensação de peso ou dormência (parestesia), fadiga e falta de força.



(Potter & Perry, 2006; DCS, 2008)

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA MECÂNICA CORPORAL

- Fardamento confortável e suficientemente largo, com calçado confortável e fechado;
- Avaliação da tarefa:

Espaço físico suficiente

Segurança do piso

Recursos disponíveis

Planejar o movimento

- Utilizar auxiliares mecânicos sempre que possível;
- Regular a altura dos equipamentos;

(Ordem dos

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA MECÂNICA CORPORAL

redução de esforços:

inter a **coluna** (região dorso-lombar) **direita, fletir os joelhos** evitando a inclinação acentuada do tronco e colocar a força nos músculos dos membros inferiores;
evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, mantendo o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar;
 empurrar, deslizar ou girar, em vez de elevar;
 levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros inferiores junto ao tronco;



©Ordem dos Enfermeiros, 2013

Posicionamentos

colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição;

objetivos fundamentais:

Prevenir complicações da imobilidade

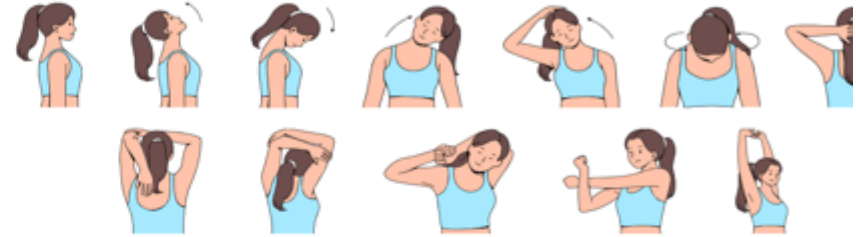
Conforto

Autonomia

©CN, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013

PRINCIPAIS PRINCÍPIOS DA MECÂNICA CORPORAL

- Realizar **exercícios de alongamento** e relaxamento entre e/ou após tarefas de maior sobrecarga para alívio da tensão;



©Ordem d

PRINCIPAIS PRINCÍPIOS DOS POSICIONAMENTOS

- Planear** a atividade;
- Explicar o procedimento** à pessoa e **solicitar a sua colaboração** de acordo com as suas capacidades;
- Assistir a pessoa a posicionar-se;
- Avaliar regularmente a pele;
- Reavaliar** a frequência e método de posicionamento se a sua resposta não for favorável;

Em qualquer posicionamento, a pessoa deve ficar **confortável** e o **peso corporal bem distribuído**, respeitando o **alinhamento corporal** e **reduzindo as tensões** nos músculos e articulações;

Movimentos suaves e firmes

Evitar fricção e torção

Evitar contacto com dispositivos médicos

©Ordem d

MOBILIZAÇÃO NO LEITO



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)



Em caso de disponibilidade de apenas 1 cuidador:

- Verificar se é possível realizar a mobilização sem outro elemento (considerar peso da pessoa, grau de dependência e risco de lesão);
- Se possível, deslocar primeiramente a parte superior do corpo da pessoa a transferir e só depois a inferior;

TIPOS DE POSICIONAMENTOS



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito Dorsal



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito Semi-dorsal

TIPOS DE POSICIONAMENTOS



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Posicionamento em Fowler



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito Lateral

TIPOS DE POSICIONAMENTOS



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito Ventral



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Decúbito Semi-ventral

CORREÇÃO DE POSICIONAMENTO QUANDO SENTADO



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Transferências



- Mobilização da pessoa **entre superfícies**;
- Técnica a utilizar está dependente da colaboração que pode ser dada pela pessoa;
- Visa a **realização de levante**, que tem por principais objetivos:

Prevenir complicações da imobilidade

Promover o autocuidado

Estimular o equilíbrio

Preparação para treino de marcha

©Ordem dos Enfermeiros, 2013

PRINCIPAIS PRINCÍPIOS DAS TRANSFERÊNCIAS

- **Planear** a atividade;
- **Explicar o procedimento** ao utente e **solicitar a sua colaboração** de acordo com as suas capacidades;
- Assistir a pessoa a transferir-se, realizando-o de forma gradual:
 1. Sentar a pessoa no leito com os membros inferiores pendentes;
 2. Transferir ou auxiliar a pessoa a transferir-se;
- Vigiar sinais de mal-estar (palidez, sudorese e queixas de náusea ou tontura);

Atender às **preferências** da pessoa, **privacidade** e **queixas** de dor/desconforto

Prevenção de quedas - Utente com calçado e vestuário adequados

Se disponíveis, utilização de **meios auxiliares** para a transferência

©Ordem dos Enfermeiros, 2013

TRANSFERÊNCIAS



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

- **Providenciar o material** necessário;
- Colocar a cadeira de rodas/cadeira/cadeirão **paralelamente à cama**;
- Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve **fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos**;
- Colocar uma mão ao nível dos ombros e outra nos joelhos e **rodar a pessoa**;
- **Apoiar a elevação do tronco** e fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se;
- **Descer a base do leito** de forma a que os pés fiquem apoiados no chão;
- Solicitar à pessoa para **inclinarem o tronco para a frente** para que se coloque de pé, assistindo-a na transferência;
- Colocar os pés nos pedais de apoio (se aplicável);

©Ordem dos Enfermeiros, 2013



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2011)



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2011)



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2011)

MEIOS AUXILIARES DE MARCHA



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a correta realização de posicionamentos e transferências é possível promover o conforto e autonomia do utente, assim como prevenir as complicações associadas à imobilidade, garantindo simultaneamente a sua segurança e dos cuidadores que apoiam a execução.

Planear a atividade

Explicar o procedimento ao utente e solicitar a sua colaboração

Garantir mecânica corporal correta

Utilizar ajudas técnicas

Articular com equipa de saúde problemas identificados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas - Guia de orientação para prevenção das lesões musculó-esqueléticas e relacionadas com o trabalho*. Direção Geral da Saúde.
- Kleiner, A., Ayres, T., Saraiva, P., Batistela, R., Pietrobon, R. & Gobbi, I. (2008). Mobilidade funcional em indivíduos com paralisia cerebral espástica de acordo com o tipo e a idade. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 8(3), 406-413.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*, Ordem dos Enfermeiros.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem* (5ª ed.). Lusociência.

Apêndice XVI – Manual de Apoio aos Cuidados

XVII Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e de Saúde Pública

MANUAL DE APOIO AOS CUIDADOS

Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização



Mestranda Maria Leonor Nunes

Dezembro de 2024

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
MOBILIDADE	
Conceito de Mobilidade	4
Principais Causas das Alterações da Mobilidade	4
IMOBILIDADE	
Conceito de Imobilidade	5
Principais Consequências da Imobilidade	5
MECÂNICA CORPORAL	
Conceito de Mecânica Corporal	6
Princípios Fundamentais da Mecânica Corporal	6
POSICIONAMENTOS	
Definição de Posicionamento	10
Principais Princípios dos Posicionamentos	10
Tipos de Posicionamentos e Correção de Posicionamento	10
TRANSFERÊNCIAS	
Definição de Transferência	17
Principais Princípios das Transferências	17
Meios Auxiliares para Transferências	19
MEIOS AUXILIARES DE MARCHA	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

NOTA INTRODUTÓRIA

A realização de cuidados de apoio ao posicionamento, transferência e mobilização/deambulação do utente idoso em situação de dependência, fazem parte do dia-a-dia profissional das Ajudantes de Ação Direta cujo exercício profissional se desenvolve em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

O presente Manual de Apoio aos Cuidados pretende, de uma forma sumária, clarificar os principais conceitos associados à mobilidade e imobilidade, as suas principais causas e consequências, de forma a melhor compreender o processo vivenciado pelo utente idoso em situação de dependência e responder de forma adequada às suas necessidades.

Neste sentido, são também explicados neste documento os conceitos de posicionamento e transferência, os seus princípios fundamentais e ilustrada a forma da sua correta execução, garantindo sempre a segurança do utente e o seu melhor interesse.

Não menos importante, é igualmente essencial clarificar o conceito de mecânica corporal, os seus princípios mais relevantes e como o profissional deverá executar estes cuidados, garantindo a sua segurança e prevenindo lesões.

Com este documento, procura-se a possibilidade de contribuir para o conhecimento e esclarecimento de dúvidas dos cuidadores relativamente à temática, assim como possibilitar um documento de apoio à integração de novos profissionais nas instituições, na área em questão.

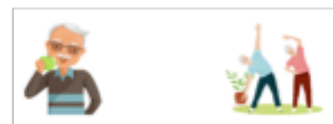
Importa referir que as fontes dos conteúdos e imagens utilizadas no presente documento se encontram devidamente identificadas e creditadas no capítulo de Referências Bibliográficas, que poderá ser consultado para maior aprofundamento.

MOBILIDADE

O que é a mobilidade?

Podemos definir a mobilidade como:

- A capacidade de um indivíduo para **mover o seu corpo de forma eficaz e independente**, durante as tarefas do dia-a-dia, assegurando a resposta às suas **necessidades**;
- O meio pelo qual um indivíduo se move no ambiente, interagindo **com a família e a sociedade**;



A mobilidade está dependente do bom funcionamento dos diversos sistemas do corpo humano, podendo ser **ativa** (autónoma) ou **passiva** (realizada com o apoio de outrem).

Quais as principais causas das alterações da mobilidade?



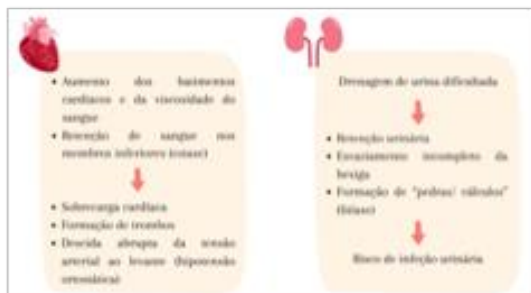
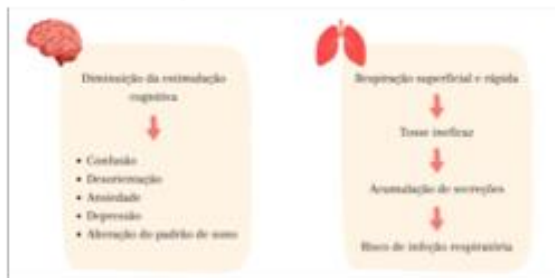
IMOBILIDADE

E a imobilidade, o que é?

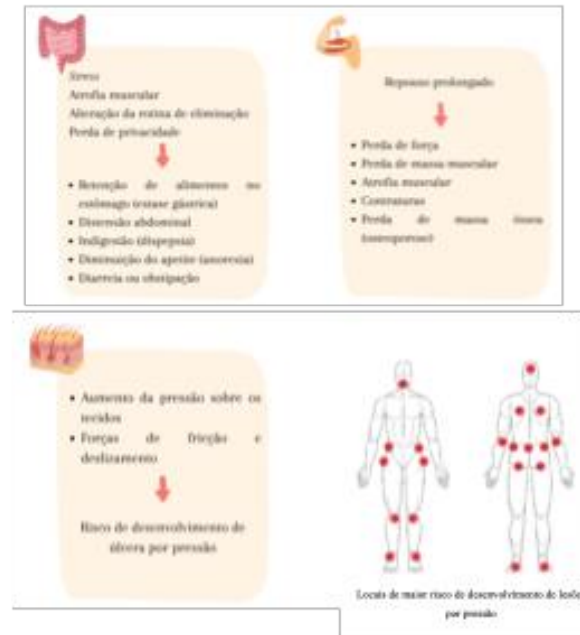
Podemos definir a imobilidade como a **incapacidade para mover** uma ou mais partes do corpo, ou a sua totalidade, o que poderá conduzir a **consequências nos diferentes sistemas** que constituem o corpo humano.

E que possíveis consequências da imobilidade são essas?

De seguida apresentam-se algumas das possíveis consequências referidas, em cada um dos sistemas do corpo humano:



5



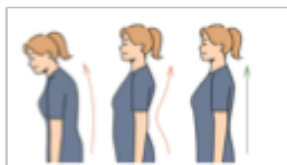
6

MECÂNICA CORPORAL

Antes de realizarmos algumas revisões sobre posicionamentos e transferências do utente idoso em situação de dependência, existe ainda um tema muito importante a reforçar, a **saúde e segurança** do cuidador na execução destes procedimentos, que se relaciona com o conceito de **mecânica corporal**.

A que se refere então este conceito?

A mecânica corporal diz respeito aos esforços coordenados dos músculos, ossos e articulações do nosso corpo, para manter o **equilíbrio**, a **postura** e o **alinhamento** corporal nas diversas atividades. A utilização correta destas estruturas é essencial para a **prática segura e prevenção de lesões**.



A título de curiosidade, é importante esclarecer que as lesões associadas à prestação de cuidados de saúde podem incidir sobre diversas zonas do corpo, sendo as mais frequentes o pescoço, ombro, cotovelo, punho, mão, coluna vertebral e joelho.

Em resultado destas lesões, os profissionais podem experienciar sintomas como a dor, sensação de peso ou dormência (parestesia), fadiga e falta de força.

Que precauções devemos adotar para prevenção destas lesões e garantir a mecânica corporal correta?

Antes de iniciarmos o posicionamento ou transferência do utente idoso em situação de dependência, devemos ter em consideração que:

- O fardamento dos profissionais deverá ser **confortável e suficientemente largo** para permitir a mobilidade sem restrições;
- O calçado deve ser **confortável, fechado e antiderrapante**;

7

- O espaço físico deve estar **livre de obstáculos** - remover fios, caixas ou outros possíveis obstáculos que limitem a atividade e constituam um risco de queda ou lesão do profissional e/ou utente;
- A **segurança do piso** deverá ser verificada - assegurar que o piso não se encontra molhado ou escorregadio;
- Os **recursos** devem ser avaliados (humanos e materiais) - verificar quantos profissionais estão disponíveis para a realização do procedimento, privilegiando o **trabalho em equipa** e utilizar dispositivos auxiliares de transferência (ex. cintos, resguardos, tábua de transferência) sempre que estejam disponíveis;
- Os movimentos devem ser **planeados** e realizados em conjunto se executados por dois profissionais, onde um deles dirige a execução;
- A **altura dos equipamentos** deve ser regulada - no caso de equipamentos em que seja possível regular a sua altura (ex. cama articulada), esta deverá ser colocada de forma que o profissional não seja obrigado a dobrar-se de forma acentuada;

E quando estamos a realizar o procedimento, que cuidados devemos ter?

Na execução dos esforços devemos:

- Manter a **coluna direita, flexir os joelhos**, evitando a inclinação acentuada do tronco e colocar a força nos músculos dos membros inferiores;
- Evitar **movimentos de rotação e flexão da coluna**, mantendo o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar;



- Puxar, empurrar, deslizar ou girar, em vez de elevar;

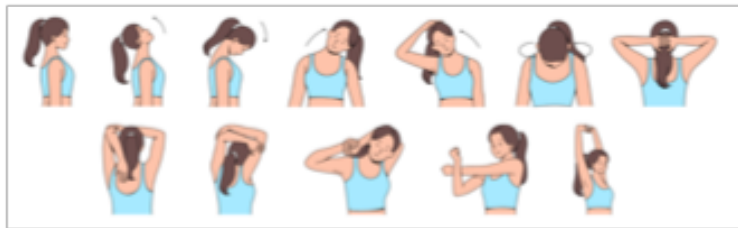
8

- Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco;

Após a realização dos esforços, existe algum cuidado a ter?

Existem exercícios de alongamento e relaxamento que, realizados após e/ou entre tarefas de maior sobrecarga, facilitam o alívio da tensão. Não exigem qualquer material e são facilmente realizados no local de trabalho.

Seguem-se exemplos de alguns destes exercícios, que pode facilmente aplicar no seu local de trabalho:



POSICIONAMENTOS

Posicionar diz respeito ao ato de colocar algo, ou alguém, em determinada posição.

Quais são os objetivos dos posicionamentos?

No caso do cuidado ao utente idoso em situação de dependência, o apoio ao posicionamento tem como objetivos principais:



E ao realizar os posicionamentos, existem princípios a considerar?

Cuidar do utente idoso em situação de dependência implica, com frequência, e mediante o seu grau de dependência, apoiá-lo e/ou substituí-lo (em situações de dependência total) na sua alternância de posições na cama, assim como na correção do seu posicionamento na cadeira e/ou cadeirão.

Com este fim e nunca esquecendo os princípios da mecânica corporal explicados anteriormente, de forma a permitir uma prática segura dos profissionais e a evitar a ocorrência de lesões, a execução de posicionamentos deve ter em consideração as seguintes etapas:

- **Planear** a atividade;
- **Explicar o procedimento** à pessoa e **solicitar a sua colaboração** de acordo com as suas capacidades;
- **Assistir** a pessoa a posicionar-se;
- **Reavaliar** a frequência e método de posicionamento se a resposta não for favorável;

Explicar o procedimento ao utente e prepará-lo para a sua execução é essencial para garantir um **cuidado humanizado** e o **respeito pelos seus direitos**. Também a

colaboração, ajustada às capacidades e limitações de cada um, deverá ser pedida, dando ao utente **instruções claras** de como poderá ajudar no seu posicionamento.

Há que ter em consideração que em qualquer posicionamento, a pessoa deve ficar confortável e o **peso corporal bem distribuído**, respeitando o **alinhamento corporal** e **reduzindo as tensões** nos músculos e articulações.

Após realizarmos o posicionamento do utente devemos validar com este se está confortável, verificando no decorrer do tempo se tolera a manutenção da posição escolhida.

A alternância de posicionamentos aconselhada é realizada a cada 2h, no entanto esta periodicidade poderá ser alterada em função das necessidades específicas do utente e indicações da equipa de saúde.

O **diálogo e articulação com a equipa de saúde** da instituição, para partilha de todas as informações importantes é essencial.

Na execução dos posicionamentos do utente, há que ter ainda em atenção:

Movimentos
suaves e firmes

Evitar fricção e
torção

Evitar contacto
com dispositivos
médicos

No caso dos **dispositivos médicos**, como fios de oxigenoterapia, sondas nasogástricas, algálias, tubuladuras e sacos coletores, entre outros, o cuidado passa por assegurar que o utente não fica posicionado sobre estes dispositivos, garantindo o seu bom funcionamento e reduzindo o risco de desenvolvimento de lesões por pressão provocadas pelos mesmos.

Que tipos de posicionamentos existem e como os devemos executar?

Em primeiro lugar, há que considerar que para posicionar corretamente o utente, temos frequentemente de o mobilizar primeiramente na cama, de forma que fique centrado na mesma e suficientemente subido.

Para efetuar esta mobilização, a **utilização de um resguardo** facilita em muito a técnica, devendo ser realizada por dois profissionais em lados opostos da cama, que seguram o resguardo junto ao corpo do utente e, de forma simultânea, realizam o movimento no sentido desejado para o posicionamento, conforme demonstram as figuras A e B na imagem abaixo.



Figura 1 – Mobilização de utente na cama. Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Esta mobilização pode também ser realizada sem resguardo, de forma organizada entre os dois profissionais, exemplificado na figura D. Caso a mobilização pretenda deslocar o utente para um dos lados, ambos os profissionais devem colocar-se no mesmo lado da cama (figura C).

Em caso de disponibilidade de apenas **um cuidador**:

- Verificar se é possível realizar a mobilização sem outro elemento (considerar peso do utente, grau de dependência e risco de lesão);
- Se possível, deslocar primeiramente a parte superior do corpo do utente a posicionar/transferir e só depois a inferior;



Figura 2 – Mobilização lateral de utente na cama; Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013).

Passamos agora a rever quais os posicionamentos que podemos executar e os apoios que devemos colocar em cada um deles.

Decúbito Dorsal ("barriga para cima")



Figura 3 – Decúbito Dorsal; Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013).

Se necessário, podem ainda ser colocadas pequenas almofadas na zona dos tornozelos, de forma que os calcâneos se encontrem elevados e sem pressão.

13

Decúbito Semi-Dorsal



Figura 4 – Decúbito Semi- Dorsal; Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013).

Decúbito Lateral (direito/esquerdo)



Figura 5 – Decúbito Lateral; Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013).

Semi-Fowler ("semi-sentado")



Figura 6 – Semi-Fowler; Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013).

14

Decúbito Ventral ("barriga para baixo")



Figura 7 – Decúbito Ventral. Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Importa reforçar novamente a necessidade de **explicar** ao utente o procedimento e **solicitar a sua colaboração** de acordo com as suas capacidades, antes de iniciarmos a mobilização.

No final da execução do posicionamento, é essencial observarmos se todas as partes do corpo se encontram **alinhadas**, devidamente **apoiadas** e **livres de tensão** (esforço).

O que fazer quando o utente se encontra em cadeira ou cadeirão, mas a sua posição necessita ser reajustada?

As imagens abaixo demonstram a correta forma de realizar a correção de posicionamento de um utente em cadeira de rodas e cadeirão, apenas com um cuidador, ou com dois cuidadores em conjunto, garantindo a segurança do utente e do profissional.



Figura 8 – Ajustar posicionamento na cadeira de rodas. Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

15



Figura 9 – Ajustar posicionamento no cadeirão (em cadeirão). Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Figura 10 – Ajustar posicionamento no cadeirão (debaixado). Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Na realização da correção dos posicionamentos demonstrados, é muito importante não esquecer a **mecânica corporal do cuidador** e a **utilização de vestuário e calçado adequado pelo utente** de preferência fechado e antiderrapante, para prevenir o risco de queda.

16

TRANSFERÊNCIAS

Podemos definir transferência como a **ação de mobilizar uma pessoa entre superfícies diferentes**, estando a técnica a utilizar dependente da colaboração que pode ser dada pelo utente.

A transferência do idoso em situação de dependência tem como objetivos principais:

- Prevenir as complicações** da imobilidade;
- Promover o **autocuidado**;
- Estimular o **equilíbrio**;
- Preparação para o **treino da marcha** (ajustado à situação de saúde de cada utente);

Quais os princípios das transferências?

- Planear a atividade** – confirmar quantos profissionais estão disponíveis para realizar a transferência e planear como será realizada; preparar o material necessário (cadeira, cadeira de rodas, cadeirão, meios auxiliares de transferência como cintos, discos de transferência, se disponíveis);
- Explicar o procedimento** ao utente e **solicitar a sua colaboração** de acordo com as suas capacidades;
- Assistir o utente a transferir-se**, realizando-o de forma **gradual**.

1. **Sentar o utente** no leito com os membros inferiores pendentes;
2. **Transferir ou auxiliar** o utente a transferir-se;
3. **Vigiar sinais de mal-estar** (palidez, sudorese e queixas de indisposição ou tonturas);

É ainda importante ter em atenção:



17



Figura 11 – Transferência do utente. Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2017)

Revisemos agora as etapas que devemos percorrer para realizar a transferência de um utente para a cadeira, cadeira de rodas ou cadeirão:

- Preparar o material necessário;
- Colocar a cadeira de rodas/cadeira/cadeirão em paralelo à cama;
- Partindo da posição de deitado de "barriga para cima", a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos;
- Colocar uma mão ao nível dos ombros e outra nos joelhos e rodar a pessoa;
- Apoiar a elevação do tronco e fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se;
- Descer a base do leito de forma que os pés fiquem apoiados no chão;
- Solicitar à pessoa para inclinar o tronco para a frente para que se coloque de pé, assistindo-a na transferência;
- Colocar os pés nos pedais de apoio (se aplicável);

18

Existem equipamentos que podem apoiar a realização das transferências dos utentes?

Sim, existem meios auxiliares de transferência que poderão ser muito úteis na execução das transferências e redução do esforço do cuidador e sempre que disponíveis a sua utilização deverá ser realizada.

Nas figuras abaixo encontram-se exemplos de alguns destes equipamentos e de como deverão ser utilizados.

Cinto de Transferência



Figura 12 – Transferência de utente com cinto de transferência. Fonte: Alexandre e Rogate (2000)

Tábua de Transferência



Figura 13 – Transferência de utente com tábuas de transferência. Fonte: Alexandre e Rogate (2000)

Elevador/Grua de Transferência



Figura 14 – Transferência de utente com grua de transporte. Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)



Figura 15 – Transferência de utente com grua de transporte (retorno à cama). Fonte: Ordem dos



Figura 16 – Transferência de utente com grua de transporte da cadeira de rodas. Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013)

Se o utente caminhar com apoio, que dispositivos deve conhecer?

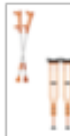
Existem diversos **auxiliares de marcha** que podem conferir apoio ao idoso na sua mobilização e deambulação, sendo importante enquanto cuidadores conhecermos o seu funcionamento para podermos ajudar o utente na sua utilização em caso de necessidade. Seguem-se alguns dos exemplos mais comuns:

Bengalas e pirâmides (tripé/quadrípé)



- Quanto maior o número de apoios no chão, maior suporte é conferido;
- Deve ser colocada do lado oposto ao membro inferior com maior limitação;

Muletas (canadianas e axilares)



- Existem diversas formas de caminhar com canadianas, dependendo do tipo de carga que o utente pode realizar nos membros inferiores. Essa indicação é da responsabilidade da equipa de saúde;

Andarilho



- A utilização do andarilho está indicada em situações em que existe fraqueza generalizada dos membros superiores e inferiores;

Na marcha com apoio de bengalas e pirâmides e também na utilização do andarilho, é importante conhecer a **seqüência do movimento a realizar**:

1. Avança o auxiliar de marcha (bengala/pirâmide/andarilho);
2. Passo com o membro inferior com maior limitação;
3. Suporta o peso do corpo no equipamento e membro inferior com maior limitação;
4. Avança o membro inferior com menor limitação (saúdável).

Muito importante uma vez mais assegurar que o utente tem **calçado adequado** – fechado e antiderrapante, de forma a prevenir quedas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a correta realização de posicionamentos e transferências é possível promover o conforto e autonomia do utente, assim como prevenir as complicações associadas à imobilidade, garantindo simultaneamente a sua segurança e dos cuidadores que apoiam a execução.

Neste sentido, reforçam-se enquanto alguns dos pontos fundamentais:



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexandre, N. & Rogante, M. (2000). Movimentação e Transferência de Pacientes: Aspectos Posturais e Ergonômicos. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 34 (2), 165-173.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas - Guia de orientação para prevenção das lesões musculó-esqueléticas e relacionadas com o trabalho*. Direção Geral da Saúde.

Kleiner, A., Ayres, T., Saraiva, P., Batistela, R., Pietrobon, R. & Gobbi, L. (2008). Mobilidade funcional em indivíduos com paralisia cerebral espástica de acordo com o tipo e a idade. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 8(3), 406-413.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros.

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem (5ª ed.)*. Lusociência.

Apêndice XVII – Cartaz “Mecânica Corporal do Cuidador”

MECÂNICA CORPORAL DO CUIDADOR

O que é a mecânica corporal?

A mecânica corporal diz respeito aos esforços coordenados dos músculos, ossos e articulações do nosso corpo, para manter o **equilíbrio**, a **postura** e o **alinhamento corporal** nas diversas atividades. A utilização correta destas estruturas é essencial para a **prática segura** e **prevenção de lesões** na execução de cuidados à pessoa idosa em situação de dependência.



Que precauções devemos adotar para assegurar uma correta mecânica corporal?

- O fardamento deve ser **confortável** e suficientemente **largo** para permitir a mobilidade e o calçado deve ser **confortável, fechado e antiderrapante**;
- O espaço físico deve estar **livre de obstáculos** e a **segurança do piso** deverá ser verificada;
- A **altura** dos equipamentos deve ser regulada;
- Os **recursos** disponíveis devem ser avaliados (humanos e materiais);
- Os movimentos devem ser **planeados e realizados em conjunto** se executados por dois ou mais profissionais, onde um deles dirige a execução;

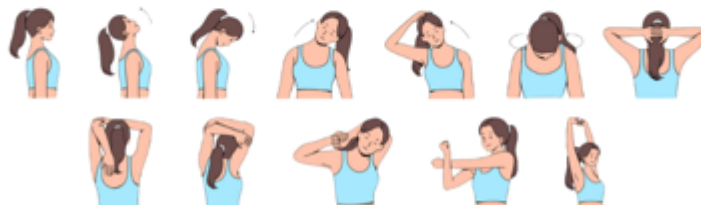
Na realização de procedimentos, que cuidados devemos ter?

- Manter a **coluna direita, fletir os joelhos**, evitando a inclinação acentuada do tronco e **colocar a força nos músculos dos membros inferiores**;
- Evitar movimentos de **rotação e flexão da coluna**, mantendo o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar;



Após a realização de esforços, de que forma poderemos prevenir lesões?

Existem **exercícios de alongamento e relaxamento** que, realizados após e ou entre tarefas de maior sobrecarga, facilitam o **alívio da tensão**. Não exigem qualquer material e são facilmente realizados no local de trabalho.



Desenvolvido por Maria Leonor Nunes, Estudante do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. **Referências Bibliográficas:** Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice XVIII – Plano de sessão de formação

Objetivos Gerais		Contribuir para a capacitação das Ajudantes de Ação Direta na prestação de cuidados a pessoas idosas institucionalizadas, em 3 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas da área de influência da USP.					
Objetivos Específicos		<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o grupo de cuidadores formais (AAD) sobre os princípios e técnicas de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa em situação de dependência; • Treinar o grupo de cuidadores formais (AAD) na execução de cuidados de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa em situação de dependência; 					
Tempo	Fases	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Atividades a Realizar	Recursos Técnico-Pedagógicos	Avaliação	
						Momento/Tipo	Instrumentos e Critérios
5 min	Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualização da temática; - Comunicação dos objetivos da sessão; 	Método: Expositivo Técnicas a utilizar: <ul style="list-style-type: none"> - Exposição; - Exposição participativa; 	<ul style="list-style-type: none"> - Abertura da sessão e apresentação da formadora; - Comunicação dos objetivos da sessão; - Exposição da estrutura da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor; - Cadeiras; 	Diagnóstica	Avaliação diagnóstica já realizada por aplicação de questionário prévio.
50 min	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilidade; - Principais causas das alterações da mobilidade; - Imobilidade; - Principais consequências da imobilidade; - Mecânica corporal e princípios fundamentais da mecânica corporal; - Posicionamentos e principais princípios dos posicionamentos; - Mobilização no leito; - Tipos de posicionamentos e correção de posicionamento; - Transferências e principais princípios das transferências; 	Método: Expositivo Técnicas a utilizar: <ul style="list-style-type: none"> - Exposição; - Utilizar variações de estímulo durante a sessão; - Definir comportamento de explanação (articulação de conteúdos teóricos com a prática e causa-efeito); Método: Ativo Técnicas a utilizar: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Roleplay</i>; 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dos conteúdos com recurso ao <i>Canva</i>, onde serão apresentados os conteúdos programáticos identificados; - Prática simulada de realização de posicionamentos e transferências em grupo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor; - Cadeiras; - Cama/maca; - Cadeirão; - Lençol; - 4 almofadas; 	Contínua	Preenchimento pela formadora de grelha de observação da execução de posicionamentos e transferências realizados na etapa prática, com os critérios execução correta/ execução incorreta.

		- Meios auxiliares para transferências e auxiliares de marcha.					
20 min	Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados; - Aplicação do Teste de Avaliação de Conhecimentos Final; - Aplicação do Questionário de Avaliação da Satisfação da Sessão.	Método: Expositivo Técnicas a utilizar: - Exposição; Método: Interrogativo Técnicas a utilizar: - Formulação de perguntas.	- Realização de síntese dos conteúdos abordados; - Preenchimento do “Teste de Avaliação de Conhecimentos Final” após a sessão; - “Preenchimento do Questionário de Avaliação da Satisfação da Sessão”.	- Computador; - Projetor; - Cadeiras; - Teste de Avaliação de Conhecimentos Final (impresso); - Questionário de Avaliação da Satisfação da Sessão (impresso); - Canetas;	Final	- Correção pela formadora dos “Testes de Avaliação de Conhecimentos Final” após a sessão, com recurso a escala de avaliação quantitativa; - Análise das respostas dadas ao “Questionário de Avaliação da Satisfação da Sessão”, com recurso a escala de avaliação qualitativa;

Apêndice XIX – Grelha de observação

Grelha de Observação

Ação de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização

Formador: Maria Leonor Nunes – mestranda do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Local:

Data: /12/2024

Exercício	Critério	
	Execução Correta	Execução com Necessidade de Correções
Decúbito Dorsal		
Decúbito Lateral		
Transferência para Cadeira		

Data: /12/2024

Exercício	Critério	
	Execução Correta	Execução com Necessidade de Correções
Decúbito Dorsal		
Decúbito Lateral		
Transferência para Cadeira		

Apêndice XX – Teste de avaliação de conhecimentos final e corrigenda

Teste de Avaliação de Conhecimentos Final

Sessão de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização

Data: ___/___/___

Classificação Final (0-20): _____ valores

Assinale como Verdadeira (V) ou Falsa (F), colocando um (X) no espaço correspondente, as seguintes afirmações:

Afirmações	V	F
1. A imobilidade apresenta consequências em todos os sistemas do corpo humano (2 valores)		
2. A interação da pessoa com a família não é influenciada pela mobilidade (2 valores)		
3. A dor e o envelhecimento são duas causas responsáveis por alterações da mobilidade (2 valores)		
4. Pessoas com alterações da mobilidade apresentam maior risco de desenvolvimento de infeções respiratórias e urinárias (2 valores)		
5. Para segurança dos profissionais, o fardamento deverá ser justo e o calçado aberto (2 valores)		
6. Explicar o procedimento de posicionamento e transferência e pedir a colaboração da pessoa não é importante (2 valores)		
7. Não devem ser utilizados resguardos como apoio à mobilização da pessoa dependente (2 valores)		
8. Ao posicionar a pessoa dependente, devemos ter em atenção que esta não fique sobre dispositivos (sonda nasogástrica, algália, etc.) (2 valores)		
9. Ao posicionar a pessoa dependente, devemos evitar realizar movimentos de fricção e torção (2 valores)		
10. Os meios auxiliares para transferências como cintos ou tábuas de transferência, não são uteis para apoio ao procedimento (2 valores)		

Obrigada pela sua participação!

Corrigenda do Teste de Avaliação de Conhecimentos Final

Sessão de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização

Data: ___/___/___

Classificação Final (0-20): _____ valores

Assinale como Verdadeira (V) ou Falsa (F), colocando um (X) no espaço correspondente, as seguintes afirmações:

Afirmações	V	F
1. A imobilidade apresenta consequências em todos os sistemas do corpo humano (2 valores)	X	
2. A interação da pessoa com a família não é influenciada pela mobilidade (2 valores)		X
3. A dor e o envelhecimento são duas causas responsáveis por alterações da mobilidade (2 valores)	X	
4. Pessoas com alterações da mobilidade apresentam maior risco de desenvolvimento de infeções respiratórias e urinárias (2 valores)	X	
5. Para segurança dos profissionais, o fardamento deverá ser justo e o calçado aberto (2 valores)		X
6. Explicar o procedimento de posicionamento e transferência e pedir a colaboração da pessoa não é importante (2 valores)	X	
7. Não devem ser utilizados resguardos como apoio à mobilização da pessoa dependente (2 valores)		X
8. Ao posicionar a pessoa dependente, devemos ter em atenção que esta não fique sobre dispositivos (sonda nasogástrica, algália, etc.) (2 valores)	X	
9. Ao posicionar a pessoa dependente, devemos evitar realizar movimentos de fricção e torção (2 valores)	X	
10. Os meios auxiliares para transferências como cintos ou tábuas de transferência, não são uteis para apoio ao procedimento (2 valores)		X

Obrigada pela sua participação!

Apêndice XXI - Questionário de avaliação da satisfação da sessão

Questionário de Avaliação da Satisfação da Sessão

Ação de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização

Formador: Maria Leonor Nunes – mestranda do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Data: ___/___/___

Local:

A sua opinião é essencial para a avaliação da sessão realizada, permitindo a identificação de problemas/fragilidades e introdução de estratégias de melhoria a integrar em futuras sessões formativas. Nesse sentido, solicita-se a sua colaboração no preenchimento de cada um dos parâmetros abaixo referidos, devendo marcar com X a resposta que responde ao seu grau de concordância com cada questão.

1. Conteúdos Programáticos e Métodos Utilizados

1.1 Interesse dos conteúdos:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

1.2 Utilidade dos conteúdos para a prática profissional:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

1.3 Melhoria dos conhecimentos sobre os temas abordados:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

1.4 Métodos de apresentação utilizados e adequação da abordagem dos conteúdos:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

2. Organização da Ação

2.1 Instalações onde decorreu a sessão:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

2.2 Equipamentos didáticos utilizados:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

3. Desempenho do Formador

3.1 Domínio dos temas expostos:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

3.2 Clareza do discurso:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

3.3 Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

Observações/sugestões:

Obrigada pela sua participação!

Apêndice XXII – Certificado de presença

Certificado

DE PRESENÇA

Esteve presente na sessão de formação subordinada ao tema **“Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização”**, integrante do Projeto de Intervenção Comunitária **“Cuidar com Saber”**, com duração de 1 hora e 15 minutos, à data de __ de dezembro 2024. Sessão desenvolvida no âmbito da Unidade Curricular **“Estágio Final e Relatório”**, do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), sob orientação

Maria Leonor Nunes

MARIA LEONOR NUNES

Mestranda e
Formadora



Enfermeira Especialista
em Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde
Pública

Apêndice XXIII – Apresentação do projeto à equipa da USP

XVII Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

“Cuidar Com Saber”

Intervenção de Enfermagem Comunitária com Ajudantes de Ação Direta



Mestranda: Maria Leonor Nunes

Orientador Clínico: Sr.ª Enf.ª

Orientador Académico: Sr.ª Prof.ª Dr.ª Elisa Garcia

Lisboa, dezembro de 2024

2025

METODOLOGIA
PLANEAMENTO EM
SAÚDE

Diagnóstico da Situação

Definição de
Prioridades

Fixação de Objetivos

Seleção de Estratégias

Elaboração de
Programas e Projetos

Preparação da Execução

Avaliação

2025

Imperatori & Giraldes (1993)

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

1. Análise Introdutória de Documentação

- Plano Local de Saúde [redacted] 2024- 2028 (em desenvolvimento, não publicado);



Problemas de saúde prioritários da população:

- Neoplasias malignas (colorretal, da mama e do colo do útero);
- Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (excluindo VIH/SIDA);
- Diabetes Mellitus;
- Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) / Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA);
- Gravidez não intencional;
- Manual de Acolhimento da USP. [redacted] (2022);
- Plano de Ação da USP [redacted];
- Caracterização sociodemográfica do concelho [redacted];

2025

2. Seleção do Tema e População-alvo

- Reunião informal com Enf.^a Orientadora no dia **16 de Setembro 2024**, onde se auscultaram perceções sobre as necessidades emergentes de projetos já em implementação/ novas necessidades sentidas.



População: Ajudantes de Ação Direta

Contexto: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)

**Melhoria
Contínua da
Qualidade**

2025

3. Enquadramento



O PNS (2021-2030) atesta:

- Duplo **envelhecimento demográfico**;
- Aumento do **índice de envelhecimento** (185,6) (INE, 2022);
- Aumento do **índice de dependência total com valor 55,6** (+ expressivo na população idosa – **índice dependência idosos 34,5 a nível nacional**, na área metropolitana de Lisboa 35,6);
- Contínuo **aumento da esperança média de vida**;
- Valor do indicador **anos de vida saudável aos 65 anos** em Portugal era, em 2019, de 6,9 anos no sexo feminino e 7,9 anos no sexo masculino, **valores inferiores aos registados na média da União Europeia (UE)** (10,4 anos e 10,2 anos, respetivamente).

2025

DGS (2022)

3. Enquadramento

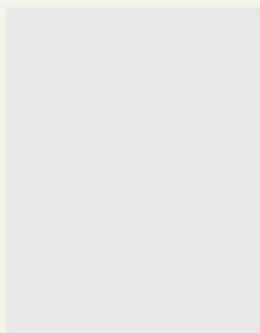


- Resultados relativos a 2022 indicam que **Portugal (44,7%) era o terceiro país com a maior proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado**, mais 8,5 p.p. do que a média da população da UE-27 (36,1%), condição que afetava **duas vezes mais a população idosa (71,1%)**;
- Nos resultados obtidos em 2022, para a UE (27), **Portugal ocupava o terceiro lugar entre os países com a mais elevada proporção de pessoas com limitação na realização de atividades habituais e gerais** devido a um problema de saúde.

2025

INE (2024)

3. Enquadramento – Concelho



- **Índice de envelhecimento local** de 154,1 (INE, 2022), inferior ao verificado a nível nacional;
- **Índice de dependência de idosos 36,2**, superior à restante AML e valor nacional (INE, 2022);

2025

3. Enquadramento



2025

Scoping Review

Objetivo:

Mapear o conhecimento existente sobre quais as necessidades de formação dos Ajudantes de Ação Direta que cuidam de idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Questão:

Quais as necessidades de formação dos AAD que cuidam de idosos em ERPI?

PCC:

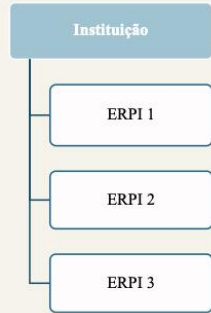
População – Ajudantes de Ação Direta

Conceito – Necessidades de Formação

Contexto – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

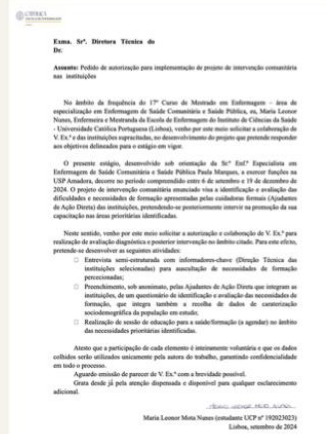
2025

4. Seleção Instituição e Pedido de Autorização



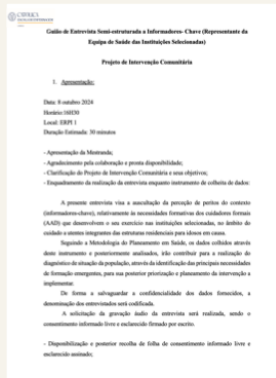
- Contacto telefónico no dia 27 Setembro 2024 com Direção Técnica de cada ERPI e envio posterior de pedido formal de autorização.

2025

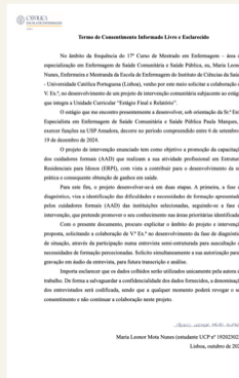


5. Colheita de Dados

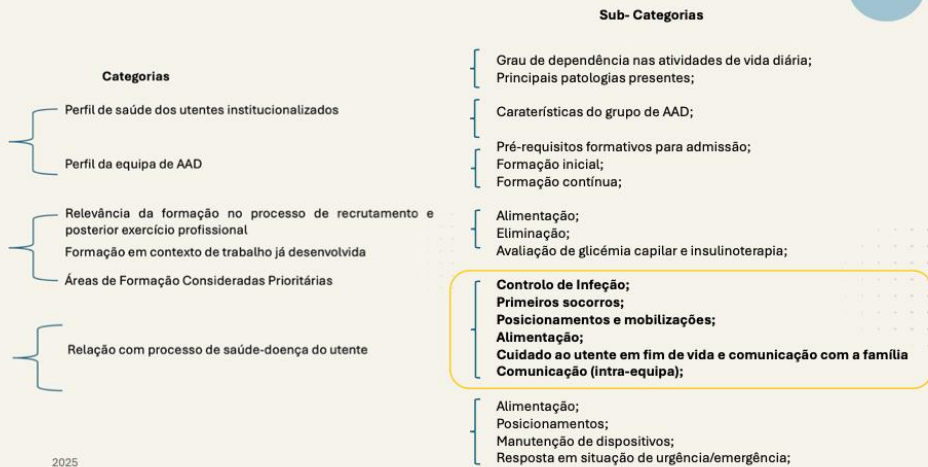
- Entrevista com "informadores-chave" (Diretores Técnicos de cada ERPI a 3 Outubro 2024 e responsável da Equipa de Saúde a 8 Outubro 2024).



2025



Análise de Conteúdo das Entrevistas Realizadas



2025

Análise das Respostas ao Questionário de Avaliação das Necessidades de Formação das AAD

Dimensão	Variável	Dificuldade Assinalada	
		Com dificuldade (assinalado com nível 3,4 e 5)	
		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
B6. Comunicação	Lidar com luto/morte/consolo	12	22,64%
B1. Higiene e Conforto	Mobilização	11	20,75%
B1. Higiene e Conforto	Posicionamentos	9	16,98%
B6. Comunicação	Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	9	16,98%
B6. Comunicação	Resolução de conflitos interpessoais	9	16,98%
B6. Comunicação	Comunicar com o utente com limitações da fala	7	13,21%
B2. Alimentação	Identificação de possíveis problemas relacionados com alimentação	6	11,32%
B5. Segurança	Como proceder em situações de urgência/emergência	6	11,32%

2025

Análise das Respostas ao Questionário de Avaliação das Necessidades de Formação das AAD

Parte C– Opinião dos Cuidadores Formais (AAD) sobre a Importância da Formação na sua Atividade Profissional :

Temas a abordar em futuras ações de formação:

- **Posicionamentos e mobilização (7);**
- **Primeiros socorros (10);**
- **Fim de vida (7);**

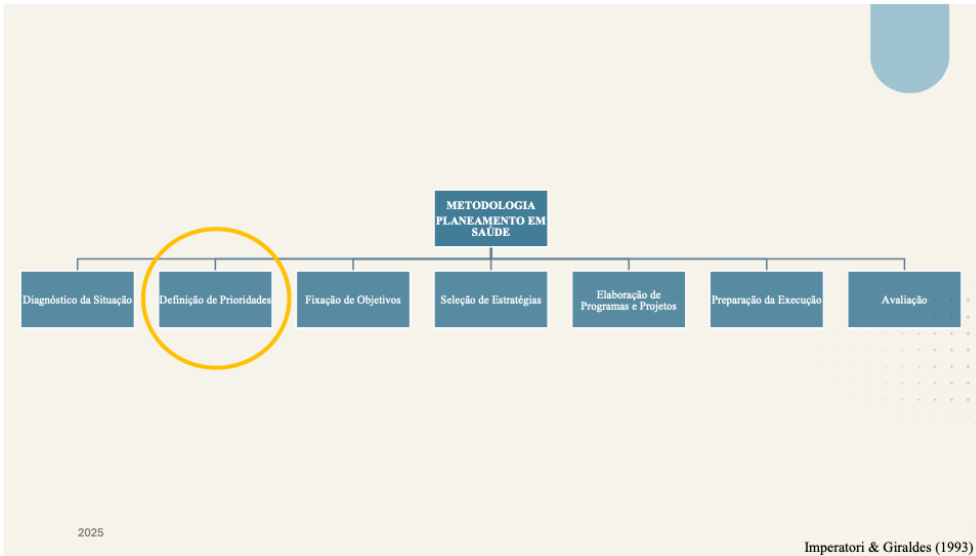
Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Enumeração
Temas a Abordar em Futuras Ações de Formação	Higiene e Conforto do Utente	Higiene	"Higiene" (Q36), (Q39)	7
		Posicionamentos e mobilização	"Técnicas de mobilização" (Q29) "Mobilização" (Q36) "Posicionamentos" (Q17), (Q19), (Q42), (Q44), (Q49)	7
	Alimentação do Utente	Alimentação por SNG	"Cuidados com utentes com (...) sonda (...) (Q15) "Alimentação por sonda" (Q25) "Alimentação com sonda gástrica" (Q28)	3
		Alimentação por PEG	"Cuidados com utentes com PEG (...) (Q15)	1
		Disfagia	"Disfagia" (Q21)	1
	Eliminação do Utente	Cuidados ao utente com drenagem vesical	"Cuidados com utentes com (...) algália" (Q15)	1
	Segurança	Primeiros Socorros	"Primeiros socorros" (Q15), (Q29), (Q31), (Q38), (Q39), (Q44), (Q49), (Q50) "Procedimento em caso de urgências" (Q28) "Técnicas de primeiros socorros" (Q20)	10
			Prevenção de Quedas do Utente	"Prevenção de queda" (Q19), (Q11), (Q20)
		Controlo de Infecção	"Identificação e prevenção de doenças contagiosas" (Q3), (Q25)	2
	Lazer/ Autonomia	Arteterapia	"Arteterapia - ajudar a desenvolver a criatividade e expressões" (Q2)	1
		Sexualidade no Idoso	"Sexualidade em contexto de lar" (Q11)	2

2025

6. Diagnósticos de Enfermagem (CIPE®)

- **Coping do cuidador comprometido** por dificuldade em lidar com o luto/morte/consolo (em 22,64% da amostra).
- **Capacidade de desempenho de cuidados de apoio à mobilização comprometida** (em 20,75% da amostra).
- **Capacidade de desempenho de cuidados de apoio ao posicionamento comprometida** (em 16,98% da amostra).
- **Comunicação comprometida** por dificuldade na comunicação com utentes com limitações sensoriais (visão e/ou audição) (em 16,98% da amostra).
- **Comunicação comprometida** por dificuldade na resolução de conflitos interpessoais com o utente, pares e/ou parceiros de cuidados (em 16,98% da amostra).

2025



DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Método de Hanlon

- Amplitude/Magnitude
- Gravidade (B)
- Eficácia da Solução/Vulnerabilidade (C)
- Exequibilidade

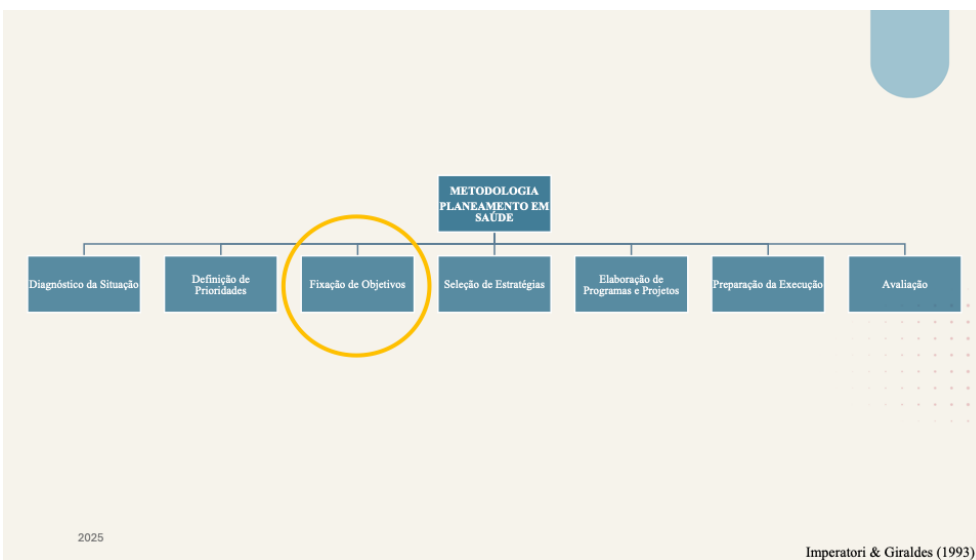
Fórmula de Cálculo:

$$(A+B) C \times D$$

Problema Identificado	Pontuação Final	Ordenação Prioridade
Lidar com o luto/morte/consolo	6,5	4º
Mobilização	16,5	1º
Posicionamentos	16,5	1º
Comunicar com o utente com limitações na visão e/ou audição	12	2º
Resolução de conflitos interpessoais	11	3º

Envolvimento dos Peritos

2025



FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivo Geral – Contribuir para a capacitação das Ajudantes de Ação Direta na prestação de cuidados a pessoas idosas institucionalizadas, em 3 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas da área de influência da USP.

Ensinar o grupo de cuidadores formais (AAD) sobre os princípios e técnicas de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa em situação de dependência;

Treinar o grupo de cuidadores formais (AAD) na execução de cuidados de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa em situação de dependência;

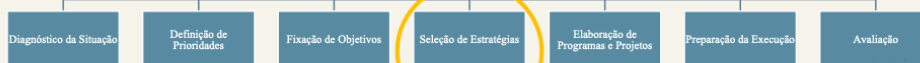
Divulgar aos profissionais da equipa multidisciplinar da USP o projeto de intervenção comunitária desenvolvido, para a sua continuidade;

Divulgar à Direção Técnica das instituições selecionadas os resultados do diagnóstico de situação realizado e do projeto de intervenção comunitária;

Objetivos Específicos

2025

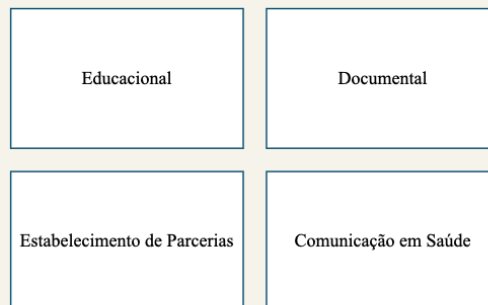
METODOLOGIA PLANEAMENTO EM SAÚDE



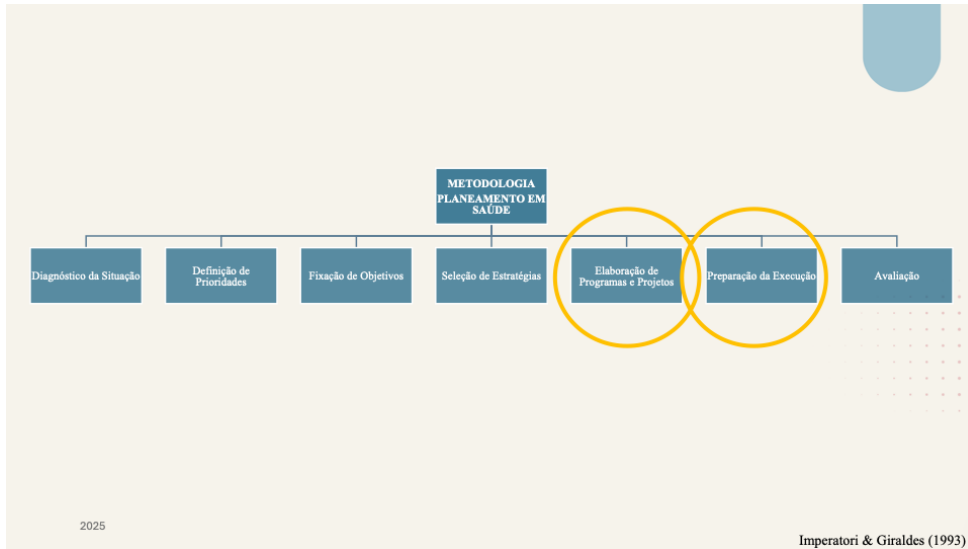
2025

Imperatori & Giraldes (1993)

SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS



2025



ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS E PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Plano de Sessão

Curso	Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização – Pessoa Idosa em Situação de Dependência	Datas de realização		Nº Sessões			
Duração	1 hora e 15 minutos	Horário	14:30 às 15:45				
Público-alvo	Ajudantes de Ação Direta das três instituições selecionadas (ERP1, ERP2, ERP3)						
Formador	Maria Leonor Nunes – Mestranda do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).						
Objetivos Gerais	Contribuir para a capacitação dos cuidadores formais (AAD) de 3 estruturas residenciais para idosos do concelho, no desempenho de cuidados de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa em situação de dependência.						
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o grupo de cuidadores formais (AAD) sobre os princípios e técnicas de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa em situação de dependência; • Treinar o grupo de cuidadores formais (AAD) na execução de cuidados de posicionamento, transferência e mobilização da pessoa em situação de dependência; 						
Tempo	Fases	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Atividades a Realizar	Recursos Técnico-Pedagógicos	Avaliação	
						Momento/Tipo	Instrumentos e Critérios
5 min.	Introdução	- Contextualização da temática; - Comunicação dos objetivos da sessão;	Método: Expositivo Técnicas a utilizar: - Exposição; - Exposição participativa;	- Abertura da sessão e apresentação da formadora; - Comunicação dos objetivos da sessão; - Exposição da estrutura da sessão;	- Computador; - Projetor; - Cadeiras;	Diagnóstica	Avaliação diagnóstica já realizada por aplicação de questionário prévio.
10 min.	Desenvolvimento e Consolidação	- Mobilidade; - Principais Causas das Alterações da Mobilidade; - Imobilidade; - Principais Consequências da Imobilidade; - Medicina Corporal e	Método: Expositivo Técnicas a utilizar: - Utilizar variações de estímulo durante a sessão; - Definir comportamento explanação	- Exposição dos conteúdos com recurso ao Canvas, onde serão apresentados os conteúdos programáticos identificados;	- Computador; - Projetor; - Cadeiras;	Continua	Preenchimento pela formadora de grelha de observação na execução de posicionamentos e transferências realizados na etapa prática, com os critérios: - Execução correta; - Execução com necessidade de

2025

XVII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização

6 de dezembro 2024

Mestranda Maria Leonor Nunes

2025

Folha de Registo de Presença

Ação de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização
Formador: Maria Leonor Nunes – Mestranda do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Local: _____
Data: ____/____/____

Folha de Observação

Ação de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização
Formador: Maria Leonor Nunes – Mestranda do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Local: _____

Data: ____/____/____

Exercício	Critérios	
	Execução Correta	Execução com Necessidade de Correções
Decubitos (Linha)		
Decubitos (Linha)		
Transferência para Cadeira		

Data: ____/____/____

Exercício	Critérios	
	Execução Correta	Execução com Necessidade de Correções
Decubitos (Linha)		
Decubitos (Linha)		
Transferência para Cadeira		

2025

Ficha de Avaliação de Condições Finais

Sessão de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização
Data: ____/____/____
Classificação Final (0-20): _____ valores

Assinale com Verdadeiro (V) ou Falso (F), colocando um (X) no espaço correspondente, as seguintes afirmações:

Afirmações	Verdadeiro (V)	Falso (F)
1. A mobilidade apresenta consequências em todos os sistemas do corpo humano. (2 valores)		
2. A integração da pessoa com o familiar não é influenciada pela mobilidade. (2 valores)		
3. A dor e o arrefecimento são duas causas responsáveis por alterações da mobilidade. (2 valores)		
4. Pessoas com alterações da mobilidade apresentam maior risco de desenvolvimento de infeções respiratórias e urinárias. (2 valores)		
5. Para segurança dos profissionais, o ferimento deverá ser justo e o colchão aberto. (2 valores)		
6. Equilibrar e proporcionar de posicionamento e transferência a partir a substituição da pessoa não é importante. (2 valores)		
7. Não devem ser utilizadas requintes como apoio à mobilização da pessoa dependente. (2 valores)		
8. Ao posicionar a pessoa dependente, devemos ter em atenção que esta não fique sobre dispositivos (carrinhos, algibeis, etc.). (2 valores)		
9. Ao posicionar a pessoa dependente, devemos evitar realizar movimentos de tração e tração. (2 valores)		
10. Os meios necessários para mobilizar uma pessoa em situações de transferência, são não úteis para apoio ao procedimento. (2 valores)		

Obrigado pela sua participação!

Questionário de Avaliação da Satisfação de Saúde

Ação de Formação: Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização
Formador: Maria Leonor Nunes – Mestranda do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).
Data: ____/____/____
Local: _____

A sua opinião é essencial para a avaliação de saúde realizada, permitindo a identificação de problemas/fragilidades e introdução de estratégias de melhoria a integrar em futuros sessões formativas. Nesse sentido, solicita-se a sua colaboração no preenchimento de cada um dos questionários abaixo referidos, devendo marcar com "X" a resposta que responde ao seu grau de concordância com cada questão.

1. Conteúdos Programáticos e Métodos Utilizados

1.1 Interesse dos conteúdos:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

1.2 Utilidade dos conteúdos para a prática profissional:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

1.3 Melhorias dos conteúdos sobre os temas abordados:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

1.4 Métodos de apresentação utilizados e adequação de abordagens dos conteúdos:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito

2025



Certificado

DE PRESENÇA

Esteve presente na sessão de formação subordinada ao tema "Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização", integrante do Projeto de Intervenção Comunitária "Cuidar com Saber", com duração de 1 hora e 15 minutos, à data de ____ de ____ de dezembro 2024. Sessão desenvolvida no âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", do XVII Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), sob orientação _____

MARIA LEONOR NUNES
Mestranda e Formadora




Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

2025

XVII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

MANUAL DE APOIO AOS CUIDADOS

Posicionamentos, Transferências e Apoio à Mobilização




2025

MECÂNICA CORPORAL DO CUIDADOR

O que é a mecânica corporal?

A mecânica corporal diz respeito aos relacionamentos entre as articulações, os músculos, os ossos e o equilíbrio do corpo, para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento corporal nas diversas atividades. A utilização correta destes conceitos é essencial para a prática segura e prevenção de lesões na execução de cuidados à pessoa idosa em situação de dependência.




Que precauções devemos adotar para assegurar uma correta mecânica corporal?

- O levantamento deve ser confortável e suficientemente largo para permitir a mobilidade e o calçado deve ser confortável, fechado e antiderrapante;
- O corpo não deve estar livre de obstáculos e a segurança do piso deverá ser verificada;
- A altura dos equipamentos deve ser regular;
- Os esforços devem ser feitos em alinhamento (humano e material);
- Os movimentos devem ser planejados e realizados em conjunto se exercitados por dois ou mais profissionais, sendo em dois ângulos e elevações.


Na realização de procedimentos, que cuidados devemos ter?

- Mantiver a coluna direita, flexar os joelhos, evitando a inclinação excessiva do tronco e elevar a força nos membros dos membros inferiores;
- Evitar movimentos de estalar e flexão da coluna, mantendo o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar;

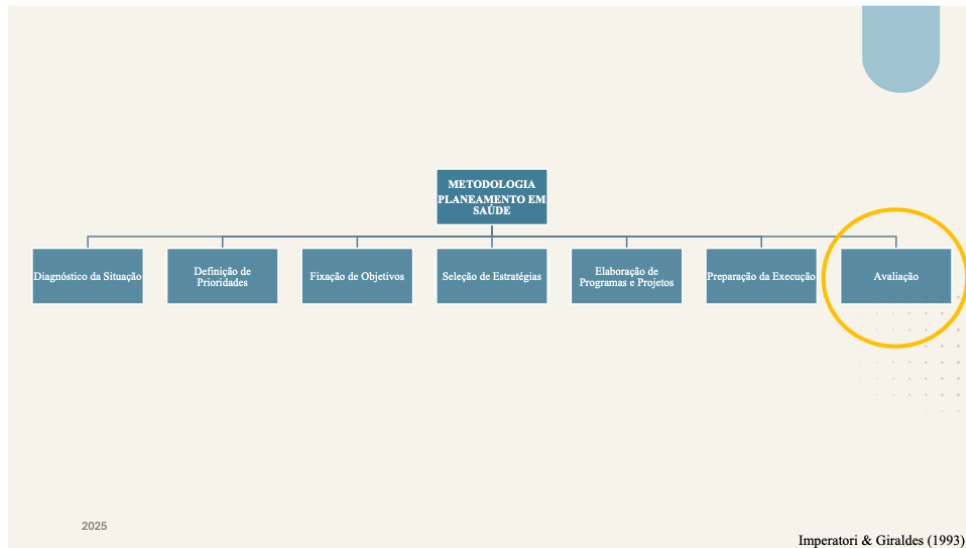


Após a realização de esforços, de que forma podemos prevenir lesões?

Evitar movimentos de alongamento e relaxamento que, realizados após o uso excessivo de maior subseqüente, facilitem a ação da tensão. Não exigir qualquer material e não facilitar realizações no local de trabalho.



2025



AVALIAÇÃO

<p style="text-align: center;">Análise da aplicação da Grelha de Observação</p> <ul style="list-style-type: none"> 61,1% foram executados corretamente; 38,9% foram desenvolvidos com necessidade de correções. 	<p style="text-align: center;">Análise dos Resultados da Ficha de Avaliação de Conhecimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% dos participantes obtiveram classificação positiva (>10 valores) em resultado do preenchimento da Ficha de Avaliação de Conhecimentos Final; 100% de aprovação. 	<p style="text-align: center;">Análise dos Resultados do Questionário de Avaliação da Satisfação da Sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> 97,9% dos participantes revelaram satisfação para com as instalações utilizadas no desenvolvimento das sessões realizadas, sendo que 2,1% tem opinião discordante. Obtenção de 100% de satisfação nos restantes aspetos sob avaliação;
--	---	---

2025

OE	Metas	Indicadores de Atividade	Cálculo e Resultado
OE1	Realização de 100% das sessões de formação previstas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de concretização das sessões de formação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões de formação previstas}} \times 100$ 	$(6/6) \times 100 = 100\%$
	Participação mínima de 60% da população-alvo do projeto, nas sessões de formação a ministrar;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de adesão da população-alvo às sessões de formação: $\frac{\text{N}^\circ \text{ elementos presentes}}{\text{N}^\circ \text{ total de elementos da população-alvo}} \times 100$ 	$(47/53) \times 100 = 88,7\%$
	Obtenção de 60% de respostas corretas no teste de avaliação de conhecimentos final;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de respostas corretas obtidas no teste de avaliação de conhecimentos final: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas}} \times 100$ 	$(427/479) \times 100 = 90,2\%$
	Que 60% dos participantes considerem ter melhorado o seu conhecimento sobre os temas desenvolvidos;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de aquisição de novos conhecimentos percebida: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou ter melhorado os seus conhecimentos após a sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$ 	$(47/47) \times 100 = 100\%$
	Que 60% dos participantes considerem que os conteúdos apresentados foram abordados de forma adequada;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de adequação da forma de abordagem dos conteúdos: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou adequada a forma de abordagem dos conteúdos}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$ 	$(47/47) \times 100 = 100\%$
	Que 60% dos participantes considerem os temas abordados importantes para a prática;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de importância dos temas abordados para a prática profissional: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que considerou de importância os temas abordados}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes que respondeu ao "Questionário de Avaliação da Satisfação"}} \times 100$ 	$(47/47) \times 100 = 100\%$

2025

OE	Metas	Indicadores de Atividade	Cálculo e Resultado
OE2	Que 50% dos exercícios de treino (prática simulada) a realizar nas sessões de formação, sigam os princípios preconizados;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de correta execução dos exercícios realizados: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de exercícios corretamente executados}}{\text{N}^\circ \text{ de exercícios realizados}} \times 100$ 	$(11/18) \times 100 = 61,1\%$
OE3	Realização de 100% das sessões de divulgação previstas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de divulgação do projeto aos profissionais da USP: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões de divulgação realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões de divulgação previstas}} \times 100$ 	$(1/1) \times 100 = 100\%$
	Disponibilização de 100% do material educativo elaborado para possibilidade de replicação das sessões de formação;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de disponibilização de material educativo elaborado: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos elaborados disponibilizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de documentos elaborados}} \times 100$ 	$(9/9) \times 100 = 100\%$
OE4	Realização de 100% dos contatos previstos com a Direção Técnica das instituições selecionadas;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de contatos realizados com a Direção Técnica das instituições: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de contatos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de contatos previstos}} \times 100$ 	$(7/7) \times 100 = 100\%$

2025

Apêndice XXIV – Diagrama de *Gantt*

Diagrama de Gantt

Etapa	Meses														
	Setembro			Outubro					Novembro				Dezembro		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Integração no contexto e pesquisa bibliográfica															
<i>Scoping Review</i>															
Diagnóstico da situação															
Definição de prioridades															
Fixação de objetivos															
Seleção de estratégias															
Elaboração do projeto															
Execução															
Avaliação															
Colaboração nas atividades da USP															
Elaboração do relatório final															