



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

CUIDADOS FORMAIS A PESSOAS MAIS VELHAS

UM PERFIL COMPLEMENTAR DE COMPETÊNCIAS E QUESTIONÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO



Este relatório foi desenvolvido no âmbito da Parceria Erasmus+ Tenderness for Life (2018-1-IT01-KA202-006769), sob a orientação da Cyprus University of Technology.

Principais colaboradores:

CUT (Líder) - Evridiki Papastavrou, Areti Efthymiou, Lygia Tsitsi, Maria Dimitriadou, Georgios Efstathiou

ANS - Licia Boccaletti, Sara Beccati

APROXIMAR - Joana Portugal, Maria Rosário Leitão, Ana Gomes

HABILITAS - Ileana Codruta Cosmescu, Ioana Caciula, Rodica Caciula.

MEH – Nicola Daley, Sara Lopez, Stacey Robinson, The Joseph Lappin Partnership and Age Concern Liverpool and Sefton

OMNIA - Jenni Nurmisto, Anna-Kaisa Nikkilä

O conteúdo do presente material representa a responsabilidade exclusiva dos autores. A Agência Nacional ou a Comissão Europeia não poderão ser responsabilizadas pela forma como o conteúdo das informações é utilizado.

Índice

Índice	2	
Introdução.....	3	
Sumário executivo dos resultados dos grupos de discussão	5	
Perfil de competências.....	9	
Autonomia.....	10	
Qualidade de vida	13	
Privacidade	16	
Competências digitais	18	
Colaboração e comunicação	21	
Cuidado Compassivo	24	
Dignidade.....	26	
A ferramenta de avaliação	29	2
Metodologia.....	29	
Questionário de avaliação	31	
Processo de avaliação, autorreflexão e autoconsciência	36	
Quem pode utilizar a ferramenta.....	38	
Instruções técnicas para utilizar a ferramenta	38	
Bibliografia	41	

Introdução

O TENDERNESS FOR LIFE é um projeto europeu financiado no âmbito do programa Erasmus+ KA2.

O projeto visa permitir que os prestadores de cuidados implementem um conjunto de ferramentas para melhorar o seu desenvolvimento profissional no cuidado a pessoas mais velhas. Este programa destina-se a cuidadores formais que apresentem baixas qualificações, assim como, cuidadores que pretendam aumentar as suas competências, influenciando por consequência a sua autoestima e aumentando a motivação na realização do seu trabalho.

A qualificação e formação adequadas conduzem a uma melhor preparação para os cuidadores formais lidarem com situações contemporâneas. O modelo a desenvolver pretende ser misto entre uma abordagem centrada na pessoa com uma abordagem em competências técnicas (interpessoais, digitais). A inovação deste programa centra-se em proporcionar novos currículos, aprendizagens baseadas no trabalho e exercícios práticos, em vez do uso exclusivo e tradicional de módulos teóricos, que têm sido apresentados com repercussões desajustadas de competências e expectativas contribuindo para a desistência do emprego e a instabilidade no mercado de trabalho.

O cuidado centrado na pessoa (CCP) é uma forma de pensar e fazer coisas que veem as pessoas cuidadas como parceiros iguais no planeamento, desenvolvimento e monitorização dos cuidados garantindo a satisfação das necessidades do cliente. Estudos recentes da OMS indicam que as abordagens centradas na pessoa estão associadas a melhores resultados clínicos e a uma melhor eficácia em termos de custos o que, por conseguinte, alivia a pressão que a UE tem vindo a enfrentar nos sistemas de segurança social e de saúde. O cuidado centrado na pessoa, por exemplo, sustenta a relevância do papel do cuidador de um cliente mais velho na saúde e bem-estar deste. A utilização de uma abordagem humanista na prestação de serviços a pessoas mais velhas é vista como uma solução estratégica para enfrentar os desafios de uma população envelhecida. Este tipo de abordagens humanistas vê os clientes como "indivíduos únicos", tendo em conta a sua perspetiva e envolvimento no processo de tomada de decisão, respeito, cortesia, disponibilidade, comunicação, etc. Estas abordagens têm um duplo benefício, uma vez que promove também um aumento da satisfação no trabalho dos cuidadores formais e melhorias na eficiência dos serviços.

A "Ferramenta de autoavaliação do perfil de competências do cuidador formal" é o primeiro resultado da iniciativa Tenderness4Life.

Inclui:

- Um resumo¹ dos resultados dos grupos de discussão realizados com cuidadores formais e pessoas mais velhas em todos os países parceiros, para explorar o perfil e as necessidades das pessoas mais velhas, mas também as competências que os cuidadores formais devem ter;
- A descrição das dimensões do cuidado identificadas pelos grupos de discussão, em termos de conhecimento, capacidades e atitudes;
- Uma ferramenta de avaliação, destinada aos cuidadores formais para autoavaliar as competências identificadas.

¹ O relatório completo está disponível em:

https://www.tender4life-project.org/uploads/1/2/3/6/123661942/io1_full_report.pdf

Sumário executivo dos resultados dos grupos de discussão

Contexto e metodologia

- ▶ Durante os meses de Dezembro a Março de 2019, foram organizados 18 grupos de discussão pelos parceiros do Tenderness4life para explorar o perfil e as necessidades das pessoas mais velhas e as competências que os trabalhadores devem ter.
- ▶ Foram organizados 12 grupos de discussão com a participação de pessoas mais velhas e 6 grupos com cuidadores formais em vários países (Itália, Portugal, Finlândia, Roménia, Reino Unido e Chipre). No total, participaram nos grupos de discussão 69 pessoas mais velhas (com 65+) e 41 cuidadores formais (25+)
- ▶ Cada parceiro foi responsável por organizar os grupos de discussão no seu país, no entanto, todos seguiram o protocolo de investigação preparado pela equipa da CUT. Todos os parceiros analisaram os dados que emergiram das discussões enquanto a análise final foi realizada pela equipa da CUT. Os resultados finais foram analisados de acordo com o quadro teórico de Krueger e Casey (2014).

5

A "pessoa idosa moderna" de acordo com os participantes mais velhos

- ▶ Os participantes tinham um vasto conhecimento e compreensão para se descreverem. **Recusam** que entre os 65 e os 70 anos as pessoas os chamem "**idosos**" e insistem que não há **necessidades especiais nesta idade** (CY/IT). A maioria dos participantes (grupo de 'mais velhos') descreveu as pessoas mais velhas com as seguintes características:
 - ▶ "Existem **vários tipos de idosos**; os que são totalmente **independentes** e aqueles que precisam de **muita ajuda** e que por esse motivo talvez vivam em lares de "**idosos**" (participante 2, FIN)
 - ▶ Acho que no passado só havia um conceito de "pessoa mais velha", agora depende realmente de **como a pessoa se sente** em vez de só se ter em conta a **idade**" (participante 8, IT2)

Identificação das características das pessoas mais velhas da atualidade (ambos os grupos)

- ▶ **Um reformado moderno: independente/mais autónomo:** interessado em: trabalhar – usar o intelecto - cuidar de si mesmo - não ficar de fora, tomar decisões – ser mais aberto a novas relações – não ser marginalizado – cuidar dos membros da família.
- ▶ **Tempo livre para:** relaxar, cozinhar, realizar trabalhos domésticos, cuidar dos netos, cuidar da família.
- ▶ **Ativos/ conscientes das questões relacionadas com a saúde:** passatempos (caça, ginástica, dança, cursos de artesanato, aeróbica), preocupação com o agregado familiar, **3 participantes ainda estavam a trabalhar e outros expressaram a necessidade de trabalhar** para socializarem e por questões económicas (ROM/CY), encontram-se com amigos para passear ou ir às compras.
- ▶ **Envolvido na vida social/ consciência social / voluntariado:** interações sociais, viagens, excursões, conhecer amigos. 6
- ▶ **Utilização das redes sociais/ necessidade de ajuda para usar as TIC:** Facebook, internet, WhatsApp e Instagram
- ▶ **Vulneráveis emocionalmente:** mudanças no comportamento/mudança de humor/ansiedade
- ▶ **Solidão/ abandono**
- ▶ *Ageism* percebido e falta de respeito.

O que espera a sociedade das pessoas mais velhas? (ambos os grupos)

- ▶ **Prestação de cuidados e apoio dentro da família**
 - "A minha mãe tem 98 anos e devo estar ao lado dela" (participante 3, ROM 1)
 - "Eles esperam que ajude as gerações mais novas, por exemplo, para cuidar dos netos('IT2)
 - "Cuide dos netos" (participante 5, Reino Unido)

▶ **Guia Moral/ respeito:**

- *"Para ser um bom exemplo para as nossas crianças" (participante 3, ROM 1)*

▶ **Permanecer ativo/ independente financeiramente/ autonomia:**

- *"Ser independente e cuidar de si mesmo" (participante 1, FIN)*
- *"Permanecer ativo na sociedade" (participante 4, IT1)*
- *'Fazendo os seus passatempos' (participante 1, UK2)*

▶ **Voluntariado:**

- *"Há uma expectativa para as pessoas mais velhas se voluntariarem, além de uma necessidade para isso, mas as atuais oportunidades de voluntariado não se adequam a nós [ou seja: para aqueles que estão agora nos seus 65/70 anos em comparação com aqueles que têm agora mais de 80" (participante 6, IT1)*

▶ **Discriminação/ rejeição/ ignorância/ esquecimento:**

- *"Eles vêem-te (a sociedade) inferiores a eles. O que o velho ou a velha está a dizer?" (participante 3, CY1)*
- *"Não seja muito relevante para a sociedade" (participante 5, FIN)*
- *"O Idoso é muito discriminado e maltratado" (participante 6, POR2)*
- *"Há desconfiança quanto aos idosos" (participante 1, ROM1)*

7

Quais são as necessidades das pessoas mais velhas? (ambos os grupos)

- ▶ Realizar atividades de vida diária (higiene e alimentação)
- ▶ Acesso a serviços de saúde
- ▶ Comunicar/ interação social
- ▶ Apoio emocional e amor
- ▶ **Respeito/ reconhecimento**

Para além do acima referido, as pessoas mais velhas também mencionaram:

- ▶ Transporte
- ▶ Utilização das TIC

Competências dos cuidadores formais (de acordo com ambos os grupos)

- ▶ Cuidados básicos / competências de enfermagem
- ▶ **Capacidades de comunicação - Escuta ativa**
- ▶ Competências em TIC
- ▶ Qualidades humanas
- ▶ Paciência
- ▶ Respeito pela pessoa mais velha
- ▶ Empatia

Barreiras e facilitadores para a qualidade dos cuidados

	Barreiras	Facilitadores
Pessoas mais velhas	<ul style="list-style-type: none">▶ Os cuidadores formais não falam a língua local▶ Pressão do tempo	<ul style="list-style-type: none">▶ Atitudes pessoais do cuidador▶ Formação
Cuidadores formais	<ul style="list-style-type: none">▶ Não falam a língua local▶ Falta de pessoal	<ul style="list-style-type: none">▶ Ser experiente▶ Formação

Perfil de competências

Este capítulo inclui a descrição das dimensões de cuidado e das competências que, com base nos resultados dos grupos de discussão conduzidos nos diferentes países, devem constituir o conjunto ideal de competências em cuidados humanistas e TI para os cuidadores formais de pessoas mais velhas.

Embora os requisitos profissionais para realizar este trabalho variem entre os países parceiros, foi delineado um perfil que se refere a profissionais com qualificações entre o terceiro e o quarto nível do [Quadro Europeu de Qualificações](#).

Foram identificadas sete áreas de competências, cada uma das quais descrita em termos de conhecimento, capacidades e atitudes de acordo com a taxonomia da aprendizagem de Bloom, que se baseia em três domínios das atividades educativas: cognitiva, afetiva e psicomotora. O domínio cognitivo relaciona-se com as aptidões mentais (conhecimento), o domínio afetivo para o crescimento sentimental ou áreas emocionais (atitudes), enquanto o domínio psicomotor refere-se a habilidades manuais ou físicas (capacidades)².

Devido à extensão e duração limitadas da formação do projeto Tenderness for Life, nem todos os domínios enumerados no perfil podem ser abordados no âmbito do projeto. Assim, como anexo ao currículo de formação (parte do produto intelectual 2 do projeto), são enumeradas quais as competências, referidas neste documento, que são incorporadas como resultados de aprendizagem da formação Tenderness for Life.

² Winterton, J., Delamare-Le Deist, F., & Stringfellow, E. (2006). Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype. Luxemburgo: Gabinete de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Autonomia

Definição

Autonomia deriva do grego, e significa "auto-governança", que é basicamente sinónimo de liberdade. Se a pessoa é autónoma, é capaz de fazer as suas próprias escolhas e seguir o seu caminho.

Portanto, num contexto de cuidado, a Autonomia é um conceito importante que se relaciona com a capacidade de um destinatário tomar as suas próprias decisões sobre o tratamento que recebe, quando e onde o recebe e por quem são administrados esses cuidados.

A autonomia da pessoa cuidada não significa que o prestador de cuidados não eduque e forneça orientações à pessoa cuidada para que esta possa fazer escolhas informadas, no entanto, prestar informações, aconselhar e orientar deve ser feito de forma a apoiar a pessoa cuidada a compreender todas as questões e consequências das escolhas que faz e permitir que elas façam perguntas relevantes às pessoas certas nos momentos certos.

A autonomia pressupõe que o prestador de cuidados deve obter o consentimento da pessoa cuidada e, portanto, o início de um plano de cuidados acordado que será revisto regularmente por ambos.

O princípio do respeito pela autonomia está geralmente associado a permitir ou consentir que os beneficiários de cuidados de saúde tomem as suas próprias decisões sobre quais as intervenções de cuidados de saúde que irão ou não receber.

A autonomia da pessoa cuidada refere-se ao sentido de autodeterminação, de ser capaz de fazer escolhas em relação à direção das suas próprias ações, incluindo a liberdade de prosseguir as suas escolhas.

Principais indicadores comportamentais

Conhecimento	1. Sabe o que é a autonomia e os princípios éticos básicos relacionados com ela
	2. Sabe como procurar e valorizar o <i>feedback</i> das pessoas cuidadas nos cuidados a desenvolver e nos planos de cuidados individuais
	3. Compreende o impacto das capacidades cognitivas da pessoa cuidada na tomada das próprias decisões e na compreensão dos riscos que podem ocorrer.

	4. Sabe encontrar soluções inovadoras para incentivar e capacitar a pessoa cuidada para que esta possa compreender as suas necessidades de cuidados e, portanto, tomar decisões informadas sobre os mesmos.
	5. Sabe gerir e priorizar as atividades diárias e tomar decisões apropriadas sobre quando, onde e quem está envolvido nas discussões sobre o tratamento em curso da pessoa cuidada
	6. Tem conhecimento sobre as capacidades e preferências pessoais das pessoas cuidadas de forma a incentivar atividades que promovam a sua autonomia
	7. Tem conhecimento sobre os efeitos do envelhecimento no corpo humano e como isso impactará a pessoa cuidada, para poder incentivar com segurança a escolha e a independência nas tarefas diárias.
	8. Tem conhecimento sobre psicologia/estratégias motivacionais para incentivar os beneficiários de cuidados a participar na tomada de decisões e tarefas diárias.
	9. Tem conhecimento de tecnologias de inovação para ajudar as pessoas cuidadas a fazer escolhas informadas e facilitar a vida independente.
Competências (é capaz de...)	1. Desenvolver uma relação de capacitação sustentável com as pessoas cuidadas que lhes permitam fazer escolhas informadas
	2. Incentivar as pessoas cuidadas a estabelecer objetivos pessoais e apoiá-los a alcançá-los
	3. Capaz de apoiar as pessoas cuidadas a pensar e agir de forma independente, bem como adaptar-se às mudanças contínuas na ordem do dia-a-dia para receber os melhores cuidados
	4. Educar as pessoas cuidadas para entenderem como lidar com contrariedades e falhas pessoais enquanto aprendem e se desenvolvem com essas experiências
	5. Permitir que as pessoas cuidadas sejam adaptáveis e aprender a gerir várias situações
	6. Apoiar as pessoas cuidadas a participar nos seus cuidados
	7. Capaz de equipar as pessoas cuidadas a reconhecer as suas próprias alterações de saúde
Atitudes (é...)	1. Capacitação
	2. Decisivo
	3. Criativo
	4. Flexível
	5. Adaptabilidade às necessidades em mudança do cuidador
	6. Assertividade
	7. Cuidados centrados na pessoa

Referências

1. Associação de Antropólogos Sociais orientação ética. Encontrado em: www.theasa.org/ethics/guidelines.htm
2. Blaxter L., Hughes C., & Tight M. (2001) 2ª edição. Como pesquisar. Capítulo 6: 153-191. Buckingham: Imprensa da Universidade Aberta.
3. Orientação da British Education Research Association. Encontrado em: [Página \[12](http://www.bera.ac.uk/publications/)
<http://www.bera.ac.uk/publications/>
4. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Apoiar a autonomia do paciente: a importância das relações clínico-paciente. *J Gen Intern Med.* 2010;25(7):741–745. doi:10.1007/s11606-010-1292-2
5. Quadro de Ética da Investigação (2005) ESRC (2005). Esrc.
6. Grinyer A. (2002) O Anonimato dos Participantes da Investigação: Suposições, Ética e Práticas. Atualização da Investigação Social: Edição 36. Universidade de Surrey
7. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Análise do conceito: autonomia do paciente num contexto carinhoso. *J Adv Nurs.* 2014 Out;70(10):2208-21. doi: 10.1111/jan.12412. Pub 2014 abr 3. PubMed PMID: 25209751

Qualidade de vida

Descrição

O conceito de qualidade de vida no campo dos cuidados em geral, é extenso e complexo. Envolve e é influenciado por uma ampla gama de fatores individuais, como a saúde física, o estado psicológico, as crenças pessoais, as relações sociais e a relação do indivíduo com o seu ambiente.

A Organização Mundial de Saúde define a qualidade de vida como a percepção de um indivíduo da sua posição na vida no contexto dos sistemas culturais e de valor em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Como resultado, a qualidade de vida de um indivíduo tem um impacto importante no seu estado mental e físico, tornando-se uma área tanto para a avaliação como para a intervenção no campo dos cuidados a pessoas mais velhas.

Compreender o conceito de qualidade de vida, com todos os seus fatores influenciadores, ajudará o cuidador a desenvolver uma melhor relação com a pessoa que cuida, uma vez que centra o esforço de cuidado nas necessidades, valores e desejos individuais de cada recetor de cuidados, enquanto melhora a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação relacionada com o trabalho. A pessoa cuidada também terá uma melhor experiência de cuidado como resultado da avaliação abrangente necessária para melhorar a sua qualidade de vida. A qualidade de vida deve ser um fator constante e central considerado no desenvolvimento e acompanhamento de qualquer plano de cuidados, especialmente nos cuidados a longo prazo dos mais velhos, onde questões como os gostos, crenças e valores pessoais, que não são consideradas em planos normais de cuidados de curta duração como tendo um impacto importante no resultado dos cuidados, podem ser centrais para a evolução da pessoa mais velha nos cuidados residenciais.

O conceito implica o direito de cada pessoa cuidada de viver uma vida com qualidade, percebida como tal pelo próprio, bem como um compromisso ativo dos cuidadores formais para avaliar as necessidades objetivas e subjetivas do recetor de cuidados e implementar todas as medidas necessárias para garantir uma melhor qualidade de vida para todos. As propostas e o feedback das pessoas cuidadas são cruciais numa abordagem baseada na qualidade de vida. Os cuidados focados na melhoria da qualidade de vida devem ser simultaneamente um objetivo organizacional, bem como um objetivo pessoal e profissional para os que trabalham em cuidados domiciliários ou residenciais, uma vez que implica ver a pessoa como um todo, com todas as suas particularidades, no centro do sistema de cuidados.

Pode ser utilizado um vasto leque de ferramentas de avaliação para avaliar a qualidade de vida, mas é necessário considerar aspetos como manter uma boa saúde mental e um bom nível funcional, bem como desenvolver e manter contactos sociais e envolver-se em atividades de lazer que são muito importantes na manutenção e melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Embora a saúde mental e física, as relações de qualidade e a participação social sejam importantes, a qualidade de vida pode ser mantida na sua ausência, se a pessoa mais velha valorizar e desfrutar de outros aspetos significativos da sua vida.

Principais indicadores comportamentais

Conhecimento	1. Sabe avaliar as relações com as pessoas cuidadas
	2. Sabe como incluir as pessoas cuidadas e famílias/amigos alargados na equipa/planeamento de cuidados
	3. Conhece os instrumentos existentes de avaliação de todos os aspetos da Qualidade de Vida das pessoas mais velhas
	4. Tem conhecimento geral do processo de envelhecimento e doenças comuns de pessoas mais velhas
	5. Conhece os procedimentos de intervenção básica para questões de saúde mais comuns, bem como, tem conhecimento de ajudas técnicas disponíveis
	6. Conhece os fatores institucionais ou relacionados com o pessoal que podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados (burnout, horários ocupados, situações pessoais, espaço arquitetónico, sobrelotação, etc.
	7. Conhece os procedimentos de operação padrão aplicáveis na instituição e está familiarizado com todas as outras instituições que possam envolver-se nos cuidados
	8. Conhece os diferentes tipos de métodos de comunicação aplicáveis tanto no espaço familiar como num ambiente institucional
Competências (é capaz de...)	1. Ter em conta a natureza individual de cada pessoa cuidada (as suas particularidades). Incluir/envolver as necessidades, desejos e perspetivas das pessoas cuidadas no processo
	3. Construir confiança e afeto na sua relação com a pessoa cuidada
	4. Transmitir uma sensação de calma e segurança, bem como uma proximidade respeitosa com a pessoa cuidada.
	5. Respeitar a dignidade, a autonomia, a privacidade e a autodeterminação da pessoa cuidada
	6. Analisa os seus próprios sentimentos e ações no que diz respeito às pessoas cuidadas
	7. Reconhecer alterações na condição física/mental/social das pessoas cuidadas e tomar as medidas necessárias de acordo com o seu papel profissional.

	8. Reconhecer as suas próprias limitações no que diz respeito ao conhecimento e às capacidades, bem como a vontade de aprender novas competências
	9. Reconhecer capacidades e competências tanto nos destinatários dos cuidados como nos colegas.
Atitudes (é ...)	1. Compromisso
	2. Comportamento empático
	3. Respeitoso
	4. Compreensivo
	5. Cooperativo
	6. Sensível às necessidades em mudança dos destinatários dos cuidados
	7. Mentalidade aberta
	8. Questiona-se
	9. Atento

Referências

1. WhoQOL: medição da qualidade de vida, estatísticas de saúde e sistemas de informação, organização mundial de saúde, www.who.int.
2. Sováriová Soósová M.; Determinantes da qualidade de vida nos idosos, Centro-Europeu Journal of Nursing and Obstetrry; Setembro de 2016; 7(3):484-493.
3. Layte R., Sexton E., Savva G.; Qualidade de vida na velhice: evidência de um estudo de coorte irlandês. Jornal da Sociedade Geriátrica Americana; 2013, 10 de maio, 61 suppl. 2:s 299-305.

Privacidade

Descrição

A privacidade foi definida como um direito humano fundamental na Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas não há consenso sobre o que constitui a privacidade. Hoje, define-se como o direito de controlar informações pessoais, incluindo informações sobre bens, comunicações, condutas e outros assuntos (Kayaalp 2018). A privacidade também inclui o direito de estar sozinho e manter assuntos pessoais e relações privadas.

A proteção da privacidade abrange tanto a integridade física, psicológica e social como a privacidade da intimidade e dados pessoais (utilizar/corrigir/apagar os dados). Apoiar a privacidade baseia-se na promoção da capacidade funcional do indivíduo. A tecnologia pode ser usada para proteger a privacidade e impedir a transferência de dados pessoais para terceiros.

A privacidade profissional requer o cumprimento de:

- Confidencialidade (mantendo a informação privada em segredo)
- Sigilo profissional (um dever relacionado com algumas profissões para manter confidencial a informação pessoal que lhes é partilhada em contexto de trabalho)
- Discrição (comunicação de forma a evitar revelar informações confidenciais).

Principais indicadores comportamentais

Conhecimento	1. Sabe o que é privacidade física, psicológica, social e informativa
	2. Sabe que informação é considerada como dados confidenciais
	3. Conhece a legislação relativa à proteção de dados
	4. Conhece os princípios éticos na obtenção de dados privados
	5. Conhece a sua responsabilidade profissional específica no que diz respeito aos dados dos destinatários de cuidados
Competências (é capaz de...)	1. Informar que dados pessoais da pessoa cuidada são processadas ocasionalmente ou por causa das tarefas de cuidados realizadas e se estes estão seguros
	2. Aplicar valores que sustentam cuidados de qualidade do ponto de vista da privacidade e da confidencialidade
	3. Aplicar a legislação em matéria de confidencialidade e proteção de dados
	4. Proteger os dados e privacidade das pessoas cuidadas
	5. Proteger a saúde e o bem-estar ao utilizar tecnologias de saúde
	6. Proteger a privacidade social em contextos institucionais e domiciliários
Atitudes (é...)	1. Responsável

	2. Respeitoso
	3. Conhecedor
	4. Discreto
	5. Orientado para os detalhes
	6. Focado

Referências

1. ETENE 2010. Tecnologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa, páginas 11,13-14. ETENE-julkaisu 30. Yliopistopaino, Helsínquia 2010.
2. Tecnologia e ética em ambientes sociais e de saúde. O Conselho Consultivo Nacional de Ética do Bem-Estar Social e dos Cuidados de Saúde.
3. Kayaalp M. Privacidade do Paciente na Era dos Big Data. Balkan Med J. 2018 jan 20;35(1):8-17. doi: 10.4274/balkanmedj.2017.0966. Pub 2017 set 13. Uma revisão. PubMed PMID: 28903886; PubMed Central PMCID: PMC5820452.

Competências digitais

Descrição

A competência digital é definida pelo PROJETO DIGCOMP como "o uso confiante, crítico e criativo das TIC para atingir objetivos relacionados com a empregabilidade, a aprendizagem, o lazer, a inclusão e/ou participação na sociedade (Recuperado de <https://ec.europa.eu/jrc/en/digcomp/project-background>)(1)

De acordo com o modelo DigComp 2.0, identificam-se 5 áreas-chave: informação e literacia de dados (navegação, pesquisa, filtragem, avaliação, gestão e uso da informação online), comunicação e colaboração (interagir, partilhar, envolver-se na cidadania, colaborar, gestão da identidade digital), criação de conteúdos digitais (desenvolvimento, integração, reelaboração, direitos de autor, licenças, programação), segurança (dispositivos de proteção, dados pessoais e privacidade, saúde e bem-estar, proteção do ambiente) e resolução de problemas (técnicos, necessidades e respostas, utilizar criativamente e identificar lacunas) (2).

Podem distinguir-se nestas 5 áreas-chave do DigComp 2.0 o conceito de literacia em e-Saúde, que foi definido por Norman e Skinner (3) entre as 6 formas de alfabetização fundamentais: literacia em saúde, literacia tradicional e numérica, literacia dos media, literacia da informação, literacia informática e literacia científica.

Quando se investiga sobre o desenvolvimento das competências digitais dos profissionais ou cuidadores formais, encontramos uma série de projetos que já abordaram este tema como, por exemplo: www.carenetwork.eu, Carer+, eLILY (4,5). Na maioria dos casos, encontram-se nas áreas do projeto DigComp competências específicas relacionadas com cuidados (por exemplo, competências digitais específicas dos cuidados: vida independente e participação social da pessoa mais velha, desenvolvimento pessoal e integração social do cuidador, gestão de cuidados, administração ou supervisão).

No projeto Carer+, os parceiros também incluíram um terceiro domínio, incluindo a competência digital na assistência social (subdomínios: aceitação, adaptação, desenvolvimento e apoio) (5) (Recuperado de https://www.carerplus.eu/sites/all/libraries/Toolkit_developping_digital_competences.pdf?dl=).

Tentando combinar todos os quadros existentes e integrar a informação que foram obtidas pelos grupos de discussão das necessidades das pessoas mais velhas e competências dos cuidadores formais, pode definir-se a área de competência digital dos cuidadores formais, incluindo 3 áreas-chave: competências de literacia em saúde e em e-Saúde, questões de segurança (DigComp 2.0), Comunicação e colaboração (DigComp 2.0). Acrescenta-se também

aqui a motivação para usar as novas tecnologias como uma área separada que salienta todas as outras.

Principais indicadores comportamentais

Conhecimento	1. Conhece os conceitos básicos relacionados com o processo de comunicação digital (fonte, transmissor, destino...)
	2. Tem conhecimentos básicos sobre o uso da Internet
	3. Tem conhecimento básico das ferramentas digitais e fontes de informação mais comuns para promover um estilo de vida saudável
	4. Tem conhecimento básico da terminologia médica (por exemplo, entende bulas médicas)
	5. Sabe quais são os dados eletrónicos confidenciais
	6. Sabe o que é a identidade digital
	7. Conhece e compreende os regulamentos nacionais e europeus de segurança digital
Competências (é capaz de...)	1. Utilizar o básico de PC e dispositivos móveis (smartphones, tablets)
	2. Utilizar a internet (navegação, pesquisa no Google, navegação num site, vídeos, media, redes sociais, imagens, escrita de texto, descarregar apps e software)
	3. Organizar, armazenar e recuperar dados, informações e conteúdos em ambientes digitais (nível básico)
	4. Capacidade para pesquisar, encontrar e avaliar informações e questões relacionadas com a saúde no dia-a-dia através de diferentes meios de comunicação (internet, jornal, TV, amigos, profissionais de saúde)
	5. Comunicar eficazmente usando a terminologia correta com o médico, família e cuidador num ambiente digital
	6. Identificar os dados de saúde baseados em evidências nos meios de comunicação (internet, TV, rádio).
	7. Procurar online e usar ferramentas de e-Saúde que facilitam a vida diária dos cuidadores e das pessoas cuidadas
	8. Facilitar os cuidados na utilização de instrumentos e ferramentas e tecnologias em geral (e-Banking, compras online, entretenimento, vida social)
	9. Interagir e comunicar através de tecnologias digitais sincronizadas e assíncronas (como e-mails, chats, sms...) escolher a ferramenta certa de acordo com os objetivos e destinatários do processo de comunicação
	10. Gerir eficientemente a identidade digital (dados pessoais e privacidade de informações relacionadas com a saúde)
	11. Colaborar com outros cuidadores formais através de tecnologias digitais
Atitudes (é...)	1. Motivado e ativo

	2. Empoderado
	3. Autossuficiente

Referências

1. Ferrari A. DIGCOMP: Um quadro para o desenvolvimento e compreensão da competência digital na Europa [Internet]. RELATÓRIOS CIENTÍFICOS E POLÍTICOS DO JRC. 2013. Disponível a partir de: <http://ipts.jrc.ec.europa.eu/publications/pub.cfm?id=6359%5Cnhttp://www.slideshare.net/educationlab/borrador-marcocdd-v1>
2. Vuorikari R, Punie Y, Carretero S, Van Den Brande L. DigComp 2.0: O Quadro de Competência Digital para Cidadãos [Internet]. Jrc-Ipts. 2016. 1-40 p. Disponível a partir de: http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC101254/jrc101254_digcomp_2.0_o_quadro_de_competênciadigital_para_os_cidadãos_fase_de_atualização_1.pdf
3. Norman CD, Skinner HA. literacia em eHealth: Competências essenciais para a saúde dos consumidores num mundo em rede. Jornal de Investigação na Internet Médica. 2006.
4. Amerise C, Fontaneda J, Byskov P. D01 Quadros de provisão de competências digitais e quadros de competências para trabalhadores domiciliaria e idosos nos países parceiros careNET [Internet]. Carenetproject.Eu 2013. Disponível a partir de: http://www.carenetproject.eu/wp-content/uploads/2013/11/careNET_WP1_D1_Trainingprovisionreport2.pdf
5. Cullen J. D6.1 Toolkit para o desenvolvimento das Competências Digitais dos Cuidadores. 2012. Recuperado de https://www.carerplus.eu/sites/all/libraries/Toolkit_developping_digital_competences.pdf?dl=0

Colaboração e comunicação

Descrição

O Dicionário Webster define a comunicação como "a transmissão ou troca de pensamentos, opiniões ou informações por fala, escrita ou sinais." É importante considerar que a comunicação não é apenas verbal. Um estudo refere que 93% da comunicação é mais afetada pela linguagem corporal, atitude e tom, deixando apenas 7% do significado e intenção com base nas palavras que realmente são ditas. Enquanto as palavras faladas contêm o conteúdo crucial, o seu significado pode ser influenciado pelo estilo de transmissão, que inclui a forma como os falantes se levantam, falam e olham para uma pessoa.

A comunicação é descrita também como um método de envio e recepção de mensagens combinando competências de comunicação verbais e não verbais (Arnold & Boggs, 1995 e Balzer-Riley, 1996). Cherry (1978) descreve a comunicação como "o intercâmbio de informações para alguns fins". A comunicação do ser humano é essencial no dia-a-dia, cria sentido de pertença, potencia o crescimento e o autodesenvolvimento. Todos têm a sua forma única de comunicar. As pessoas aprendem a comunicar através de experiências e relações sociais. O ambiente também pode influenciar as formas pelas quais as pessoas comunicam.

De acordo com Manning (1992) os encontros diários de uma pessoa e a forma de falar podem ser influenciados pelo ambiente e pelas regras sociais sob as quais opera. A comunicação, por outro lado, pode ser afetada pela capacidade e incapacidade da pessoa, influenciando assim o contexto da interação. Doenças como a afasia e a demência podem comprometer a capacidade de comunicação da pessoa. Para que sejam prestados cuidados de qualidade, os profissionais devem dominar uma forma de comunicar adequada.

Os cuidadores formais devem possuir boas capacidades de comunicação enquanto cuidam das pessoas mais velhas que sofrem de diferentes doenças, de modo a poderem influenciar os cuidados, prestar cuidados centrados na pessoa e criar boas relações interpessoais. Com boas capacidades de comunicação, os profissionais têm a capacidade de avaliar as preocupações da pessoa mais velha, mostrar compreensão, empatia, apoiar e confortar.

A pessoa mais velha que é cliente no contexto dos cuidados residências ou de saúde, sente a necessidade de acreditar que o cuidador se preocupa com ele e está interessado no seu bem-estar. Assim, o cuidador tem de ser capaz de comunicar eficazmente mostrando interesse, estando alerta, mantendo um bom contacto visual, sendo um bom ouvinte e fazendo perguntas atenciosas. Comportamentos não verbais, como o tom, atitude, gestos e expressões faciais podem ter um impacto nas pessoas cuidadas.

A colaboração no âmbito do processo de cuidados significa que os profissionais estão a assumir funções complementares, estão a trabalhar em conjunto, a partilhar a responsabilidade pela resolução de problemas e a tomar decisões para planear e executar planos de cuidados para pessoas mais velhas. A colaboração entre os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais de cuidado aumenta a consciencialização dos membros da equipa sobre o tipo de conhecimentos e capacidades uns dos outros, levando a uma melhoria contínua na tomada de decisões.

Uma boa comunicação incentiva a colaboração, fomenta o trabalho em equipa e ajuda a prevenir erros.

Principais indicadores comportamentais

Conhecimento	1. Tem um conhecimento avançado ou é fluente da língua local
	2. Sabe ler, contar e escrever na própria língua e na língua das pessoas cuidadas
	3. Sabe a importância da comunicação não-verbal, da linguagem corporal e das dificuldades de comunicação relacionadas com os destinatários dos cuidados que não são capazes de falar.
	4. Conhece os estilos de comunicação (passivo, agressivo, passivo-agressivo e assertivo)
	5. Conhece os desafios que podem ser levantados no processo de comunicação e possíveis soluções
	6. Tem conhecimentos básicos sobre teorias de comunicação eficazes
	7. Conhece os princípios do trabalho em equipa
	8. Conhece métodos de interação social - capacitação e envolvimento nos serviços comunitários
	9. Conhece estratégias chave para envolver a família/outras profissionais no processo de cuidados
	10. Conhece os diferentes tipos de métodos de comunicação aplicáveis ao contexto de trabalho
Competências (é capaz de...)	1. Apresentar informações em diferentes formatos, incluindo escrito e verbal
	2. Desenvolver e manter a comunicação com a pessoa cuidada e a sua família
	3. Ouvir ativamente a pessoa cuidada e a sua família sobre as preocupações relacionadas com o processo de cuidados
	4. Reconhecer e responder a sinais não-verbais, especialmente para os destinatários dos cuidados com dificuldades na fala e outras dificuldades linguísticas.
	5. Adaptar a sua comunicação às capacidades da pessoa com quem está a interagir

	6. Estruturar uma discussão, dividir a informação em declarações curtas que o destinatário é capaz de entender	
	7. Trabalhar em parceria com os outros (profissionais e pessoas mais velhas/família)	
	8. Criar uma relação de confiança e comunicar de forma empática	
	9. Criar um ambiente confortável, onde a pessoa cuidada e a sua família se sintam à-vontade para falar ou para fazer perguntas	
	10. Colaborar com outras partes interessadas para partilhar informações adequadamente, estando ciente da questão da confidencialidade, para garantir que a pessoa cuidada receba os melhores cuidados possíveis	
	11. Certificar-se de que a informação é clara, concisa, acessível para que possa ser totalmente compreendida por outros	
	12. Incentivar a comunicação profissional, aberta, respeitosa, empática, durante todo o processo de cuidado	
	13. Comunicar com as pessoas cuidadas em igualdade sem se sobrepor aos mesmos	
	Atitudes (é...)	1. Assertivo
		2. Aceitação
		3. Cooperativa
		4. Empático
		5. Respeitoso
6. Confidencial		
7. Aberto a novas experiências		
8. Tolerante		
9. Responsável		
10. Paciente		

Referências

1. Bondad, J., Cuidados Adequados dos Idosos: Trabalhadores de Cuidados Familiares e Enfermeiros, 2016
2. Balman, M., Um guia para o desenvolvimento da força de trabalho para apoiar os cuidados sociais e os profissionais de saúde para aplicar os princípios e competências fundamentais comuns para os cuidados de fim de vida, 2012
3. Njuguna Valentina, Kariuki David, Função de Competência de Comunicação nos cuidados com idosos: Uma perspetiva de cuidador, 2012
4. DigComp 2.0: O Quadro de Competências Digitais para Cidadãos
5. Michelle O'Daniel; Alan H. Rosenstein, Segurança e Qualidade do Paciente: Um manual baseado em evidências para enfermeiros.

Cuidado Compassivo

Descrição

A compaixão é um valor fundamental quando se lida com cuidados centrados na pessoa permitindo o respeito pela dignidade da pessoa cuidada. O cuidado compassivo tem muitas abordagens diferentes. O entendimento comum no campo do cuidado está relacionado com "fatores emocionais individuais, atitudinais e cognitivos" (Crawford et al, 2014) – está muito ligado a um "comportamento adotado" (Cole-King & Gilbert, 2011).

O cuidado compassivo é quando se identifica o sofrimento e a angústia de outro e se é impelido a resolvê-lo. O termo deriva também da empatia no sentido de reconhecer e estar consciente dos sentimentos de outro, mas acrescenta o compromisso de trabalhar nele e até mesmo impedi-lo, proporcionando uma interação significativa.

Introduzir cuidados compassivos nas organizações é uma forma de melhorar as relações e as experiências de cuidado (tanto para o recetor de cuidados como para o prestador). Muitas vezes, as pessoas cuidadas tendem a valorizar os cuidadores que são compassivos, amáveis e generosos. O cuidado compassivo também pode ser um impulsionador para melhores níveis de desempenho no cuidado: aumenta a "eficiência dos recursos humanos", ajuda a «obter uma melhor informação do cliente», conduzindo assim a uma "melhor recuperação e maior satisfação" (Cole-King & Gilbert, 2011).

Principais indicadores comportamentais

Conhecimento	1. Conhece a abordagem holística para as pessoas mais velhas
	2. Conhece estratégias básicas para dar apoio emocional
	3. Conhece estratégias para envolver colegas, pessoas mais velhas e famílias como participantes ativos no processo de cuidado
	4. Conhece técnicas de investigação apreciativas
	5. Conhece as diversas situações de saúde que podem ocorrer nas pessoas mais velhas
	6. Conhece técnicas básicas de cuidados e abordagens usadas no seu contexto de trabalho
	7. Conhece as regras deontológicas da sua profissão
Competências (é capaz de...)	1. Incitar a pessoa cuidada a referir o que considera importante em relação aos seus cuidados
	2. Reconhecer os sentimentos e intenções do outro, e percebe o sentido dos seus sentimentos e respostas emocionais (empatia)
	3. Afastar-se, pensar e refletir sobre o seu comportamento
	4. Ter em conta o ponto de vista e perspetiva dos outros
	5. Suportar emoções difíceis e desenvolver com a outra pessoa questões úteis (tolerância à angústia)

	6. Ser cuidadoso, solidário e útil aos outros (cuidado com o bem-estar)
	7. Preocupar-se com o sofrimento da pessoa cuidada (simpatia)
	8. Notar quando os outros precisam de ajuda (atenção)
	9. Encontrar formas de resolver sentimentos negativos, lidar com eles para evitar o burnout e prevenir o stress dos outros (autocontrolo emocional)
	10. Reconhecer a individualidade de cada pessoa cuidada
	11. Sentir-se confortável para desafiar a prática de cuidados que não expressam compaixão
	12. Fazer perguntas sobre os sentimentos das pessoas cuidadas
Atitudes (é...)	1. Comprometido
	2. Colaborativo
	3. Sem julgamentos
	4. Humano
	5. Sentido de humor
	6. Humilde
	7. Compreensivo
	8. Paciente

Referências

1. Burnell, L. & Agan, D.L. (2013). Cuidado Compassivo: Pode ser Definido e Medido? O Desenvolvimento da Ferramenta de Avaliação de Cuidados Compassivos. *International Journal of Caring Sciences*, maio –agosto, Vol 6, Edição 2.
2. Cole-King, A. & Gilbert, P. (2011). Cuidado compassivo: a teoria e a realidade. *Jornal de cuidados de saúde holísticos*, Volume 8, Edição 3.
3. Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M. & Gilbert, P. (2014). O design de cuidados compassivos. *Jornal de Enfermagem Clínica*, 23, 3589-3599.
4. Dewar, B. & Nolan, M. (2013). Preocupação com o cuidado: Desenvolver um modelo para implementar cuidados centrados na relação compassiva num ambiente de cuidados com pessoas mais velhas. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1247-1258.
5. Projeto MPATH (2016). FERRAMENTA DE PERFIL E COMPETÊNCIAS DOS MENTORES.
6. Smith S., Dewar B., Pullin S. & Tocher R. (2010). Os resultados centrados na relação focaram-se nos cuidados compassivos para os idosos dentro dos cuidados dos pacientes. *Jornal Internacional de Idosos A Amamentar* 5, 128-136.

Dignidade

Descrição

O termo "dignidade" deriva do latim "dignus" que significa digno (Mairis, 1994), o Oxford English Dictionary (2002) definiu-o como "o estado ou a qualidade de ser digno de honra ou respeito e (por extensão) de autorrespeito. Dignidade nos cuidados, portanto, significa o tipo de cuidado, em qualquer cenário, que apoia e promove, e não prejudica, o respeito próprio de uma pessoa, independentemente de qualquer diferença.

De acordo com Nordenfelt (2004) a dignidade pode ser dividida em quatro tipos, incluindo: mérito, estatuto moral, identidade pessoal e dignidade humana universal.

A dignidade humana universal está relacionada com o valor humano, e é, segundo Nordenfelt, universal e inerente. Nordenfelt, afirma que um indivíduo tem este tipo de dignidade em todos os casos, mesmo que afetado por doenças como demência, enquanto a pessoa existir a sua dignidade humana universal tem de ser respeitada.

Por outro lado, a dignidade da identidade é da maior relevância para a discussão da dignidade e do envelhecimento. Nordenfelt define-o como "a dignidade que atribuímos a nós mesmos como pessoas integradas e autónomas, pessoas com uma história e pessoas com um futuro com todas as nossas relações com outros seres humanos". Este tipo de dignidade pode ser retirado aos indivíduos por eventos externos, pelos atos de outras pessoas (por exemplo, se um indivíduo é humilhado ou tratado como um objeto) bem como por doença ou incapacidade.

À luz das descobertas de pesquisas anteriores sobre a experiência subjetiva dos indivíduos diagnosticados com demência, parece provável que estes indivíduos estejam particularmente em risco de sofrer uma perda de dignidade pessoal como resultado do impacto que a doença tem diretamente na sua identidade e sentido de si mesmo, bem como indiretamente através de interações e experiências sociais negativas. No entanto, a intensidade com que o declínio da dignidade pessoal é sentido depende, em grande medida, do contexto social do indivíduo (Van Gennip, 2016).

Uma vez que a dignidade pode ser influenciada por fatores externos, assume-se que a dignidade também pode ser promovida através da prestação de cuidados.

Principais indicadores comportamentais

Conhecimento	1. Conhece regulamentos relativos à autodeterminação e códigos éticos sobre a dignidade, aplicáveis ao seu contexto de trabalho
	2. Conhece as diferentes interpretações do conceito "dignidade"
	3. Conhece as dimensões da dignidade (dimensão espiritual, psíquica e corporal, Edlund et al., 2013)

	4. Conhece os valores éticos subjacentes à dignidade
	5. Conhece o respeito pela dignidade humana (Papastavrou et al., 2016, Gallagher 2007)
	6. Conhece os regulamentos nacionais relativos à privacidade e confidencialidade
	7. Conhece os conceitos de direitos humanos dos idosos e abusos de idosos
Competências (é capaz de...)	1. Reconhecer as diferenças individuais das pessoas cuidadas
	2. Investigar e respeitar as opiniões, valores e crenças da pessoa
	3. Envolver as pessoas cuidadas no processo de tomada de decisão
	4. Fazer com que os clientes se sintam no controlo e envolvendo-o no processo de cuidados
	5. Investigar, respeitar e agir sobre os desejos e preferências individuais quando prestam cuidados e apoios pessoais
	6. Manter a privacidade e respeitar a dignidade do(s) indivíduo cuidado
	7. Respeitar e promover os direitos humanos das pessoas mais velhas
	8. Promover a segurança das pessoas cuidadas contra abusos
	9. Notificar e fazer queixa de práticas potencialmente abusivas
	10. Promover a autoestima dos clientes
	11. Fazer com que as pessoas cuidadas se sintam valorizadas (Solicitar as opiniões, feedbacks, e reconhecimento dos clientes...)
	12. Comunicar com os destinatários dos cuidados de forma igualitária
Atitudes (é...)	1. Empático
	2. Recetivo
	3. Respeitoso
	4. Sem julgamentos
	5. Confidencial
	6. Sensível

Referências

1. Kinnear, D., Williams, V., & Victor, C. (2014). O significado de cuidados dignos: uma exploração das perspetivas dos profissionais de saúde e de assistência social que trabalham com pessoas mais velhas. *Notas de investigação BMC*, 7, 854. doi:10.1186/1756-0500-7-854 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289061/>

2. Clark J. (2010) Definindo o conceito de dignidade e desenvolvendo um modelo para promover o seu uso na prática. *Tempos de Enfermagem*; 106: 20, <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/patient-experience/defining-the-concept-of-dignity-and-developing-a-model-to-promote-its-use-in-practice/5015026.article>
3. Nordenfelt L. As variedades de dignidade. *Cuidados de saúde Anal.* 2004;12(2):69–81. doi: 10.1023/ B:HCAN.0000041183.78435.4b
4. SCIE, Dignidade nos Cuidados, [2013](https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/selectedresearch/)
<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/selectedresearch/>
5. Competências para Cuidados, Princípios Fundamentais Comuns: Dignidade
<https://ccpdignity.co.uk/>
6. van Gennip, I. E., W. Pasman, H.R., Oosterveld-Vlug, M. G., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Como a demência afeta a dignidade pessoal: Um estudo qualitativo sobre a perspectiva de indivíduos com demência leve a moderada. *Revistas de Gerontologia Série B: Ciências Psicológicas e Ciências Sociais*, 71(3), 491-501. <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/71/3/491/2605098>
7. Edlund M, Lindwall L, von Post I, Lindström UÅ. Determinação do conceito da dignidade humana. *Nurs Ethics.* 2013 dez;20(8):851-60. doi: 10.1177/0969733013487193. Epub 2013 jun 27. PubMed PMID: 23812559.
8. Gallagher A. A enfermeira respeitosa. *Nurs Ethics* 2007; 14: 360–371.
9. Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou C. A percepção dos alunos de enfermagem da dignidade do paciente. *Ética de Nurs.* 2016 Fev;23(1):92-103. Doi 10.1177/096973014557136. Epub 2014 dez 10. PubMed PMID: 2550509

A ferramenta de avaliação

A ferramenta inclui um conjunto de questões destinadas a medir o desempenho e a avaliação de competências dos cuidados formais das pessoas mais velhas (com correspondência a indicadores comportamentais), para medir o seu nível de proficiência e identificar necessidades de formação.

Metodologia

A avaliação atual dos Cuidados Centrados na Pessoa (CCP) inclui uma variedade de métodos de avaliação: observação direta, entrevistas gravadas em vídeo ou áudio, avaliação por pares ou clientes, autoavaliação utilizando simulações, encontros clínicos padronizados ou encontros com clientes reais. A autoavaliação é valiosa, nestas abordagens, uma vez que foi identificada como um aspeto-chave de profissionalismo, que se considera poder ser ensinado e encorajado. A autoavaliação é vista também como um mecanismo para identificar as próprias fraquezas e pontos fortes, podendo determinar as necessidades de aprendizagem e o reconhecimento de pensamentos, sentimentos e emoções dos cuidadores formais em relação aos seus clientes.³

29

Pode argumentar-se que a autoavaliação pode não ser fiável em comparação com a avaliação objetiva. As investigações neste campo mostram, por exemplo, que os estudantes de medicina não sobrestimam ou subestimam significativamente as suas competências, mas são mais propensos a sobrestimar desempenhos relacionados com a comunicação, que envolvem interações e avaliações mais subjetivas, em comparação com medidas de desempenho objetivas e baseadas no conhecimento.⁴

Outro ponto que deve ser tido em consideração, quando se utilizam questionários de autoavaliação, é que estes estão sujeitos a distorções de conveniência social, ou seja, os inquiridos têm tendência para responderem aos itens de modo a apresentarem-se de forma

³ Gremigni, P., Casu, G., & Sommaruga, M. (2016). Dealing with patients in healthcare: a self-assessment tool. *Educação e aconselhamento do paciente*, 99(6), 1046-1053.

⁴ Blanch-Hartigan, D. (2011). Medical students' self-assessment of performance: results from three meta-analyses. *Educação e aconselhamento do paciente*, 84(1), 3-9.

socialmente aceitável, para conseguirem a aprovação dos outros, o que pode limitar a utilidade destas autoavaliações.⁵⁶

Embora consciente das limitações da autoavaliação, a parceria Tenderness4Life reconhece que pode haver benefícios educativos pelo processo de autorreflexão. A reflexão, tanto sobre o processo como o conteúdo da aprendizagem, pode ajudar os participantes a monitorizar a sua aprendizagem. Alguns estudos referem que um maior esforço de reflexão está associado a uma experiência de aprendizagem mais positiva ou significativa.⁷

Por conseguinte, o objetivo desta ferramenta é, por um lado, permitir que os cuidadores de pessoas mais velhas, tenham uma visão da sua própria capacidade de realizar um determinado comportamento nos CCP na prática do dia-a-dia, ao mesmo tempo que oferece aos empregadores a oportunidade de identificar as fraquezas dos seus recursos humanos, e ajuda o próprio profissional a definir objetivos de aprendizagem adequados às suas necessidades.

A abordagem conceptual subjacente à criação dos itens baseou-se num conjunto de "competências humanistas de cuidados" identificadas numa fase anterior do projeto Tenderness for life e descritas no relatório "**Tenderness4Life: descrição de competências**".

30

A formulação dos itens e da escala de resposta, foi inspirada no *Provider-Patient Relationship Questionnaire* (PPRQ).⁸ Verificou-se que o PPRQ é uma medida psicométrica sólida que não é afetada pela resposta socialmente desejável e que foi aplicada em formação relacionada com os CCP.

Da mesma forma que no PPRQ, no prefácio, identifica-se a lógica para o questionário, indicando formas comuns de lidar com as pessoas cuidadas. Com o objetivo de recordar as experiências do dia-a-dia em vez de um comportamento genérico, os cuidadores formais são convidados a pensar no seu último mês de trabalho e avaliar como se comportaram de acordo com cada afirmação usando uma escala de 5 pontos (1 = "nunca" a 5 = "sempre").

⁵ King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psicologia & Marketing*, 17(2), 79-103.

⁶ Stern, D. T. (2006). *Measuring medical professionalism*. Oxford University Press.

⁷ Symons, A.B., Swanson, A., McGuigan, D., Orange S., e Rio Akl, E. A. (2009). A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. *Educação médica BMC*, 9(1), 1.

⁸ Gremigni, P., Casu, G., & Sommaruga, M. (2016). Dealing with patients in healthcare: a self-assessment tool. *Educação e aconselhamento do paciente*, 99(6), 1046-1053.

Os itens exploram as diferentes dimensões de cuidados humanistas identificados no Tenderness for Life. A descrição das áreas de competência é feita da seguinte forma:

<i>Dimensão</i>	<i>ITENS</i>			
Autonomia	1	8	15	22
Qualidade de vida	2	9	16	23
Privacidade	3	10	17	24
E-Saúde	4	11	18	25
Colaboração e comunicação	5	12	19	26
Cuidado compassivo	6	13	20	27
Dignidade	7	14	21	28

Quadro 1 - Dimensões / itens de correspondência

Questionário de avaliação

Leia por favor as seguintes afirmações referentes a formas comuns de lidar com os clientes nos serviços de cuidado. Tenha em consideração o último mês de trabalho e classifique de acordo com o que pensa que seria o seu comportamento em cada situação utilizando a escala de 1 a 5, sendo 1 = Nunca e 5 = Sempre.

1. *Conseguir dar aos clientes o tempo que precisaram para comer sozinhos.*

1	2	3	4	5
<i>Nunca</i>				<i>Sempre</i>

2. *Conseguir cuidar da interação social dos clientes, assim como cuidar das suas necessidades de cuidado pessoal.*

1	2	3	4	5
<i>Nunca</i>				<i>Sempre</i>

3. Ao realizar atividades de assistência, pude respeitar a dignidade dos clientes.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

4. Consegui avaliar a fiabilidade das informações de saúde encontradas na internet

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

5. Ouvi atentamente os clientes e fiz perguntas para entender melhor o que eles me diziam.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

6. Consegui entender os clientes e relacionar-me emocionalmente

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

32

7. Consegui reconhecer que cada cliente tem interesses e expectativas diferentes

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

8. Consegui incentivar os clientes a serem resilientes e persistentes ao tentar superar os desafios.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

9. Consegui desenvolver o plano de cuidados do cliente, tendo em consideração as suas preferências, crenças e valores pessoais.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

10. *Consegui proteger as informações pessoais dos clientes, impedindo que pessoas não autorizadas tivessem acesso a elas*

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

11. *Consegui trocar documentos por email ou por outras plataformas digitais com colegas*

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

12. *Consegui estabelecer uma comunicação positiva com as famílias dos clientes.*

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

13. *Consegui usar o humor para redirecionar / desviar a atenção e mudar o comportamento de um cliente*

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

33

14. *Consegui explorar e entender os desejos dos clientes com declínio cognitivo*

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

15. *Consegui ajudar os clientes que sofrem de problemas de memória, a realizarem o máximo possível as suas atividades diárias.*

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

16. *Fui flexível na adaptação de uma instrução de cuidado/trabalho para responder às necessidades do cliente*

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

17. Consegui equilibrar o respeito à privacidade dos clientes e o meu dever de os proteger dos riscos

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

18. Consegui aconselhar os clientes a serem cautelosos sobre as informações que partilham na internet.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

19. Tenho sido capaz de trabalhar em equipa.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

20. Quando um cliente teve um comportamento desafiador, eu consegui controlar-me

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

34

21. Consegui enfrentar uma prática que considerei prejudicial para a dignidade do cliente.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

22. Consegui encontrar um equilíbrio entre proteger os clientes ao risco de cair e permitir que continuassem a mover-se livremente

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

23. Quando enfrentei uma situação desafiadora no local de trabalho, consegui parar e refletir sobre minhas reações imediatas para corrigir possíveis erros.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

24. Consegui garantir a confidencialidade das informações pessoais dos clientes que foram compartilhadas comigo.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

25. Consegui procurar esclarecimentos sobre termos médicos desconhecidos, na internet.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

26. Consegui dar instruções a um colega de forma que o cliente fosse entendido corretamente

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

35

27. Consegui, sempre que possível, respeitar o tempo dos clientes e não os interromper nas atividades de que gostam.

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

28. Consegui tomar providências para garantir a confidencialidade ao discutir um assunto particular com um cliente

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

Processo de avaliação, autorreflexão e autoconsciência

A ferramenta de autoavaliação Tenderness4life é um instrumento para apoiar a autorreflexão dos profissionais nas suas práticas antes de iniciar um programa de formação.

A maioria de nós passa a vida a examinar as experiências como eventos isolados e não relacionados, e não como oportunidades de aprendizagem. Numa perspetiva de autodesenvolvimento, é importante criar o hábito de relacionar e construir significado a partir dessas experiências. Esse trabalho requer reflexão.

A autorreflexão é fundamental para a metacognição (que é a consciência e a compreensão dos próprios processos de pensamento) e para melhorar a forma como aprendemos. Quando priorizamos a autorreflexão, podemos pensar no trabalho que fizemos e começar a produzir o nosso próprio conhecimento.

Após a conclusão da ferramenta de autoavaliação, o participante deve ser encorajado a refletir sobre as respostas dadas e a responder, com o apoio dos seus gestores ou supervisores, sobre as seguintes questões:

- **Pontos fortes** – Quais são os meus pontos fortes?
- **Fraquezas** – Quais são as minhas fraquezas?
- **Competências** – Quais as minhas competências e em que sou bom?
- **Realizações** – O que consegui?
- **Problemas** – Que problemas existem no trabalho que me podem afetar?

O último item para exploração pode ser:

- **Soluções** – O que poderia fazer para melhorar nestas áreas?

O curso de formação Tenderness4life pode então ser entendido como uma possibilidade de melhorar nas competências que estão menos desenvolvidas ou nas áreas mais desafiantes no trabalho diário.

Utilização da ferramenta

A ferramenta de autoavaliação Tenderness4life pode ser utilizada no contexto de programas de autodesenvolvimento e formação para os cuidadores formais de pessoas mais velhas. Uma vez identificados pelo gestor, os cuidadores formais envolvidos no programa, têm acesso ao processo seguinte:

1. O profissional é convidado a preencher a ferramenta de autoavaliação de forma autónoma. Deve explicar-se que o pedido é para pensar no seu último mês de trabalho e avaliar como se comportou de acordo com cada afirmação usando uma escala de 5 pontos de 1 = "Nunca" a 5 = "Sempre". É importante sublinhar que não há respostas certas ou erradas e que os inquiridos não serão julgados no final. O objetivo da ferramenta é ajudar o profissional a refletir sobre a sua prática e entender se tem necessidades específicas que podem ser abordadas por via da formação.
2. Uma vez concluído o questionário, o participante receberá uma cópia das suas respostas e a pontuação global para as perguntas referindo-se a um domínio específico (autonomia, dignidade, etc...). A pontuação é simplesmente a soma dos valores de 1 a 5 que o participante atribuiu à declaração referindo-se a essa área específica de competência (ver quadro 1).

37

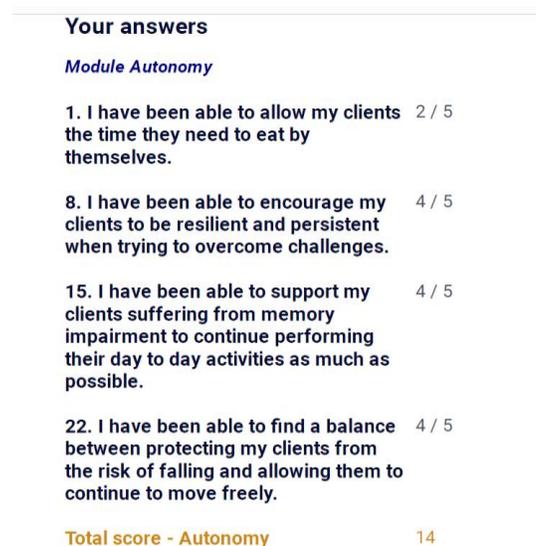


Figura 1 - Exemplo de resultados

3. O profissional pode analisar o resultado juntamente com o gestor ou supervisor. É importante que essa ação seja feita sem críticas, mas sim como uma oportunidade de discussão e análise das forças e das fraquezas do profissional. A discussão pode ser iniciada utilizando as questões exploratórias descritas no parágrafo anterior ou utilizando-as como motivo para discutir situações reais no contexto de trabalho. Como referido, o objetivo deve ser apoiar o profissional a executar um processo de autorreflexão realçando o que as suas respostas significam em termos de competências que já tem ou precisa adquirir.
4. O último passo pode ser a criação de um plano de autodesenvolvimento para melhorar nas áreas que necessitam de alguma melhoria. Apesar do programa de formação Tenderness4life poder ser um instrumento de melhoria, o questionário de autoavaliação pode ser utilizado como um instrumento autónomo e a gestão pode oferecer outras oportunidades para o desenvolvimento de competências, como, por exemplo, formação no trabalho, sessões de supervisão ou momentos de *job-shadowing*.

38

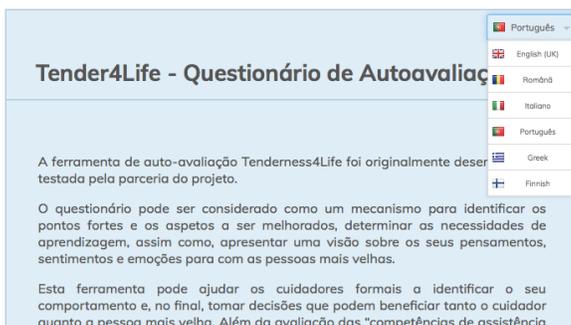
Quem pode utilizar a ferramenta

O grupo-alvo desta ferramenta são cuidadores formais que estejam integrados no mercado de trabalho em qualquer tipo de serviço de prestação de cuidados para pessoas mais velhas (como centros de dia, serviços de apoio domiciliário ou residências). A maior parte dos itens são igualmente aplicáveis ao contexto de cuidadores formais na área da deficiência, pelo que poderá ser prevista uma potencial transferência para este sector.

Instruções técnicas para utilizar a ferramenta

A ferramenta de autoavaliação foi desenvolvida utilizando a plataforma Jotform©.

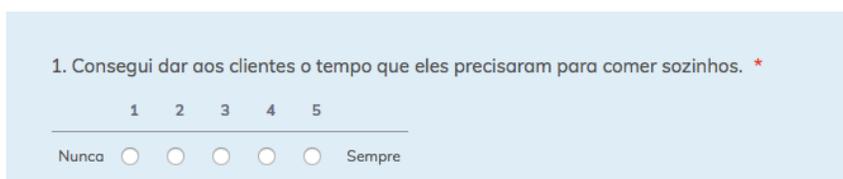
O link para aceder à ferramenta é o seguinte: <https://form.jotformeu.com/92893437101357>. O questionário está disponível em italiano, finlandês, grego, português, romeno e inglês. Antes de começar a preencher a ferramenta, o utilizador pode seleccionar o idioma a partir da lista à direita. É apenas necessário clicar no idioma pretendido na ferramenta e esta será transferida para o novo idioma automaticamente.



Tendo em conta que os cuidadores formais geralmente têm um tempo livre limitado, o número total de perguntas é de 28 e o tempo estimado para o preencher é de 20 minutos, para que a ferramenta não seja exigente e possa cumprir os objetivos a que se destina. A criação de um questionário não muito extenso visa combater o risco dos profissionais abandonarem a avaliação antes de a terminarem, se esta fosse demasiado longa ou necessitasse demasiado tempo para ser concluída.

39

Para responder às perguntas, é simplesmente pedido aos respondentes para pensarem sobre o seu último mês de trabalho e avaliar como se comportaram de acordo com cada afirmação clicando numa escala de 5 pontos de 1 = "Nunca" a 5 = "Sempre".



No final do preenchimento da ferramenta de avaliação, é necessário introduzir um endereço de e-mail para que os resultados possam ser enviados. Ao inserir o endereço de e-mail, o profissional concorda em receber os resultados da ferramenta de avaliação, bem como outros materiais de acordo com a Política de Privacidade, <https://www.tender4life-project.org/privacy-policy1.html>, que fornece informações sobre como são utilizados e processados os dados.



Email *

Ao inserir seu endereço de e-mail, você concorda em receber os resultados desta ferramenta de avaliação, bem como outros materiais, de acordo com nossa Política de Privacidade. Consulte nossa página de Política de Privacidade - <https://www.tender4life-project.org/privacy-policy1.html> - que fornece informações sobre como usamos e processamos seus dados. Você pode mudar de idéia a qualquer momento entrando em contato conosco em easi.assistant@gmail.com.

Por fim, é pedido que o utilizador escolha o país de residência e clique no botão "Enviar":

Endereço *

Please Select

País

O apoio da Comissão Europeia à produção desta publicação não constitui um aval do seu conteúdo, que reflete unicamente o ponto de vista dos autores, e a Comissão não pode ser considerada responsável por eventuais utilizações que possam ser feitas com as informações nela contidas.

Enviar

40

Assim que o utilizador envia o formulário irá receber como resposta um e-mail, com:

- uma cópia das respostas e em cima de cada afirmação o módulo disponível no âmbito da formação Tenderness4Life (que desenvolve conteúdos sobre esse tópico);
- uma pequena lista de recomendações para orientar o participante através do processo de aprendizagem.

As recomendações que o utilizador recebe baseiam-se na pontuação obtida para cada dimensão/ área de competência, tendo em conta que a pontuação máxima é de 20.

Bibliografia

Blanch-Hartigan, D. (2011). Autoavaliação do desempenho dos estudantes de medicina: resulta de três meta-análises. *Educação e aconselhamento dos doentes*, 84(1), 3-9.

Gremigni, P., Casu, G., & Sommaruga, M. (2016). Lidar com pacientes em cuidados de saúde: uma ferramenta de autoavaliação. *Educação e aconselhamento dos doentes*, 99(6), 1046-1053.

King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Preconceito social: Um aspeto negligenciado dos testes de validade. *Psicologia e Marketing*, 17(2), 79-103.

Stern, D. T. (2006). *Medição do profissionalismo médico*. Oxford University Press.

Symons, A.B., Swanson, A., McGuigan, D., Orrange, S., & Akl, E. A. (2009). Uma ferramenta de autoavaliação das competências de comunicação e profissionalismo nos residentes. *Educação médica BMC*, 9(1), 1.

Organização Mundial de Saúde (2007) Cuidados de saúde centrados nas pessoas: Um quadro político. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde



www.tender4life-project.org