

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Capacitar para cuidar: uma intervenção de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio
2026



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

**CAPACITAR PARA CUIDAR:
UMA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio

Orientação: Professora Doutora Paula Agostinho

Barcarena, março 2026

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.”

Capacitar para cuidar: uma intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Capacitar para cuidar: uma intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Capacitar para cuidar: uma intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.”

José de Alencar

Capacitar para cuidar: uma intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, o meu grande amor, companheiro de todos os momentos, pela compreensão, paciência e apoio incondicional, sem os quais este percurso não teria sido possível.

Ao meu filho, o meu outro grande amor, pela compreensão demonstrada e pelo tempo que, inevitavelmente, lhe foi subtraído ao longo deste processo.

À minha mãe, pelo cuidado incansável dedicado ao meu filho na minha ausência.

Ao meu pai, a minha estrelinha, que mesmo na sua ausência continua a iluminar o meu caminho e a guiar cada passo deste meu percurso.

Aos meus amigos, que sabem bem quem são, pelo apoio, conforto e presença nos momentos mais exigentes deste percurso, e pela sua compreensão perante a minha ausência.

Às minhas colegas deste grande desafio, pelo apoio mútuo e pelo caminhar lado a lado, com um agradecimento especial à minha grande companheira e amiga Rute.

Aos enfermeiros orientadores, pelas aprendizagens proporcionadas, pela partilha de saberes, incentivo e motivação ao longo do estágio.

A todos os cuidadores formais e instituições que me acolheram e contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, pela disponibilidade, compromisso e apoio. Sem a sua colaboração e acolhimento de todos, este trabalho não teria sido possível.

À Professora Doutora Paula Agostinho, pela dedicação inextinguível durante todo o percurso académico, pela exigência, rigor, método e sabedoria transmitidos, fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos, o meu profundo agradecimento!

Capacitar para cuidar: uma intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RESUMO

Introdução: O envelhecimento demográfico e o aumento das situações de dependência funcional representam desafios para os sistemas de saúde, implicando a necessidade de respostas integradas no âmbito dos cuidados comunitários. As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) desempenham um papel fulcral neste contexto, sustentada na intervenção dos cuidadores formais na prestação de cuidados diretos à pessoa idosa e ou dependente. Porém, a insuficiente formação específica destes profissionais pode comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados, tornando pertinente a implementação de intervenções formativas estruturadas. **Metodologia:** O projeto seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993). Foi elaborado e validado um questionário, QNC - Cuidar. Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial, utilizando o SPSS. **Resultados:** Os resultados obtidos com base numa amostra de 37 participantes demonstraram uma perceção globalmente adequada das competências dos cuidadores formais em domínios como higiene, conforto, comunicação e controlo de infeções. Foram identificadas lacunas formativas em domínios de maior complexidade técnica, nomeadamente nos cuidados à pessoa com ostomia de alimentação e de eliminação, e em situação de emergência, possibilitaram a formulação de diagnósticos de enfermagem e a definição de prioridades de intervenção. **Conclusão:** A identificação das necessidades formativas proporcionou o planeamento de uma intervenção educativa direcionada, contribuindo para a capacitação dos cuidadores formais e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. O projeto evidenciou o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na capacitação de grupos profissionais e na promoção de cuidados seguros, equitativos e centrados na pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em Saúde Comunitária, cuidador formal, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Population ageing and the increase in situations of functional dependence represent significant challenges for health systems, requiring integrated responses within the scope of community care. Private Social Solidarity Institutions (IPSS) play a pivotal role in this context, supported by the intervention of formal caregivers in the provision of direct care to older and/or dependent persons. However, the lack of specific training among these professionals may compromise the quality and safety of care, making the implementation of structured educational interventions particularly relevant. **Methodology:** The project followed the Health Planning methodology proposed by Imperatori and Giraldes (1993). A questionnaire, QNC – Cuidar, was developed and validated. Data were analysed using descriptive and inferential statistics with the support of SPSS. **Results:** The results, based on a sample of 37 participants, demonstrated an overall adequate perception of formal caregivers' competencies in domains such as hygiene, comfort, communication, and infection control. Training gaps were identified in areas of greater technical complexity, namely in the care of individuals with feeding and elimination ostomies, as well as in emergency situations. These findings enabled the formulation of nursing diagnoses and the definition of intervention priorities. **Conclusion:** The identification of training needs supported the planning of a targeted educational intervention, contributing to the empowerment of formal caregivers and to the improvement of care quality and safety. The project highlighted the role of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing in the empowerment of professional groups and in the promotion of safe, equitable, and person-centred care.

Keywords: Community Health Nursing; Formal Caregiver; Private Social Solidarity Institutions; Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APA – American Psychiatry Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

EBSCO – Elton B. Stephens Company

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ECSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

EEESCP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

MeSH – Medical Subject Headings

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardio Respiratória

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

R_IVC - Resultado do Índice de Validade de Conteúdo

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Capacitar para cuidar: uma intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

UCC – Unidade de cuidados na comunidade

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	20
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	24
1.1. Enquadramento conceptual	24
1.1.1. Mudanças demográficas em Portugal.....	24
1.1.2. Enfermagem em Saúde Comunitária	25
1.1.3. Cuidadores formais	26
1.1.4. Instituições Particulares de Solidariedade Social.....	27
1.1.5. Promoção da saúde	27
1.2. Referencial teórico	28
1.2.1. Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	28
1.2.2. Teoria do Alcance de Metas de Imogene King.....	30
1.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	32
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	34
2.1. Diagnóstico da situação.....	34
2.1.1. Contextualização do local de intervenção	36
2.1.2. População, amostra e critérios de inclusão	37
2.1.3. Recursos/orçamento.....	38
2.1.4. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	39
2.1.5. Procedimentos de análise de dados	39
2.1.6. Apresentação e análise dos resultados.....	40
2.1.6.1. Variáveis em estudo.....	40

2.1.6.2.	Caracterização da amostra	41
2.1.6.3.	Avaliação das necessidades formativas dos cuidadores formais	44
2.1.6.4.	Avaliação da relação das características sociodemográficas com as necessidades formativas dos cuidadores formais das IPSS	47
2.1.6.5.	Síntese dos achados	48
2.1.7.	Problemas identificados e respetivos diagnósticos de enfermagem.....	50
2.1.8.	Considerações éticas.....	51
2.2.	Definição de prioridades	52
2.3.	Definição de objetivos.....	55
2.4.	Seleção de estratégias.....	56
2.5.	Preparação e execução do projeto.....	61
2.6.	Avaliação do projeto.....	65
3.	ANÁLISE E REFLEXÃO	68
3.1.	Discussão dos resultados	68
3.2.	Limitações do projeto.....	71
3.3.	Competências adquiridas	72
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
	ANEXOS	i
	Anexo I – Parecer da comissão de ética	ii
	APÊNDICES	iv
	Apêndice I – Cronograma das atividades	v

Apêndice II – Consentimento informado	vii
Apêndice III - Construção do instrumento de recolha de dados.....	x
Apêndice IV – QNC – Cuidar	xviii
Apêndice V – Pedido de parecer à comissão ética.....	xxii
Apêndice VI – Regulamento geral de proteção de dados	xxiv
Apêndice VII – Autorização das IPSS	xxvi
Apêndice VIII – Autorização da UCC.....	xxxii
Apêndice IX – Plano de sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação.....	xxxiv
Apêndice X – Plano de sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação	xxxvii
Apêndice XI – Plano de sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros	xl
Apêndice XII – Power point sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação	xliii
Apêndice XIII – Power point sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação.....	xlvii
Apêndice XIV – Power point sobre primeiros socorros.....	lii
Apêndice XV – Tríptico sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação.....	lvii
Apêndice XVI – Tríptico sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação	lx
Apêndice XVII – Tríptico sobre primeiros socorros	lxiii
Apêndice XVIII – Questionário pré sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação	lxvi
Apêndice XIX – Questionário pré sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação	lxviii
Apêndice XX – Questionário pré sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros	lxx

Apêndice XXI – Questionário pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação	lxxiii
Apêndice XXII – Questionário pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação	lxxv
Apêndice XXIII – Questionário pós sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros.....	lxxvii
Apêndice XXIV – Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde pelo formando....	lxxx
Apêndice XXV – Registos de dados dos questionários pré e pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação	lxxxii
Apêndice XXVI – Registos de dados dos questionários pré e pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação	lxxxiv
Apêndice XXVII – Registos de dados dos questionários pré e pós sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros.....	lxxxvi
Apêndice XXVIII – Registos de dados dos questionários de avaliação da sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação e eliminação pelo formando.....	lxxxviii
Apêndice XXIX – Resultados dos questionários de avaliação da sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros pelo formando.....	xc
Apêndice XXX – Listagem de material essencial de primeiros socorros	xcii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da amostra por faixa etária	42
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo	41
Tabela 2 - Análise descritiva das características sociodemográficas dos cuidadores formais	43
Tabela 3 - Análise descritiva do questionário QNC – Cuidar dos cuidadores formais.....	45
Tabela 4 - Análise descritiva da escala QNC - Cuidar	46
Tabela 5 - Correlação entre as variáveis sociodemográficas e necessidades formativas dos cuidadores formais.....	48
Tabela 6 - Priorização dos Problemas Identificados.....	54
Tabela 7 - Objetivos (metas), estratégias, atividades desenvolvidas e os indicadores	60
Tabela 8 - Plano operacional do projeto	62
Tabela 9 - Indicadores de atividade e indicadores de resultado.....	65

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular estágio de natureza profissional do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP), com o objetivo de descrever, analisar e refletir criticamente sobre a experiência adquirida ao longo do curso, assim como a implementação do projeto de intervenção, incorporando os conhecimentos alcançados na prática de cuidados de enfermagem, com especial ênfase na ESCSP. Esta vivência consistiu numa oportunidade para o desenvolvimento e integração das competências definidas para o Enfermeiro Especialista, abrangendo tanto as competências comuns como as específicas da área de ESCSP, como estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), datada em 2018 e 2019(b). O projeto foi norteado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que concede um quadro conceptualmente organizado para orientar a promoção de comportamentos saudáveis e a mudança de estilos de vida no contexto comunitário (Pender et al., 2013). Em complemento, a teoria conceptual, de Alcance de Metas de Imogene King fora igualmente adotada, como referencial de enfermagem para sustentar as interações terapêuticas e a definição de metas de cuidado entre enfermeiro e cliente, reforçando a comunicação, a tomada de decisão e a orientação para resultados de saúde (Smith & Parker, 2015).

Assim, este relatório procura evidenciar o percurso formativo alcançado, integrando as distintas fases do estágio e refletindo sobre as competências adquiridas em termos de identificação e avaliação de necessidades, planeamento, implementação e avaliação de intervenções em saúde, bem como na conceção, gestão e supervisão de cuidados especializados em saúde comunitária. Paralelamente, propõe uma reflexão crítica sobre a aplicação destes modelos teóricos na prática profissional, destacando o papel ético e social do Enfermeiro Especialista na promoção da saúde e no fortalecimento da participação comunitária na melhoria dos resultados de saúde (OE, 2018, 2019b; Pender et al., 2013; Smith & Parker, 2015).

O estágio foi concretizado em dois períodos complementares: o estágio I, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) A, que teve início em maio de 2025 e como enfoque o diagnóstico das necessidades de saúde da comunidade e o estágio II, na Unidade de Saúde Pública (USP) B, que teve como intuito a implementação e execução de estratégias de intervenção comunitária com base no planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993), tendo terminado em dezembro de 2025. O cronograma detalhado das atividades desenvolvidas ao longo de cada período encontra-se exposto no Apêndice I.

O EEECSPP desempenha um papel fundamental na promoção de um envelhecimento saudável e ativo, sendo responsável pela implementação de medidas que visem melhorar as condições de vida da

população, com especial atenção aos idosos e pessoas dependentes. A experiência obtida durante os estágios, permitiu o desenvolvimento de um projeto estruturado e orientado, e aplicar na prática as competências adquiridas, evidenciando-se a identificação das lacunas formativas dos cuidadores formais, cruciais no cuidado de pessoas dependentes, visando assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população. A necessidade urgente de capacitar estes profissionais motivou a realização do presente projeto de intervenção [OE, 2018, 2019b; Organização Mundial da Saúde (OMS), 2020a, 2020b].

O envelhecimento da população, aliado ao aumento das doenças crónicas e incapacidades, revela um grande desafio para Portugal, exigindo respostas eficientes e estruturadas para a prestação de cuidados prolongados, com uma crescente procura por serviços de saúde e apoio social [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2024; OMS, 2020a, 2021c; Santos et al., 2022].

A OMS (2020a) define o envelhecimento ativo como a maximização das oportunidades para a manutenção da saúde, inclusão social e proteção, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida na velhice. Neste sentido, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) revelam um papel decisivo, oferecendo cuidados domiciliários, promovendo a autonomia e o bem-estar das pessoas em condição de vulnerabilidade (OMS, 2021c; Portal de Serviços Públicos da República Portuguesa, 2025).

A literacia em saúde é um pilar crucial neste processo, capacitando os indivíduos a tomar decisões informadas sobre sua saúde, sendo essencial para o desenvolvimento de comunidades mais saudáveis e resilientes [United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2009]. A promoção da literacia em saúde deve ser integrada em todas as políticas de saúde pública, desde o nível local até o global, sendo um meio fundamental para melhorar as condições de saúde e bem-estar das populações. Investir em literacia em saúde é investir em comunidades mais informadas, resilientes e capacitadas para tomar decisões conscientes sobre sua saúde e qualidade de vida (Loureiro, 2015; OMS, 2020b).

Neste contexto, o projeto de intervenção desenvolvido focou-se na formação contínua dos cuidadores formais (assistentes operacionais) das IPSS da área abrangente pela UCC A e USP B, que desempenham um papel crucial nos cuidados domiciliários. O objetivo foi proporcionar uma formação direcionada às necessidades identificadas, visando melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, preservar a dignidade e a autonomia da pessoa, onde se deve priorizar o domicílio e promover o envelhecimento ativo destas pessoas. Estes profissionais são responsáveis pelo contacto direto e contínuo com os clientes, assumindo funções primordiais, desde o apoio nas atividades da vida diária

até à supervisão da condição de saúde, fazendo frequentemente a interligação entre o cliente, a família e a equipa multidisciplinar (Fernandes et al., 2022; Guerra et al., 2019; OMS, 2021c).

Contudo, muitos destes profissionais têm literacia elementar e não possuem formação específica na área dos cuidados, o que dificulta a capacidade de responder à complexidade crescente das necessidades dos clientes, especialmente no que diz respeito aos cuidados humanizados e seguros, à comunicação com clientes com demência ou défices cognitivos, à prevenção de complicações e à gestão de emergências no domicílio (Sousa, S., 2020). Estudos recentes revelam que a formação contínua e organizada está diretamente ligada à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, com à satisfação dos clientes e com à redução da sobrecarga das equipas de saúde (Figueiredo et al., 2021; OMS, 2021a).

Face a realidade do envelhecimento populacional e a crescente complexidade das necessidades em saúde, é fundamental que os cuidadores formais, nomeadamente os assistentes operacionais das IPSS, disponham de competências adequadas para prestar cuidados seguros, humanizados e baseados em conhecimentos técnicos e científicos atualizados. A evidência científica salienta que a ausência de formação específica impacta diretamente a qualidade dos cuidados prestados, especialmente no contexto domiciliário, onde os cuidadores formais atuam com maior autonomia (OMS, 2021c; Rego, 2023).

A OMS (2020b) sublinha que programas estruturados de capacitação de cuidadores formais melhoram a qualidade assistencial, reduzem eventos adversos e valorizam o trabalho destes profissionais. Além disso, estudos recentes revelam que a formação contínua promove o empowerment, a autoconfiança e a motivação dos cuidadores, fatores determinantes para práticas clínicas mais eficazes e sustentáveis (Rego, 2023).

Deste modo, a formação dos assistentes operacionais deve ser vista como um investimento estratégico, não apenas para garantir a segurança dos clientes, mas também como um mecanismo de reconhecimento e dignificação dos profissionais nas equipas de cuidados. Identificar e compreender as necessidades formativas dos cuidadores formais é, assim primordial. Desta forma, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia de planeamento em saúde (Imperatori e Geraldès, 1993), que, no primeiro estágio, foi elaborado o diagnóstico de situação de saúde, identificou-se o envelhecimento como uma problemática evidente e a capacitação dos cuidadores como uma necessidade emergente. No segundo estágio, foi implementado um plano de sessões de educação para saúde adaptado às necessidades específicas dos assistentes operacionais das IPSS, com base no seu contexto de atuação, competências atuais e nas dificuldades observadas na

prática. A relevância desta temática é reforçada pelas diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS) e pelo Plano Nacional de Saúde, que enfatizam a importância da formação dos profissionais envolvidos nos cuidados domiciliários, com foco na equidade, segurança e humanização (DGS, 2022a; Keleher, 2001).

Desta forma, foi concebido o projeto de intervenção na área da capacitação dos cuidadores formais das IPSS que se intitulou: “Capacitar para cuidar: uma intervenção de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP).” Este estudo é baseado pela necessidade de implementar uma intervenção formativa direcionada, sustentada em evidência, que contribua para a melhoria dos cuidados dos cuidadores formais, potenciando habilidades técnicas e motivação, promovendo um impacto positivo direto nos clientes, famílias e comunidades (OE, 2018; OMS, 2021a).

Desta forma, a identificação e resposta às necessidades formativas dos cuidadores formais revela-se fundamental num contexto de complexidade crescente dos cuidados. A formação contínua é um elemento estruturante para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, promovendo simultaneamente a valorização e o bem-estar destes profissionais (OMS, 2021a; Melo 2020).

O objetivo para o presente relatório foi refletir sobre a aquisição de competências de EEESCSP e de Mestre ao longo de todo o processo formativo e apresentar o projeto de intervenção comunitária implementado, justificando a sua pertinência e resultados. Com a finalidade de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados, particularmente no cuidado ao idoso, além de promover a valorização e o reconhecimento dos profissionais envolvidos no cuidado de pessoas dependentes (OE, 2018; OMS, 2021a, 2021c).

O presente relatório apresenta diversos capítulos que pretendem espelhar todas as etapas do projeto de intervenção comunitária. A estrutura do trabalho segue as orientações para o estágio e para a elaboração do relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem que conferem o título profissional de Enfermeiro Especialista (OE, 2021b), bem como as diretrizes estabelecidas nas “normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio” disponível na plataforma da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), estando redigido de acordo com o estilo da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição, e conforme o acordo ortográfico em vigor.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. Enquadramento conceptual

O enquadramento teórico-conceptual assenta numa fundamentação científica o percurso formativo e interventivo realizado no âmbito do projeto intitulado “Capacitar para cuidar: uma intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública”, incorporando conceitos centrais em estudo e demonstrando a sua pertinência, evidência científica atual (Antunes, R., 2023; Guerra et al., 2019) e referenciais teóricos de enfermagem que sustentam e norteiam a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), conforme Smith e Parker (2015) e Stanhope e Lancaster (2019).

Assumem-se como conceitos centrais deste projeto: Enfermagem em Saúde Comunitária, cuidador formal, IPSS, promoção da saúde. Conceitos fundamentais que possibilitam contextualizar a problemática em estudo, apoiar as opções metodológicas e enquadrar as intervenções desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

A fundamentação teórica do projeto assenta em duas teorias de enfermagem amplamente reconhecidas: a Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King, e o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, consideradas particularmente apropriadas para suportar intervenções comunitárias focadas na capacitação, participação ativa e promoção da saúde de grupos profissionais (Pender et al., 2013; Smith & Parker, 2015).

A literatura recente salienta lacunas significativas na formação contínua dos cuidadores formais em Portugal, nomeadamente ao nível das competências relacionais, da comunicação empática e da gestão do autocuidado (Antunes, 2023; Santos, 2021). Paralelamente, organizações internacionais, como a OMS (2021a) e a Comissão Europeia (2021), destacam a necessidade de implementar programas estruturados de capacitação que contribuam concomitantemente na qualidade e segurança dos cuidados e no bem-estar psicossocial dos cuidadores (OMS, 2020b).

1.1.1. Mudanças demográficas em Portugal

Portugal, à semelhança de outros países da Europa, enfrenta um acentuado envelhecimento demográfico, decorrente do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade. Esta transição demográfica traduz-se num crescimento gradual da população idosa, com

impacto direto na organização e funcionamento dos serviços de saúde e dos sistemas de proteção social (INE, 2024).

O envelhecimento, enquanto processo natural, progressivo e multidimensional, associa-se geralmente a alterações da autonomia, da capacidade funcional e do estado de saúde, potenciando o aumento da prevalência de doenças crónicas, situações de dependência e necessidades acrescidas de cuidados continuados. Isto conduz a que os serviços de saúde e de apoio social encarem o desafio de dar resposta às necessidades mais complexas, prolongadas e exigentes (OMS, 2020a, 2021c; Santos et al., 2022).

Perante esta realidade, as IPSS assumem-se como respostas estratégicas na prestação de cuidados à população envelhecida e dependente, através de estruturas residenciais, centros de dia e serviços de apoio domiciliário. Porém, a crescente complexidade clínica e funcional dos clientes impõe que os cuidadores formais possuam competências técnicas, relacionais e preventivas atualizadas, de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Figueiredo et al., 2021; Rego, 2023).

A evidência científica recente comprova que programas de capacitação dirigidos aos cuidadores formais contribuem para a melhoria do desempenho profissional, aumento da confiança, motivação e qualidade dos cuidados (Antunes, 2023; OMS, 2021a; Rego, 2023). Ainda a DGS reforça, igualmente, a importância da formação contínua como pilar fundamental para a promoção de cuidados seguros, humanizados e adequados à complexidade crescente das necessidades dos clientes (DGS, 2022b).

1.1.2. Enfermagem em Saúde Comunitária

A Enfermagem em Saúde Comunitária constitui uma especialidade norteada para a promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção em contextos comunitários, envolvendo indivíduos, famílias e grupos (Stanhope & Lancaster, 2019). Esta área de prática valoriza a abordagem integral do cuidado, integrando fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que influenciam o bem-estar da população.

O EEECSPP desempenha um papel central na identificação de necessidades de saúde, planeamento de intervenções e articulação com serviços e instituições, como as IPSS, de modo a garantir cuidados contínuos, seguros e de qualidade. A atuação nesta área privilegia a educação em saúde, a capacitação de cuidadores formais e a promoção de estilos de vida saudáveis, com enfoque na prevenção de doenças e no fortalecimento da autonomia dos indivíduos (Figueiredo et al., 2021; Smith & Parker, 2015).

A Saúde Comunitária requer competências técnicas, relacionais e de liderança, permitindo ao enfermeiro influenciar positivamente o comportamento de saúde da comunidade, planeando ações sustentadas e baseadas em evidência científica. Este conceito é particularmente relevante em contextos de envelhecimento populacional, onde a intervenção comunitária se traduz na melhoria da qualidade de vida e na redução de riscos associados à dependência e às doenças crônicas (Antunes, 2023; Santos et al., 2022).

1.1.3. Cuidadores formais

Os cuidadores formais são profissionais remunerados responsáveis pela prestação de cuidados diretos a pessoas em situação de dependência, especialmente em contextos institucionais, como as IPSS, estruturas residenciais para pessoas idosas e serviços de apoio domiciliário. Incluem, maioritariamente, assistentes operacionais cujo contributo é essencial para a manutenção da qualidade de vida, autonomia e bem-estar das pessoas idosas, apesar de ser frequentemente desvalorizado (Fernandes et al., 2022; Guerra et al., 2019).

No atual contexto demográfico marcado pelo envelhecimento e pelo aumento da complexidade clínica e funcional da população idosa, estes profissionais assumem um papel central na prestação de cuidados. As suas funções englobam o apoio nas atividades de vida diária, a vigilância do estado de saúde, a prevenção de complicações, o acompanhamento emocional e a articulação com a equipa multidisciplinar e os familiares. A proximidade e continuidade da sua intervenção conferem-lhes um papel primordial na identificação precoce de alterações no estado funcional e emocional dos clientes, permitindo uma resposta mais atempada e eficaz por parte dos profissionais de saúde (Sousa, 2020).

Contudo, a literatura evidencia que uma parte significativa destes profissionais não dispõe de formação específica adequada às exigências do cuidado à pessoa dependente, o que pode traduzir-se em sentimentos de insegurança no desempenho, dificuldades na prática diária e maior risco de eventos adversos, torna-se, assim, imprescindível investir em formação contínua orientada para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e preventivas, garantindo cuidados mais humanizados, seguros e assentados em evidência científica (Figueiredo et al., 2021; Rego, 2023). Esta realidade assume particular relevância no contexto das IPSS, onde os cuidadores formais desenvolvem grande parte da sua atividade com autonomia operacional, sendo frequentemente o primeiro elo na cadeia de resposta às necessidades emergentes dos clientes.

Assim, a identificação das necessidades formativas destes profissionais surge como uma etapa elementar para o planeamento de intervenções estruturadas, orientadas para o reforço de

competências técnicas, relacionais e preventivas. A evidência científica indica que programas de capacitação direcionados contribuem para a melhoria da qualidade assistencial, para a redução de eventos adversos e para o fortalecimento da autoconfiança e valorização profissional dos cuidadores (Figueiredo et al., 2021; OMS, 2021a; Rego, 2023).

Deste modo, a análise das necessidades formativas dos cuidadores formais não constitui apenas uma etapa de diagnóstico, mas uma estratégia organizacional no âmbito da ECSP, possibilitando fundamentar intervenções sustentadas em evidência, ajustadas ao contexto institucional e alinhadas com os princípios da qualidade, segurança e humanização dos cuidados à população dependente.

1.1.4. Instituições Particulares de Solidariedade Social

As IPSS são organizações sem fins lucrativos que visam a promoção do bem-estar social e a resposta a necessidades específicas da população, com especial enfoque em grupos vulneráveis, como as pessoas idosas, pessoas com deficiência ou em situação de dependência (Portal da Segurança Social, 2024).

No contexto do envelhecimento populacional, as IPSS detêm um papel determinante na prestação de cuidados continuados e de proximidade, complementando a resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e cooperando para a sustentabilidade do sistema de cuidados e para a coesão social (Santos et al., 2022).

Os cuidadores formais, frequentemente profissionais com o cargo de assistentes operacionais, assumem a prestação direta de cuidados nas atividades de vida diária, vigilância do estado de saúde e interação com clientes, famílias e equipas multidisciplinares. Porém, o nível de escolaridade maioritariamente básico e a insuficiente oferta de formação contínua específica consistem de fatores de risco para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Figueiredo et al., 2021; Rego, 2023).

Deste modo, as IPSS configuram-se como contextos privilegiados para a intervenção do EEECS, especialmente através do desenvolvimento de projetos de capacitação que respondam às lacunas formativas identificadas e promovam a valorização e eficácia do desempenho dos cuidadores formais.

1.1.5. Promoção da saúde

A Promoção da Saúde é definida como o processo que capacita indivíduos e comunidades a gerir os determinantes da saúde e a melhorar o seu bem-estar. No âmbito da Enfermagem Comunitária, esta abordagem vai além da prevenção de doenças, integrando ações educativas, comportamentais e

ambientais que promovam escolhas saudáveis e fortaleçam a autonomia dos cuidadores e da população cuidada (Laverack, 2008; OMS, 1986; Pender et al., 2013).

O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender enfatiza a interação entre fatores individuais, comportamentais e ambientais na determinação de comportamentos de saúde. Este referencial permite orientar intervenções centradas na capacitação e motivação dos cuidadores formais, contribuindo para a adoção de práticas seguras, competentes e fundamentadas em evidência científica (Laverack, 2008; Pender et al., 2013).

A promoção da saúde em contexto comunitário traduz-se na implementação de programas estruturados de capacitação, educação para a saúde e estratégias de empoderamento, com objetivo de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, a autonomia dos cuidadores e, simultaneamente, a satisfação e o bem-estar dos clientes das IPSS (Figueiredo et al., 2021; Laverack, 2008; OMS, 2021a).

O conceito será examinado em maior detalhe no subcapítulo seguinte

1.2. Referencial teórico

As teorias de enfermagem constituem uma base fundamental para a compreensão, fundamentação e orientação da prática profissional, permitindo uma intervenção sistematizada, crítica e baseada em evidência científica. O exercício da enfermagem deve assentar em referenciais teóricos que valorizem as necessidades do indivíduo, da comunidade e da população, sustentando decisões clínicas e interventivas (OE, 2015).

1.2.1. Teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A teoria do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender destaca a importância de um papel fundamental na capacitação dos indivíduos e das comunidades para a adoção de comportamentos promotores de saúde, propondo uma visão que vai além da prevenção da doença. Pender defende que a saúde é um estado dinâmico e positivo, no qual as escolhas individuais desempenham um papel central, permitindo que as pessoas se aproximem de um nível ótimo de bem-estar físico, psicológico e social. Para ela, a promoção da saúde é mais do que simplesmente evitar doenças, trata-se de capacitar os indivíduos a alcançarem um estado de saúde ideal por meio de comportamentos saudáveis, sustentáveis e conscientes (Pender et al., 2013).

Este modelo é profundamente influenciado pela interação de diversos fatores, incluindo características pessoais, crenças, experiências anteriores, fatores interpessoais e situacionais, bem como pela percepção que o indivíduo tem dos benefícios e das barreiras associadas a ações de saúde. A promoção da saúde, portanto, está ligada à capacidade de aumentar a autoeficácia, ou seja, a confiança dos indivíduos na sua habilidade de realizar mudanças que promovam a sua saúde. Esta confiança é essencial para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e a adoção de práticas seguras e sustentáveis que resultem não apenas na prevenção de doenças, mas também na melhoria do bem-estar geral (Pender et al., 2013).

No contexto deste projeto, o modelo de Nola Pender assume uma importância central, nomeadamente no que diz respeito à capacitação dos cuidadores formais. A formação destes profissionais não deve se limitar ao domínio de competências técnicas, mas também incluir a promoção do seu bem-estar físico, emocional e profissional. A ideia central é que os cuidadores, ao se sentirem capacitados e apoiados, não só podem melhorar as suas práticas de cuidado, mas também podem adotar práticas de autocuidado que beneficiem o seu próprio equilíbrio e qualidade de vida. Neste sentido, o desenvolvimento de programas formativos deve ser cuidadosamente planeado para identificar as necessidades formativas dos cuidadores e promover a sua motivação, autoeficácia e empoderamento. Tais programas devem ser contextualizados e ter em consideração as experiências anteriores, crenças e desafios enfrentados pelos cuidadores no seu dia a dia (Pender et al., 2013).

A teoria de Pender destaca a importância de conceber condições que beneficiem a adoção de práticas seguras e eficazes. No caso dos cuidadores formais, isto inclui estratégias que não apenas melhorem a qualidade dos cuidados prestados, mas também promovam a saúde física e emocional dos próprios profissionais. O reconhecimento das barreiras percebidas pelos cuidadores, como a sobrecarga de trabalho, a falta de apoio e a sensação de isolamento, é primordial para delinear intervenções que sejam efetivas e que realmente orientem à mudança de comportamentos. A promoção da saúde neste contexto, portanto, não se limita à melhoria das práticas de cuidado, mas procura também a melhoria das condições de vida dos cuidadores, ajudando-os a perceber que sua saúde e bem-estar são elementos fundamentais para a qualidade e segurança do cuidado prestado (Pender et al., 2013).

A integração da teoria de Pender com outras abordagens, como a de Imogene King, permite uma compreensão mais complexa do processo de cuidado. Enquanto King foca na interação, na negociação e na definição de metas compartilhadas entre o profissional e o cliente, Pender destaca a promoção da saúde, o fortalecimento da autoeficácia e a adoção de comportamentos saudáveis e seguros. A integração destas duas teorias evidencia como os cuidadores podem ser reconhecidos como agentes

ativos no seu próprio processo de desenvolvimento. Neste sentido, as teorias juntas reforçam a importância de olhar para o cuidador não apenas como um prestador de cuidados, mas como um indivíduo que, ao ser empoderado, pode melhorar tanto sua qualidade de vida quanto a qualidade do cuidado que oferece aos outros (Pender et al., 2013; Smith & Parker, 2015).

Assim, a aplicação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender no contexto dos cuidadores formais revela a interdependência entre o cuidado ao outro e o cuidado de si mesmo. A capacitação deve ser considerada de forma integral, abordando tanto as competências técnicas quanto os aspetos relacionados ao bem-estar dos profissionais. Ao integrar esta teoria com os princípios da teoria de Imogene King, cria-se um modelo de desenvolvimento profissional que considera a saúde e o bem-estar dos cuidadores como elementares para a melhoria do cuidado prestado, promovendo um ciclo virtuoso no qual todos saem beneficiados: os cuidadores, os cuidados prestados e as pessoas dependentes que recebem o apoio necessário para uma vida digna e saudável (Pender et al., 2013).

1.2.2. Teoria do Alcance de Metas de Imogene King

A Teoria do Alcance de Metas, desenvolvida por Imogene King, insere-se no conjunto das teorias de médio alcance e foca-se na interação dinâmica e contínua entre o enfermeiro e o indivíduo, grupo ou comunidade, visando o estabelecimento e alcance de objetivos estabelecidos em conjunto. A proposta de King é que o processo de cuidados de enfermagem deve ser compreendido como uma interação ativa entre as partes envolvidas, sendo o enfermeiro e o cliente, ou os outros membros da equipa de cuidados, agentes ativos na definição e na realização destas metas. Esta perspetiva torna-se especialmente pertinente no contexto da enfermagem comunitária, onde as necessidades de saúde são complexas e as intervenções necessitam de ser adaptadas às realidades e às circunstâncias específicas de cada indivíduo ou grupo. No âmbito da enfermagem comunitária, em particular, a teoria do alcance de metas dá ênfase ao fortalecimento e a capacitação das competências dos diferentes intervenientes, neste projeto em especial aos cuidadores formais das IPSS, que garantem os cuidados domiciliários na comunidade. Estes profissionais desempenham um papel fundamental no cuidado domiciliário e, por isso, a teoria de King proporciona uma base sólida para o desenvolvimento de programas de formação que visem não só o aumento do conhecimento técnico, mas também o fortalecimento da autonomia e da autoeficácia dos cuidadores. Ao envolver os cuidadores formais na definição dos seus próprios objetivos formativos, o processo educativo ganha uma dimensão mais personalizada e contextualizada, promovendo um envolvimento ativo e motivado (Smith & Parker, 2015).

Segundo King, os cuidados de enfermagem são conceptualizados através de três sistemas interativos: o sistema pessoal, o sistema interpessoal e o sistema social. Cada um destes sistemas representa uma dimensão essencial da prática de enfermagem, sendo que o sistema interpessoal adota particular relevância no contexto deste projeto, já que lida diretamente com as relações estabelecidas entre os cuidadores formais e os enfermeiros. A interação entre estes profissionais é crucial, pois a comunicação eficaz e a partilha das diversas perceções, valores e metas, é possível identificar as necessidades de formação dos cuidadores formais, possibilitando uma formação que vá ao encontro das dificuldades e desafios específicos que enfrentam no seu dia a dia. Este processo interativo não apenas fortalece as competências técnicas dos cuidadores, mas também promove o seu empoderamento, ao envolver os mesmos no reconhecimento das suas próprias necessidades e no planeamento de estratégias de capacitação, fortalecendo a sua autonomia e empoderamento dos cuidadores no processo educativo (Smith & Parker, 2015).

A teoria de King sublinha a importância da definição conjunta de metas, as quais resultam de um processo contínuo de avaliação, diálogo e negociação. Esta abordagem interativa permite que as metas estabelecidas sejam mais realistas e adequadas ao contexto de cada cuidador, uma vez que são acordadas de forma colaborativa. No caso deste projeto, a implementação da teoria de King é suportada de forma sólida, uma vez que a avaliação das necessidades formativas dos cuidadores formais, constitui a primeira etapa para a definição de intervenções educativas. A avaliação das necessidades deve ser compreensiva e detalhada, tendo em conta as dificuldades, lacunas de conhecimento e o contexto de atuação dos cuidadores. Este processo de avaliação contínua permite que a formação seja moldada de acordo com as necessidades reais dos profissionais, promovendo intervenções mais eficazes e direcionadas (Smith & Parker, 2015).

A definição de metas em conjunto com os cuidadores formais é um aspeto primordial da teoria de King. O processo de negociação das metas deve ser contínuo, permitindo uma avaliação constante do progresso e ajustamento das estratégias, conforme necessário. Este processo não apenas garante que as intervenções formativas sejam adaptadas às realidades e às dificuldades dos cuidadores, mas também reforça a sua autoeficácia. Ao participar ativamente na definição das metas e na avaliação dos resultados, os cuidadores obtêm maior confiança nas suas capacidades, o que, por sua vez, os motiva a continuar a investir no seu desenvolvimento pessoal e profissional (Smith & Parker, 2015).

Neste sentido, a Teoria do Alcance de Metas ao contexto dos cuidadores formais das IPSS oferece uma abordagem prática e eficaz para promover o empoderamento destes profissionais e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A participação ativa dos cuidadores na definição de

metas formativas e na negociação das estratégias de ensino contribui para a criação de um ambiente educativo colaborativo, no qual os profissionais sentem-se reconhecidos e valorizados, o que permite a adoção de comportamentos e práticas mais seguras e eficazes. Além disso, este processo interativo permite a criação de uma cultura de cuidado em que o enfermeiro e os cuidadores trabalham juntos para melhorar tanto a qualidade do cuidado prestado às pessoas dependentes quanto o bem-estar dos próprios cuidadores (Smith & Parker, 2015).

A implementação desta teoria envolve, portanto, uma abordagem centrada na pessoa, onde a formação e as estratégias de cuidado são desenhadas em colaboração com os profissionais envolvidos, levando em consideração as suas necessidades, experiências e contextos específicos. Este processo não apenas melhora as competências técnicas dos cuidadores formais, mas também os empodera e fortalece, promovendo o seu bem-estar físico, emocional e profissional, o que, em última instância, beneficia a qualidade e segurança do cuidado prestado. Ao integrar a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King neste projeto, estabelece-se uma base sólida para o desenvolvimento de estratégias educativas que visam o fortalecimento dos cuidadores formais, promovendo, assim, cuidados mais humanizados, eficazes e sustentáveis (Smith & Parker, 2015).

1.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) ocupa um papel central no planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas à capacitação dos cuidadores formais nas IPSS, integrando as teorias de King e Pender com as competências técnicas e relacionais essenciais à promoção da saúde comunitária. As competências a serem desenvolvidas estão previstas nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da OE, relativos às competências comuns e específicas do EEECS, tendo sido cruciais na conceção de todo o processo formativo (OE, 2018, 2019b).

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 da OE, o EEECS tem a responsabilidade de determinar, sustentado no planeamento de saúde, o diagnóstico de saúde comunitária, promover a capacitação de grupos e comunidades, coordenar programas de saúde comunitária alinhados com os objetivos do Plano Nacional de Saúde e participar na vigilância epidemiológica e geodemográfica (DGS, 2022a; OE, 2019b).

O projeto desenvolvido encontra-se igualmente alinhado com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCSP (Regulamento n.º 348/2015) da OE, os quais orientam a prática profissional para a melhoria contínua da qualidade, segurança e adequação dos

cuidados, centrados na pessoa, família e comunidade, reforçando a pertinência das intervenções formativas e de capacitação implementadas no contexto da enfermagem comunitária (OE, 2012, 2015).

No decurso desta intervenção, o EEECSPP promove processos de capacitação comunitária e desenvolvimento comunitário, incentiva os cuidadores formais a definir objetivos de formação, emprega metodologias de planeamento em saúde para diagnosticar necessidades e implementar intervenções adaptadas ao contexto. Seguindo o modelo de King, promove a autonomia e o envolvimento dos cuidadores no processo educativo e, de acordo com o modelo de Promoção da Saúde de Pender, incentiva a adesão a hábitos de vida saudáveis. Paralelamente, coordena parcerias locais com instituições de saúde e sociais, participa na vigilância epidemiológica e garante a qualidade dos cuidados e o bem-estar psicossocial dos cuidadores formais. Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista promove mudanças sustentáveis nos comportamentos e nas práticas profissionais, ao combinar rigor teórico, uma abordagem relacional e uma intervenção comunitária sustentada em evidência científica (Pender et al., 2013; Smith & Parker, 2015).

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O presente projeto foi desenvolvido segundo a metodologia do planeamento em saúde, conforme preconizado por Imperatori e Giraldes (1993), assegurando rigor metodológico, sistematização na recolha e análise de dados e alinhamento com as orientações e políticas de saúde vigentes. Esta abordagem encontra-se igualmente enquadrada nas competências específicas do EEECS, tal como definido no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019b), constituindo um referencial estruturante para a intervenção comunitária.

O planeamento em saúde é entendido como um processo sistemático, contínuo e dinâmico de tomada de decisão, sustentado na análise de dados e na evidência científica, que permite identificar necessidades, estabelecer prioridades e delinear respostas adequadas aos contextos de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020). A sua pertinência é particularmente evidente em contextos marcados por limitação de recursos e pela crescente complexidade das problemáticas comunitárias, exigindo intervenções fundamentadas e orientadas para as causas reais dos problemas identificados.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), esta metodologia desenvolve-se de forma sequencial e interdependente em várias fases, diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, execução e avaliação, que permitem estruturar projetos e intervenções em saúde de forma coerente e sustentada. No âmbito do presente trabalho, a adoção desta metodologia possibilitou a avaliação das necessidades formativas dos cuidadores formais das IPSS e fundamentar, de forma estruturada, a definição de estratégias formativas ajustadas às especificidades de cada contexto institucional, com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (OMS, 2020b).

2.1. Diagnóstico da situação

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, essencial para o reconhecimento das necessidades de saúde da população-alvo. Nesta etapa, procede-se à recolha, tratamento e análise sistemática de dados demográficos, epidemiológicos, sociais, organizacionais e dos recursos existentes permitindo identificar problemas, determinantes e necessidades que carecem de intervenção estruturada. Esta fase proporciona identificar de forma vasta os problemas de saúde e os seus determinantes subjacentes, assim como as necessidades não atendidas ou negligenciadas pelos serviços de saúde e outros parceiros comunitários. O diagnóstico de situação concede uma visão real, constituído a base essencial para a definição de prioridades e para a implementação de estratégias ajustadas ao contexto específico de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993; OMS, 2020b).

Pela literatura científica consultada, pela experiência profissional dos intervenientes e no contexto das IPSS foram sugeridas necessidades formativas ao nível dos cuidadores formais. Deste modo, o presente diagnóstico não partiu da confirmação prévia de lacunas formativas, mas da necessidade de avaliar de forma objetiva e contextualizada as eventuais necessidades de capacitação dos cuidadores formais, garantindo que futuras intervenções assentassem em evidência empírica e não apenas em perceções institucionais.

A identificação destas necessidades, após a sua avaliação sistemática, responde simultaneamente a um objetivo estratégico da UCC A no âmbito da promoção da saúde, capacitação de recursos humanos e intervenção comunitária. Neste contexto, o projeto insere-se numa lógica de continuidade, alinhando-se com o planeamento de ações formativas futuras da UCC, com vista à melhoria sustentada da qualidade e segurança dos cuidados prestados (DGS, 2022b; Rego, 2023).

Pelo que surge a questão de investigação: “Quais são as principais necessidades formativas dos cuidadores formais das IPSS?”

Neste contexto, na fase de diagnóstico, foi delineado como objetivo geral: Avaliar as necessidades de formação dos cuidadores formais das IPSS. Adicionalmente, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas dos cuidadores formais das IPSS;
- Identificar as necessidades formativas dos cuidadores formais das IPSS;
- Avaliar a relação entre as características sociodemográficas e as necessidades formativas dos cuidadores formais das IPSS;
- Identificar as áreas prioritárias de intervenção, conforme as necessidades formativas das IPSS.

A investigação em Enfermagem assume um papel central na identificação de problemas prioritários e na fundamentação de intervenções ajustadas às necessidades reais dos contextos de prática, constituindo um instrumento essencial para a melhoria contínua dos cuidados e para o desenvolvimento da disciplina (Sousa et al., 2022).

O diagnóstico foi desenvolvido com a participação ativa dos cuidadores formais e baseou-se numa articulação entre a UCC A, a USP B e as IPSS da área de intervenção da UCC A, promovendo uma abordagem colaborativa e contextualizada. Atendendo à natureza formativa do diagnóstico e ao foco nas necessidades de capacitação profissional, não foi efetuada uma análise epidemiológica, sendo os

dados interpretados à luz do contexto sociodemográfico e organizacional das IPSS (Imperatori & Giraldes, 1993; OE, 2019b).

2.1.1. Contextualização do local de intervenção

O presente projeto foi desenvolvido em dois contextos clínicos interligados: a UCC A e a USP B, ambas integradas na Unidade Local de Saúde de X e localizadas no concelho de C, conforme definido pela OE (2021a).

A UCC A desempenha um papel significativo na prestação de cuidados de proximidade à população, promovendo intervenções no domínio da prevenção da doença, promoção da saúde e capacitação de grupos e comunidades, em colaboração com diversos parceiros locais, principalmente IPSS. Este contexto revelou-se particularmente relevante para a identificação das necessidades formativas dos cuidadores formais, dada a sua proximidade às instituições e aos profissionais nelas envolvidos (SNS, 2025).

A USP B constitui-se como uma unidade funcional estruturante no contexto de saúde pública local, contando com uma equipa multidisciplinar composta por médicos de saúde pública, enfermeiros, enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, enfermeiros especialistas em reabilitação, técnicos superiores de saúde ambiental e assistentes operacionais, com funções essenciais na implementação das respostas em saúde pública. Os métodos de trabalho adotam uma abordagem sistematizada, orientada para o diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de intervenções em saúde pública, assumindo responsabilidade na promoção e proteção da saúde da população do concelho de C. As áreas de atuação incluem a vigilância epidemiológica, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional, controlo de infeção, auditorias, formação e articulação intersetorial. As intervenções desenvolvidas são orientações pelas diretrizes do Plano Nacional de Saúde, integrando-se numa lógica de governação clínica e melhoria contínua da qualidade (DGS, 2022a; Keleher, 2001; SNS, 2025).

A organização do trabalho é estruturada em equipas funcionais responsáveis por diversos programas e áreas de intervenção, o que permite uma abordagem integrada, colaborativa e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A área de intervenção caracteriza-se por uma população social e culturalmente diversa, integrando contextos urbanos, periurbanos e turísticos, bem como distintos níveis socioeconómicos, o que gera desafios específicos no planeamento em saúde (SNS, 2025).

O projeto desenvolveu-se ainda em colaboração com sete IPSS da área de intervenção da UCC A, englobando diversas valências, tais como estruturas residenciais para pessoas idosas, centros de dia e Serviço de Apoio Domiciliário. As IPSS referidas caracterizavam-se por realidades organizacionais distintas, apresentando, de um modo geral, espaços físicos apropriados para a execução de sessões de educação para a saúde, embora com limitações diversas ao nível dos recursos audiovisuais, um constrangimento ultrapassado com recurso a material pedagógico disponibilizado pela formadora (Figueiredo et al., 2021). As equipas das IPSS integravam, maioritariamente, assistentes operacionais com funções de prestação direta de cuidados, os quais constituíram o principal grupo-alvo da intervenção (Antunes, 2023). Verificou-se a inexistência de projetos formalmente estruturados de melhoria contínua nas IPSS, destacando-se a formação como estratégia prioritária para colmatar essa lacuna, em alinhamento com as orientações da DGS no que concerne ao desenvolvimento de competências dos cuidadores formais e à promoção da qualidade assistencial (Melo, 2020).

A análise dos contextos de intervenção e dos recursos físicos, humanos e organizacionais existentes revelou-se determinante para a consolidação do diagnóstico da situação, permitindo identificar potencialidades, constrangimentos e oportunidades de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). A análise realizada possibilitou sustentar de forma consistente o planeamento das ações formativas, assegurando a sua viabilidade, adequação ao contexto e alinhamento com os princípios do planeamento em saúde (Melo, 2020).

2.1.2. População, amostra e critérios de inclusão

A população-alvo deste estudo é composta por cuidadores formais, nomeadamente assistentes operacionais, que prestam cuidados diretos a clientes dependentes em sete IPSS da área de intervenção da UCC A. A recolha de dados decorreu entre 1 e 5 de julho de 2025, refletindo a realidade atual das instituições e dos profissionais envolvidos, com foco nas necessidades de formação e desafios enfrentados pelos cuidadores. O estudo foi desenvolvido num concelho do litoral da Área Metropolitana de Lisboa, caracterizado por elevada densidade populacional, diversidade sociocultural e coexistência de contextos urbanos, periurbanos e turísticos, fatores com impacto significativo no planeamento em saúde local (Fernandes, 2022; Guerra et al., 2019; Santos et al., 2022).

A amostra integrou cuidadores formais das sete IPSS envolvidas no projeto, tendo sido utilizada uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, em função da acessibilidade e disponibilidade dos participantes. A amostragem por conveniência foi escolhida devido à facilidade de acesso à população-alvo e à disponibilidade dos cuidadores formais para participação, sendo uma estratégia comum em estudos de carácter exploratório e contextos com limitações de tempo e

recursos (Polit & Beck, 2021). Foram definidos como critérios de inclusão a participação de cuidadores formais, nomeadamente assistentes operacionais, que prestem cuidados diretos em IPSS localizadas na área de intervenção da UCC A, que manifestem disponibilidade para participar voluntariamente no estudo, tenham idade igual ou superior a 18 anos e que, de forma livre e esclarecida, assinem o termo de consentimento informado (Apêndice II).

Apesar de se tratar de uma amostragem não probabilística, a inclusão de cuidadores formais provenientes das sete IPSS da área de intervenção permitiu abranger a totalidade das instituições com resposta social à população dependente no concelho em estudo, assegurando uma visão global, abrangente e contextualizada das necessidades formativas existentes (Marôco, 2018; Polit & Beck, 2021).

Reconhece-se que a opção por uma amostragem por conveniência constitui uma limitação metodológica, contudo, esta revelou-se adequada aos objetivos do diagnóstico em planeamento em saúde, na medida em que permitiu recolher informação pertinente, atual e contextualizada no contexto real de intervenção. A inclusão das IPSS abrangidas pela UCC A, no concelho C, possibilitou uma elevada abrangência do contexto institucional local, assegurando uma representação consistente das necessidades existentes no território em estudo, através de recolha direta no terreno. Este tipo de abordagem é considerado apropriado em estudos de diagnóstico situacional e planeamento local, nos quais se privilegia a compreensão aprofundada do contexto específico em detrimento da generalização estatística (Imperatori & Giraldes, 1993; Marôco, 2018; Polit & Beck, 2021).

A metodologia de recolha de dados e o processo de construção e validação do instrumento aplicado serão apresentados de forma pormenorizada em subponto específico, assegurando a clareza e a transparência metodológica do estudo.

2.1.3. Recursos/orçamento

O projeto em questão não recebeu qualquer tipo de financiamento externo. Nenhum dos envolvidos, incluindo a investigadora, as orientadoras clínicas e académicas e os participantes, foram objeto de qualquer compensação financeira associada à elaboração ou participação no mesmo, assegurando a inexistência de conflitos de interesse e o cumprimento dos princípios éticos da investigação em saúde (Nunes, 2020; World Medical Association, 2013).

A intervenção formativa foi delineada segundo uma lógica de replicabilidade e sustentabilidade, proporcionando a sua integração em futuras ações desenvolvidas pela UCC e a sua aplicação noutros

contextos institucionais, semelhante. Esta abordagem encontra-se alinhada com os princípios do planeamento em saúde, que preconizam o desenvolvimento de intervenções adaptadas ao contexto local, passíveis de adaptação e transferência para outros cenários de prática, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Imperatori & Giraldes, 1993; OMS, 2021a).

2.1.4. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Perante a inexistência de instrumentos validados que avaliassem de forma específica as necessidades formativas dos cuidadores formais em contexto de IPSS e com o propósito dar resposta aos objetivos definidos para o presente estudo, optou-se pela construção de um instrumento de recolha de dados próprio, sob a forma de questionário QNC - Cuidar. Esta opção encontra-se conforme preconizado na literatura metodológica, que recomenda o desenvolvimento de instrumentos específicos sempre que os existentes não se revelem adequados ao fenómeno em estudo ou ao contexto de aplicação (Coluci et al., 2015; DeVellis & Thorpe, 2022; Polit & Beck, 2021).

O desenvolvimento do instrumento teve como base a metodologia preconizada por Coluci e colaboradores (2015), amplamente reconhecida no âmbito da construção e validação de instrumentos de medida na área da saúde. Esta abordagem garantiu o rigor metodológico do processo e a adequação ao contexto específico de aplicação, conforme descrito de forma detalhada no Apêndice III.

2.1.5. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados recolhidos através do questionário QNC – Cuidar (Apêndice IV) foi realizada com recurso a estatística descritiva e inferencial, de acordo com os procedimentos metodológicos recomendados para estudos quantitativos em ciências da saúde (Marôco, 2018).

A utilização de métodos de inferência estatística permite não apenas responder a questões centrais sobre a população em estudo, como também validar pressupostos necessários à aplicação subsequente de técnicas estatísticas que dependem da validade de determinadas afirmações sobre a população (Marôco, 2018). Para a realização dos testes paramétricos, verificaram-se os pressupostos de normalidade.

As variáveis foram inicialmente analisadas de forma isolada, recorrendo-se posteriormente à aplicação de testes estatísticos com o objetivo de reconhecer eventuais associações e correlações entre as mesmas. Previamente à aplicação dos testes paramétricos, procedeu-se à verificação dos respetivos pressupostos de normalidade, conforme recomendado na literatura metodológica (Marôco, 2018).

Os dados recolhidos foram sujeitos a técnicas de análise estatística descritiva e inferencial, recorrendo a análises univariadas e bivariadas. Para as variáveis relativas às necessidades formativas dos cuidadores formais, de natureza quantitativa, foram elaboradas tabelas de distribuição de frequências e calculadas medidas de tendência central, nomeadamente a média, bem como medidas de dispersão, incluindo o desvio padrão e os valores mínimo e máximo, de acordo com os procedimentos estatísticos recomendados para este tipo de estudos (Marôco, 2018).

Em todos os procedimentos estatísticos foi adotado um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) como critério para a tomada de decisão. O tratamento e análise dos dados foram realizados com recurso ao *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 30, amplamente utilizado na investigação em ciências da saúde (Marôco, 2018).

2.1.6. Apresentação e análise dos resultados

A interpretação dos resultados foi realizada à luz da identificação das características sociodemográficas das IPSS, em concordância com os princípios do planeamento em saúde norteados para contextos, conforme preconizado por Imperatori e Giraldes (1993) e Melo (2020).

Neste subcapítulo, procede-se à análise dos dados recolhidos através da aplicação do questionário, com vista a responder aos objetivos definidos para esta fase de diagnóstico da situação.

2.1.6.1. Variáveis em estudo

No presente estudo foram consideradas duas categorias essenciais de variáveis: as variáveis sociodemográficas e as variáveis relacionadas com o conhecimento e o desempenho profissional dos cuidadores formais.

As variáveis sociodemográficas incluíram idade, o sexo, o nível de habilitações literárias, o número de anos de experiência profissional enquanto assistente operacional e a existência de formação prévia na área da saúde ou dos cuidados. Estas variáveis possibilitaram caracterizar a população em estudo e analisar a sua eventual influência nas necessidades formativas identificadas, seguindo recomendações metodológicas para estudos descritivos e transversais em contextos de saúde (Marôco, 2018; Polit & Beck, 2021).

Relativamente às variáveis associadas ao conhecimento e ao desempenho profissional, foram analisados os conhecimentos dos cuidadores formais no contexto dos cuidados de saúde e das práticas seguras, assim como o seu desempenho em áreas específicas da prestação de cuidados,

nomeadamente higiene e conforto, mobilização e posicionamento, alimentação, apoio à administração de medicação, comunicação com o cliente e família e gestão de situações de emergência. Foram ainda identificadas as necessidades formativas percecionadas pelos participantes no exercício das suas funções, constituindo um elemento central do diagnóstico realizado.

Esta abordagem está em conformidade com recomendações metodológicas para avaliação de competências e identificação de necessidades formativas em contextos institucionais de saúde (Figueiredo et al., 2021; Sousa, 2020).

Este subcapítulo demonstra os resultados decorrentes da análise das respostas obtidas através da aplicação do QNC – Cuidar à população-alvo.

2.1.6.2. Caracterização da amostra

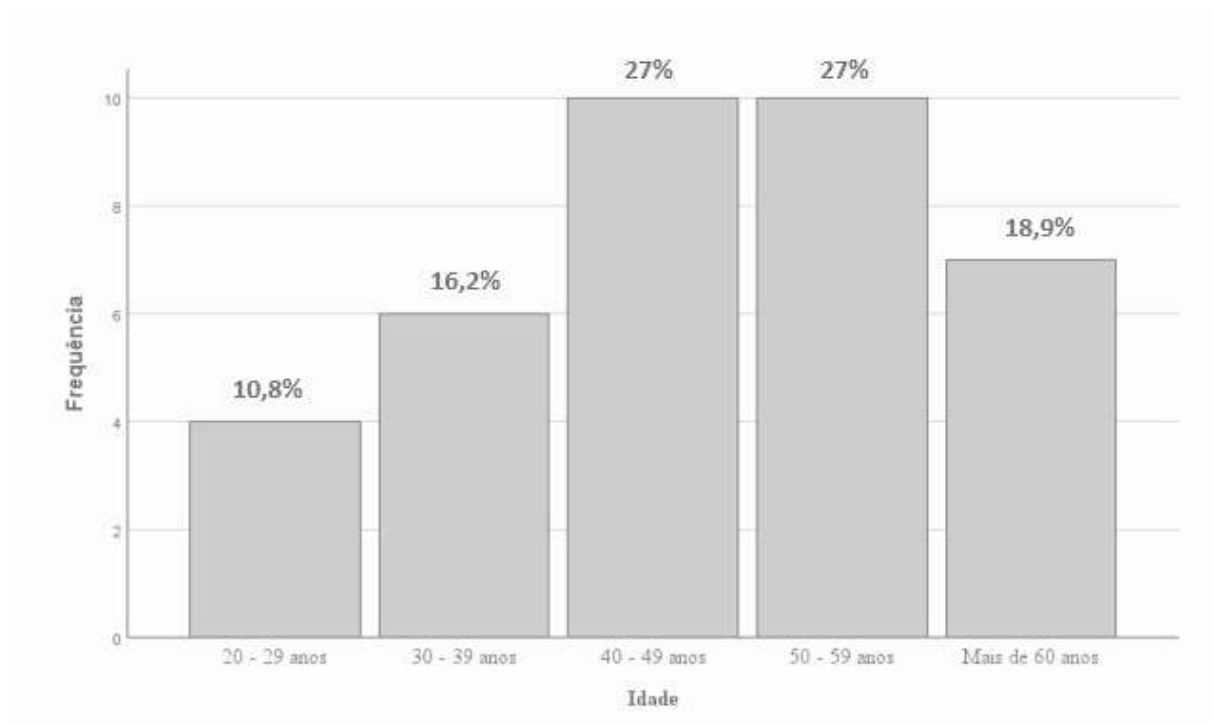
Do total de questionários aplicados, e após a eliminação daqueles que não cumpriam os critérios de inclusão previamente estabelecidos para o estudo, nomeadamente seis questionários foram entregues de forma incompleta e doze casos em que apenas foi obtido o consentimento informado, sem o correspondente questionário, obteve-se uma amostra final constituída por 37 participantes.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo

	Frequência (n)	Percentagem %
Feminino	36	97,3%
Masculino	1	2,7%
Total	37	100%

Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra é maioritariamente constituída por participantes do sexo feminino (97,3%), verificando-se uma representação residual do sexo masculino (2,7%).

Figura 1 - Distribuição da amostra por faixa etária



A Figura 1 apresenta a distribuição etária da amostra ($n=37$), evidenciando maior concentração de participantes nas faixas dos 40–49 e 50–59 anos, ambas com 27% ($n=10$). Seguem-se os participantes com idade igual ou superior a 60 anos (18,9%; $n=7$) e o grupo dos 30–39 anos (16,2%; $n=6$). Por último, a faixa dos 20–29 anos apresenta a menor representatividade (10,8%; $n=4$). Esta distribuição evidencia o predomínio de cuidadores formais em idade ativa, compatível com um percurso profissional mais consolidado.

Numa perspetiva mais abrangente, procedeu-se à análise descritiva das características sociodemográficas dos cuidadores formais que participaram no estudo. A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis em termos de frequência absoluta (n) e relativa (%), permitindo uma caracterização detalhada e estruturada da amostra (Marôco, 2018).

Tabela 2 - Análise descritiva das características sociodemográficas dos cuidadores formais

		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Habilitações literárias	Ensino primário (até 4º ano)	0	0%
	1º ciclo do ensino básico (até 6º ano)	0	0%
	2º ciclo do ensino básico (7º - 9º ano)	12	32,4%
	Ensino secundário (10º - 12º ano)	15	40,5%
	Curso técnico-profissional	2	5,4%
	Outra	8	21,6%
Experiência profissional como assistente operacional	Menos de 1 ano	4	10,8%
	1 ano	2	5,4%
	2 a 4 anos	6	16,2%
	5 a 7 anos	6	16,2%
	8 a 10 anos	3	8,1%
	Mais de 10 anos	16	43,2%
Possui formação na área de saúde/cuidados	Sim	16	43,2%
	Não	21	56,8%
Participou em ações de formação nos últimos 2 anos	Sim	29	78,4%
	Não	8	21,6%

A Tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra, constituída por 37 participantes. Relativamente às habilitações literárias, observa-se que a maioria concluiu o ensino secundário (40,5%; n = 15) ou o 2.º ciclo do ensino básico (32,4%; n = 12), não tendo sido registados participantes com apenas o ensino primário ou o 1.º ciclo do ensino básico. Adicionalmente, 21,6% dos participantes referiram possuir outro tipo de formação e 5,4% indicaram ter concluído um curso técnico-profissional.

A análise das habilitações literárias é uma prática sugerida em estudos descritivos de cuidadores formais, permitindo caracterizar o perfil educativo da amostra e relacioná-lo com necessidades formativas e competências profissionais (Marôco, 2018; Polit & Beck, 2021).

No que concerne à experiência profissional enquanto assistentes operacionais, verificou-se que uma proporção significativa dos participantes exerce funções há mais de 10 anos (43,2%), constituindo um

grupo com elevada experiência acumulada. Os restantes participantes distribuem-se maioritariamente pelos intervalos de 2 a 4 anos e de 5 a 7 anos de experiência profissional, ambos correspondendo a 16,2% da amostra.

A análise da experiência profissional é crucial em estudos descritivos e diagnósticos de competências, pois possibilita relacionar o tempo de prática com conhecimento, desempenho e necessidades formativas (Marôco, 2018; Polit & Beck, 2021).

Relativamente à formação específica na área da saúde ou dos cuidados, constatou-se que a maioria dos participantes (56,8%) referiu não possuir formação nesta área. Ainda assim, uma percentagem expressiva dos cuidadores formais (78,4%) participou em ações de formação nos dois anos anteriores à recolha de dados, refletindo uma preocupação com a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento profissional contínuo.

A análise da formação antecipada é fundamental em estudos sobre capacitação de cuidadores, uma vez que permite relacionar experiências formativas anteriores com necessidades de aprendizagem e desempenho profissional (Figueiredo et al., 2021; Polit & Beck, 2021).

Globalmente, a amostra caracteriza-se por um predomínio de cuidadores formais do sexo feminino, em idade ativa, com experiência profissional consolidada, em consonância com a literatura nacional e internacional. Apesar das limitações relativamente à formação base na área da saúde, a elevada participação em ações formativas recentes evidencia uma preocupação contínua com a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento profissional (Figueiredo et al., 2021; OMS, 2021a; Rego, 2023).

2.1.6.3. Avaliação das necessidades formativas dos cuidadores formais

Como mencionado previamente, a avaliação das necessidades formativas dos cuidadores formais recorreu à escala QNC-Cuidar, instrumento especificamente desenvolvido e validado para o presente estudo. A fiabilidade do instrumento foi analisada pelo cálculo do coeficiente de consistência interna *alfa* de *cronbach*, tendo-se obtido um valor de 0,94 (Tabela 3), evidenciando um nível muito elevado de consistência interna.

A utilização do *alfa* de *Cronbach* como indicador de fiabilidade é largamente sugerido na literatura para instrumentos de medida em contextos de saúde e ciências sociais (Boateng et al., 2018; DeVellis & Thorpe, 2022; Lynn, 1986).

De acordo com a literatura, valores de *alfa* de *Cronbach* iguais ou superiores a 0,70 são indicativos de fiabilidade aceitável, sendo que valores superiores a 0,90 refletem uma excelente fiabilidade do instrumento. Assim, o valor obtido ($\alpha = 0,94$) indica que o questionário revela uma estrutura interna robusta, adequada aos objetivos para os quais foi desenvolvido, nomeadamente a identificação das necessidades formativas dos cuidadores formais (Marôco, 2018).

Tabela 3 - Análise descritiva do questionário QNC – Cuidar dos cuidadores formais

Escala QNC - cuidar	Itens	Média	Desvio Padrão	<i>Alpha Cronbach</i>
	19	3,24	9,11	0,94

A pontuação global da escala revelou uma média de 3,24, com um desvio padrão de 9,11, evidenciando uma perceção global tendencialmente positiva por parte dos cuidadores formais relativamente ao seu nível de conhecimentos e desempenho nas áreas avaliadas. Este valor médio, situado acima do ponto intermédio da escala, indica que os participantes consideram deter, de um modo geral, competências adequadas no exercício das suas funções (Marôco, 2018).

O desvio padrão (DP) observado indica, contudo, alguma variabilidade nas respostas, refletindo diferenças individuais ao nível das experiências profissionais, formação prévia e contextos de atuação. Este resultado reforça a relevância de identificar necessidades formativas específicas e ajustadas à realidade dos cuidadores formais, permitindo a implementação de estratégias de capacitação mais direcionadas (Marôco, 2018).

Tabela 4 - Análise descritiva da escala QNC - Cuidar

	Mínimo	Máximo	Média (\bar{x})	DP
Item 1: Saber o estado de saúde da pessoa que cuida	3	4	3,46	0,50
Item 2: Apoiar nos medicamentos e cuidados diários	2	4	3,27	0,65
Item 3: Incentivar na autonomia, estilo de vida saudável e prevenção	2	4	3,30	0,70
Item 4: Saber da utilização dos serviços de saúde e onde pedir ajuda	1	4	3,27	0,69
Item 5: Saber o que os profissionais de saúde transmitem e saber utilizar a informação sobre saúde/doença	1	4	3,27	0,77
Item 6: Saber gerir emoções e lidar com o stress	2	4	3,24	0,64
Item 7: Nos cuidados de higiene e conforto do cliente	3	4	3,62	0,49
Item 8: Nos cuidados de higiene e vigilância à pessoa com ostomia	1	4	2,97	0,93
Item 9: Na prevenção de úlceras de pressão	2	4	3,11	0,77
Item 10: No posicionamento e mobilização dos clientes	2	4	3,41	0,55
Item 11: Na alimentação por via oral	1	4	3,24	0,95
Item 12: Na alimentação por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)	1	4	2,51	1,12
Item 13: No apoio à medicação por via oral	2	4	3,54	0,56
Item 14: Na comunicação com clientes/família	2	4	3,46	0,61
Item 15: Na prevenção e controlo de infeções	3	4	3,59	0,50
Item 16: Na comunicação com clientes com défices cognitivos	2	4	3,14	0,71
Item 17: Identificação de sinais de agravamento do estado geral	2	4	3,19	0,62
Item 18: Situações de emergência e primeiros socorros	2	4	2,97	0,76
Item 19: Capacidade para lidar com situações de fim de vida	2	4	3,11	0,61

A Tabela 4 apresenta a análise descritiva das necessidades formativas percecionadas pelos cuidadores formais, evidenciando médias globalmente elevadas, superiores a 3 na maioria dos itens, o que traduz uma perceção positiva das competências no desempenho das atividades de cuidado (Marôco, 2018).

Destacam-se como áreas de maior domínio percebido os cuidados de higiene e conforto ($\bar{x}=3,62$; DP=0,49), a prevenção e controlo de infeções ($\bar{x}=3,59$; DP=0,50) e o apoio à medicação por via oral ($\bar{x}=3,54$; DP=0,56), indicando que os cuidadores formais percecionam um nível elevado de competência e desempenho nesta dimensão.

Este resultado traduz uma autoavaliação positiva do desempenho profissional, especialmente em atividades que fazem parte das rotinas diárias de cuidados e são consolidadas pela prática continuada. O baixo desvio padrão indica uma diminuída dispersão das respostas em torno da média, sugerindo elevado grau de concordância entre os participantes quanto à perceção das suas competências neste domínio (Marôco, 2018).

Em contraste, observam-se valores médios inferiores nos domínios da alimentação por PEG ($\bar{x}=2,51$; DP=1,12), dos cuidados à pessoa com ostomia ($\bar{x}=2,97$; DP=0,93) e das situações de emergência e primeiros socorros ($\bar{x}=2,97$; DP=0,76), evidenciando áreas com maiores necessidades de reforço formativo. Esta situação poderá estar possivelmente relacionada com a menor frequência de contacto dos cuidadores formais com estas técnicas ou com a sua maior complexidade e especificidade técnica.

O elevado desvio padrão evidencia uma maior variabilidade nas respostas, refletindo diferenças significativas ao nível da experiência prévia e da formação recebida nesta área. Estes resultados sustentam a pertinência da intervenção educativa desenvolvida, permitindo identificar domínios prioritários para capacitação dos cuidadores formais, em consonância com os objetivos do projeto e com a evidência científica no âmbito da ECSP (Marôco, 2018).

2.1.6.4. Avaliação da relação das características sociodemográficas com as necessidades formativas dos cuidadores formais das IPSS

Com a finalidade de aprofundar a análise dos resultados e compreender como as características sociodemográficas e profissionais dos cuidadores formais se relacionam com as suas necessidades formativas, procedeu-se à análise das correlações entre estas variáveis, conforme apresentado na Tabela 5.

Para o efeito, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, igualmente designado por *Rho* de *Spearman*, uma técnica estatística não paramétrica adequada à natureza dos dados e ao tamanho da

amostra. Esta técnica permite avaliar a intensidade e o sentido da relação monotónica entre duas variáveis, sendo particularmente adequada para as variáveis neste estudo (Marôco, 2018).

Tabela 5 - Correlação entre as variáveis sociodemográficas e necessidades formativas dos cuidadores formais

		Sexo	Idade	Habilitações literárias	Anos de experiência profissional	Possui formação profissional	Ações de formação últimos 2 anos	QNC – cuidar TOTAL
rô de Spearman	Sexo	Coeficiente Correlação						
		Sig. (2 extremidades)						
		N	37					
	Idade	Coeficiente Correlação						
		Sig. (2 extremidades)						
		N	37	37				
	Habilitações literárias	Coeficiente Correlação						
		Sig. (2 extremidades)						
		N	37	37	37			
	Anos de experiência profissional	Coeficiente Correlação						
		Sig. (2 extremidades)						
		N	37	37	37	37		
	Possui formação profissional	Coeficiente Correlação						
		Sig. (2 extremidades)						
		N	37	37	37	37	37	
	Ações de formação últimos 2 anos	Coeficiente Correlação						
		Sig. (2 extremidades)						
		N	37	37	37	37	37	37
	QNC – cuidar TOTAL	Coeficiente Correlação						
		Sig. (2 extremidades)						
	N	37	37	37	37	37	37	

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Os resultados apresentados na Tabela 5 evidenciam associações entre algumas variáveis sociodemográficas e as necessidades formativas percebidas pelos cuidadores formais, indicando que fatores individuais e profissionais influenciam a percepção das competências de cuidado.

Estes achados reforçam a importância de implementar intervenções formativas diferenciadas e adaptadas às características da população-alvo, em consonância com os princípios do planeamento em saúde e com o papel do EEECS na capacitação de grupos profissionais (Imperatori & Giraldes, 1993; OE, 2018).

2.1.6.5. Síntese dos achados

A pontuação média mais elevada foi registada na Item 7, referente "aos cuidados de higiene e conforto do cliente", com um valor médio de 3,62 (DP = 0,49). Este resultado indica uma percepção elevada de

desempenho nesta dimensão, associada a uma reduzida variabilidade das respostas, refletindo um grau de consenso entre os participantes.

Tal poderá estar relacionado com o facto de estas intervenções constituírem práticas quotidianas, transversalmente consolidadas no exercício das funções dos cuidadores formais, sendo reforçadas pela experiência profissional acumulada ao longo do tempo (Marôco, 2018).

Os resultados obtidos evidenciam uma perceção globalmente favorável relativamente aos conhecimentos e competências dos cuidadores formais que participaram no presente estudo. De um modo geral, a maioria dos itens avaliados apresentou valores médios superiores a 3, numa escala de *Likert* de quatro pontos, em que 1 corresponde a “nada adequado”, 2 a “pouco adequado”, 3 a “adequado” e 4 a “muito adequado”.

Estes resultados traduzem uma autoperceção positiva do desempenho profissional em diferentes áreas da prestação de cuidados, sugerindo um nível globalmente adequado de competências percecionadas pelos participantes (Marôco, 2018).

Por outro lado, a média mais baixa foi observada na Item 12, relativa à “alimentação por PEG”, com um valor médio de 2,51 (DP = 1,12). Este resultado indica uma perceção de menor desempenho numa área mais complexidade técnica e especializada.

O desvio padrão elevado indica uma maior heterogeneidade nas respostas, possivelmente relacionada com diferentes níveis de experiência prévia, contacto clínico ou formação específica nesta intervenção. De igual modo, os itens associados à resposta a “situações de emergência” (Item 18) e aos “cuidados à pessoa com ostomia” (Item 8) apresentaram médias inferiores a 3, reforçando a existência de lacunas ao nível dos conhecimentos e de competências clínicas nestes domínios (Marôco, 2018).

Deste modo, os resultados permitiram identificar as áreas de maior desempenho percebido, nomeadamente nos domínios da higiene e conforto, da administração de medicação por via oral, da comunicação com clientes e famílias e da prevenção e controlo de infeções, competências amplamente reconhecidas na literatura como primordiais na prestação de cuidados em contexto institucional e frequentemente consistentes pela prática quotidiana dos cuidadores formais (Figueiredo et al., 2021; Guerra et al., 2019).

Em contrapartida, emergem como necessidades formativas prioritárias as áreas da alimentação por PEG, resposta a situações de emergências e dos cuidados à pessoa com ostomia, correspondendo a competências de maior complexidade técnica e menor frequência de contacto, que requerem

formação estruturada, atualização contínua e acompanhamento por profissionais de saúde qualificados. Estes resultados encontram-se em concordância com a evidência científica, que destaca a importância da capacitação contínua dos cuidadores formais em domínios técnicos específicos, no âmbito da ECSP (DGS, 2022b; Figueiredo et al., 2021; OE, 2018).

Estes achados evidenciam a pertinência do desenvolvimento de intervenções formativas específicas e contextualizadas, norteadas para as dificuldades efetivamente vivenciadas pelos cuidadores formais no seu contexto profissional. A implementação de estratégias de capacitação direcionadas para estas necessidades constitui um contributo relevante para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados, assim como o reforço do empowerment e da valorização profissional destes intervenientes fundamentais no sistema de cuidados (Figueiredo et al., 2021; Imperatori & Giraldes, 1993; OE, 2018).

Neste sentido, os resultados obtidos constituíram a base empírica para a definição das prioridades de intervenção e para a construção de um plano formativo orientado, sustentado nas necessidades reais identificadas no contexto das IPSS, em consonância com os princípios do planeamento em saúde e da prática da ECSP (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

2.1.7. Problemas identificados e respetivos diagnósticos de enfermagem

A identificação das necessidades constitui uma etapa central no processo de definição de prioridades de intervenção, assumindo um papel determinante na promoção de um planeamento em saúde eficiente, estruturado e orientado para a resolução de problemas concretos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com base na análise sistemática e aprofundada dos resultados obtidos na fase de diagnóstico da situação, foi possível identificar os principais problemas associados à prestação de cuidados de enfermagem no contexto em estudo, os quais se traduziram na formulação dos respetivos diagnósticos de enfermagem prioritários:

- a) Conhecimento insuficiente sobre alimentação por sonda - PEG;
- b) Conhecimento insuficiente sobre primeiros socorros;
- c) Conhecimento insuficiente sobre cuidados à pessoa com ostomia.

Os diagnósticos de enfermagem foram formulados com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2.0, conforme adotada pela OE, assegurando a utilização de uma linguagem normalizada e cientificamente validada (OE, 2019a). Paralelamente, a identificação e

formulação dos diagnósticos recorreram à Ontologia de Enfermagem, na sua 3.^a versão, aprovada pela OE, o que possibilitou reforçar a consistência terminológica, a interoperabilidade dos registos e o rigor conceptual, em conformidade com os referenciais profissionais em vigor (OE, 2023). A formulação destes diagnósticos pressupôs ainda a articulação entre as necessidades expressas pela comunidade e as necessidades efetivas, emergentes do contexto real de prestação de cuidados.

Neste sentido, torna-se imprescindível a proximidade e interação contínua entre o enfermeiro e a comunidade, permitindo articular os dados recolhidos no diagnóstico de saúde com a definição de respostas ajustadas, pertinentes e sustentadas na evidência científica no âmbito da ECSP (Melo, 2020).

2.1.8. Considerações éticas

Ao longo da realização do projeto descrito neste trabalho, bem como durante todo o percurso académico, foram respeitados todos os princípios éticos e deontológicos inerentes às diferentes fases do processo de investigação. Conforme referido por Melo (2020), a ética na investigação tem vindo a assumir uma relevância crescente, refletindo uma maior consciência social quanto à necessidade de salvaguardar os direitos, a dignidade e o bem-estar dos participantes envolvidos em estudos científicos (Nunes, 2020).

Os procedimentos éticos adotados incluíram a obtenção de consentimento informado de todos os participantes, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, bem como a submissão e aprovação do estudo pela Comissão de Ética da ESSATLA (Apêndice V).

O cumprimento destes princípios éticos e metodológicos consiste num suporte crucial para o desenvolvimento de um plano formativo adaptado às necessidades específicas dos cuidadores formais, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e seguranças dos cuidados prestados (Nunes, 2020; OMS, 2020b).

Todo o projeto foi conduzido de acordo com os princípios éticos que orientam a investigação em saúde, nomeadamente o respeito pela dignidade humana, autonomia, integridade e confidencialidade dos participantes (Nunes, 2020).

Foram igualmente observados os princípios consagrados na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013), na Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (1997), ratificada em Portugal pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, bem como na legislação nacional em vigor, designadamente a Lei n.º 58/2019, que assegura a aplicação do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) conforme documentado no Apêndice VI.

Previamente ao início da recolha de dados, foi solicitado e obtido parecer favorável da Comissão de Ética da ESSATLA, assim como a autorização formal para a realização do estudo (Anexo I), assegurando a conformidade do projeto com os princípios éticos e requisitos legais aplicáveis à investigação em contexto comunitário. Paralelamente, todas as IPSS envolvidas foram formalmente contactadas, tendo sido solicitadas e obtidas as respetivas autorizações institucionais para a participação dos cuidadores formais (Apêndice VII), bem como a autorização da UCC A (Apêndice VIII).

Todos os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos, procedimentos e implicações da sua participação no estudo, sendo-lhes garantido o direito de recusar ou interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou consequência. A participação foi inteiramente voluntária e precedida da assinatura do respetivo consentimento informado, elaborado em linguagem clara e acessível, em conformidade com as orientações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2021) e com os princípios éticos da investigação em saúde (Nunes, 2020).

Foi igualmente assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, não sendo possível a identificação individual dos participantes ou das instituições envolvidas. O acesso aos dados ficou restrito exclusivamente à investigadora, encontrando-se os mesmos codificados e armazenados em suporte digital seguro, encriptado e protegido por palavra-passe, sendo utilizados apenas para fins científicos. Os dados serão conservados por um período máximo de cinco anos após a conclusão do estudo, findo o qual serão eliminados de forma definitiva e irreversível, através da eliminação permanente dos ficheiros digitais e da destruição física dos documentos em papel, recorrendo à trituradora de corte cruzado, garantindo a total ilegibilidade da informação. A apresentação dos resultados será realizada de forma agregada, em conformidade com os princípios da proteção de dados pessoais e com a legislação nacional em vigor (Assembleia da República, 2019).

Por fim, a intervenção proposta encontra-se alinhada com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, que define as competências do EEECS, nomeadamente no domínio da promoção da literacia em saúde, do desenvolvimento de projetos formativos e da capacitação de grupos e comunidades (OE, 2018). Neste contexto, o projeto respeita igualmente os princípios de equidade, da participação ativa e do empowerment, considerados como estruturantes da prática da ECSP (Daly & Lumley, 2007; OMS, 1986).

2.2. Definição de prioridades

No âmbito do planeamento em saúde, a definição de prioridades constitui numa etapa determinante para a uso racional e eficiente dos recursos disponíveis, especialmente em contextos comunitários,

onde estes, se apresentam frequentemente limitados. A priorização dos problemas identificados permite orientar a intervenção profissional para as necessidades mais relevantes e passíveis de resposta, garantindo a coerência entre o diagnóstico realizado e as estratégias a implementar (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

A definição de prioridades de intervenção em Enfermagem deve assentar numa análise criteriosa da evidência disponível, articulada com os dados empíricos recolhidos no contexto de prática e com a experiência profissional, de forma a sustentar decisões fundamentadas e orientadas para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Neste sentido, a enfermagem baseada na evidência assume-se como um referencial estruturante no processo de planeamento em saúde, permitindo transformar necessidades identificadas em intervenções eficazes e ajustadas ao contexto real (OMS, 2020b; Pereira, 2017).

Com base nos resultados alcançados na fase de diagnóstico da situação, procedeu-se à hierarquização dos diagnósticos de enfermagem identificados, tendo por base critérios objetivos e previamente definidos, de forma a garantir transparência e consistência metodológica no processo decisório. A priorização foi elaborada considerando os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, conforme proposto por Imperatori e Giraldes (1993), possibilitando uma análise integrada dos problemas e do seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Melo, 2020; OMS, 2020b).

A magnitude correspondeu à dimensão e à relevância do problema no grupo em estudo; a transcendência refletiu a importância atribuída ao problema em diversos contextos institucionais; e vulnerabilidade referiu-se à possibilidade de prevenção, modificação ou controlo do problema identificado. Cada critério foi avaliado numa escala de 0 a 3, possibilitando o cálculo de uma pontuação global para cada diagnóstico, apresentada na Tabela 6. Os diagnósticos foram posteriormente hierarquizados por ordem de prioridade, norteando a alocação de cuidados e a implementação de um plano de enfermagem, de acordo com os problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

Tabela 6 - Priorização dos Problemas Identificados

Diagnóstico Enfermagem	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total	Prioridade
Conhecimento insuficiente na alimentação por PEG	3	3	2	8	1.º
Conhecimento insuficiente sobre primeiros socorros	3	2	3	8	2.º
Conhecimento insuficiente nos cuidados à pessoas com ostomia	2	2	2	6	3.º

Fonte: Elaboração própria, de acordo em Imperatori e Giraldes (1993) e Melo (2020).

A análise apresentada na Tabela 6, possibilitou hierarquizar os diagnósticos de enfermagem identificados, tendo em consideração os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde. (Imperatori e Giraldes, 1993; Melo, 2020). O diagnóstico “Conhecimento insuficiente na alimentação por PEG” foi classificado como primeira prioridade, ao apresentar a pontuação global mais elevada (8 pontos), refletindo elevada magnitude e transcendência, bem como um grau de vulnerabilidade compatível com a implementação de uma intervenção formativa no contexto das IPSS e da UCC A. Trata-se de uma área de elevada complexidade técnica, com impacto direto na segurança e qualidade dos cuidados à pessoa dependente, o que justifica a definição desta problemática como prioridade de intervenção.

O diagnóstico “Conhecimento insuficiente sobre primeiros socorros” obteve uma pontuação global elevada, de 8 pontos, sendo, contudo, classificado como a segunda prioridade. Esta classificação reflete uma vulnerabilidade ligeiramente inferior comparativamente com o diagnóstico anterior, considerando fatores as exigências logísticas e a necessidade de atualização periódica dos conteúdos formativos. Embora tenha sido hierarquizado de forma secundária, esta área continua a representar um ponto crítico para uma resposta eficaz em situações de emergência, nomeadamente em contexto institucional. A priorização foi justificada no juízo clínico do enfermeiro, tendo em conta a análise dos recursos disponíveis, a capacidade de resposta da equipa e a urgência na intervenção, em consonância com as orientações de modelos de gestão de cuidados de saúde, como o modelo de decisão clínica de Pender (2013) ou o modelo de saúde comunitária de Keleher (2001), que enfatizam a adaptação contínua e a priorização com base nas necessidades avaliadas.

Por sua vez, o diagnóstico “Conhecimento insuficiente nos cuidados à pessoa com ostomia” foi hierarquizado como terceira prioridade, apresentando uma pontuação total inferior (6 pontos), apesar

da sua reconhecida relevância clínica. A menor frequência destas situações na prática quotidiana dos cuidadores formais, bem como a possibilidade de uma intervenção faseada, justificaram a sua priorização posterior, mantendo-se, contudo, integrado no plano de cuidados, garantindo uma abordagem abrangente às necessidades formativas identificadas, conforme as orientações de Keleher (2001) e Pender (2013), que salientam a importância de ajustar a formação às necessidades e à frequência das situações vivenciadas pelos cuidadores.

Este processo de priorização apoiou-se no raciocínio clínico do Enfermeiro Especialista e nos princípios da prática baseada na evidência, conforme preconizado pela OE (2023), possibilitando estruturar uma intervenção ajustada às necessidades reais da população-alvo. A definição clara das prioridades constituiu, assim, a base para a seleção das estratégias formativas e para a elaboração de um plano de intervenção exequível, sustentado e alinhado com os objetivos do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

2.3. Definição de objetivos

No contexto do planeamento em saúde, a definição de objetivos constitui numa etapa crucial, uma vez que possibilita nortear a intervenção de forma organizada, coerente e avaliável, garantindo a articulação entre o diagnóstico da situação, as estratégias a executar e os resultados esperados (Daly & Lumley, 2007; Melo, 2020). A elaboração de objetivos claros e mensuráveis permite, ainda, avaliar o impacto das intervenções, otimizar a utilização dos recursos disponíveis e proporcionar respostas ajustadas às necessidades reais da população-alvo, conforme preconizado por DeVellis e Thorpe (2022).

Atendendo aos princípios do planeamento em saúde, os objetivos devem ser delineados de forma hierarquizada, incluindo um objetivo geral, que revela a finalidade global da intervenção, objetivos específicos, que indicam as dimensões a desenvolver, e objetivos operacionais, que possibilitam avaliar, de forma concreta, o grau de concretização das ações planeadas (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020). A hierarquização dos objetivos é fundamental para garantir uma abordagem estruturada e mensurável, conforme preconizado por Daly e Lumley (2007).

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem selecionados, definiu-se o seguinte objetivo para o projeto:

- Promover a aquisição de conhecimento dos cuidadores formais das IPSS sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros.

Como objetivos específicos, tendo em conta as restantes áreas prioritárias, foram definidos os seguintes objetivos:

- Sensibilizar os participantes para a importância sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros.
- Promover o conhecimento sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros.
- Analisar o nível de conhecimentos assimilados após as intervenções de educação em saúde.

Para avaliar a eficácia da intervenção, foram definidos indicadores/objetivos operacionais:

- Que 90% dos participantes demonstrem reconhecer a importância de cada temática, no final da sessão de educação para a saúde, através da sua participação ativa nas discussões ou respostas a questões orais.
- Que 80% dos participantes sejam capazes de identificar corretamente pelo menos 3 procedimentos básicos de cada temática no final da sessão de educação para a saúde.
- Que 100% dos participantes recebam um tríptico com orientações sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros, durante a sessão de educação para a saúde.
- Que pelo menos 80% dos participantes respondam às perguntas do questionário de avaliação, imediatamente após a sessão de educação para a saúde.

2.4. Seleção de estratégias

Para Imperatori e Giraldes (1993), uma estratégia consiste em técnicas específicas e organizadas para obter um determinado objetivo determinado, minimizando um ou mais problemas de saúde. Nesta etapa, procede-se à definição estruturada de estratégias de intervenção baseadas em conhecimento científico validado, destinadas a dar resposta às necessidades de saúde previamente diagnosticadas. Tal processo deve considerar de forma crítica os recursos disponíveis, bem como o perfil e as particularidades da população a que se dirige.

Foram estruturadas três sessões de educação para a saúde distintas, em dias diferentes e nas cinco IPSS, num total de quinze sessões de educação para a saúde, centradas nas temáticas previamente identificadas. Tendo em consideração as necessidades formativas identificadas e as características da população-alvo, optou-se por uma estratégia pedagógica ativa e participativa, apoiada em dois momentos complementares, conforme descrito no plano de sessão de educação para a saúde incluídos

em Apêndices IX, X e XI (Knowles, 2024). No início de cada sessão de educação para a saúde, foi aplicado um questionário anónimo, com a finalidade de avaliar o nível de conhecimento pré-existente sobre as áreas abordadas.

A componente teórica foi apresentada através de diapositivos em PowerPoint, possibilitando uma exposição clara e ilustrada dos conteúdos. Simultaneamente, foi intercalada uma componente prática, na qual os formandos participaram ativamente, mediante exemplos práticos e exercícios relacionados com os temas abordados nas sessões (Pender, 2013). No decorrer da sessão de educação para a saúde, foram promovidas partilhas de experiências e esclarecimento de dúvidas, com o intuito de favorecer a compreensão e aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Além disso, foram propostas questões e simuladas situações práticas pelo formador, para analisar a compreensão do conteúdo e a capacidade de aplicação dos conceitos. As simulações abrangeram os três temas centrais, nomeadamente: a utilização correta dos dispositivos para ostomias de eliminação e alimentação, os procedimentos a adotar perante uma vítima inconsciente (mas a respirar), e as ações a serem tomadas no caso de vítimas com epistaxis, entre outras situações práticas.

No fim de cada sessão, foi novamente aplicado o mesmo questionário anónimo, com o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimentos pelos participantes (Boateng et al., 2018; DeVellis & Thorpe, 2022). Para além disso, foi distribuído um tríptico com as informações mais pertinentes de cada sessão, bem como um questionário anónimo de avaliação da sessão e do desempenho do formador, possibilitando assim uma análise crítica do processo de formação e a identificação de áreas a melhorar para futuras intervenções formativas (Pender, 2013).

A capacitação de assistentes operacionais deve integrar tanto uma componente teórica como uma componente prática, dado que a aprendizagem efetiva em adultos depende da articulação entre conhecimento prévio, contexto laboral e aplicação prática. A vertente teoria fornece fundamentos necessários sobre cuidados, segurança e procedimentos, enquanto a vertente prática consolida estes conhecimentos e desenvolve competências concretas e aplicáveis. Segundo Knowles (2024), adultos assimilam mais eficazmente quando o conteúdo é relevante e aplicável as suas funções profissionais, e Ribeiro Gomes (2023) salienta que a combinação de teoria e prática é fundamental para aprendizagens significativas, fortalecendo a qualidade e a segurança no cuidado aos clientes. Esta abordagem pedagógica está alinhada com os princípios da educação de adultos e com as orientações para a capacitação de cuidadores formais em contexto institucional, considerando-se estes aspetos no planeamento das sessões de formação.

O planeamento das ações implementadas no contexto da intervenção direcionada aos cuidadores formais das IPSS, baseou-se em três estratégias chave: o empoderamento comunitário, a educação para a saúde e a comunicação em saúde. Estas estratégias, amplamente valorizadas no âmbito da Enfermagem Comunitária, representam componentes fundamentais para o desenvolvimento da literacia em saúde, da autonomia e do bem-estar dos indivíduos, grupos e comunidade envolvida (Laverack, 2008; Loureiro, 2015).

O empoderamento comunitário desempenha um papel primordial na implementação de estratégias de intervenção em saúde, especialmente no contexto IPSS. Esta abordagem visa fortalecer a capacidade dos indivíduos e das comunidades para que possam assumir um papel ativo na gestão da sua saúde e no cuidado aos outros, promovendo a participação ativa e estimulando a autonomia. De acordo com Laverack (2008), o empoderamento é essencial para melhorar a capacidade de decisão e a gestão das necessidades de saúde, tanto no nível individual quanto coletivo. Ao ser integrado nas sessões de educação para a saúde, não se limitou à partilha de conhecimento, mas também procurou promover a confiança dos cuidadores formais, incentivando a sua participação ativa no processo formativo e na melhoria contínua da prática. Laverack (2008) destacam que o empoderamento contribui diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, capacitando os cuidadores a tomar decisões informadas e a resolver problemas no contexto diário das IPSS.

Segundo a OMS (1998), a educação para a saúde é definida como um conjunto organizado de oportunidades de aprendizagem com a finalidade de melhorar a literacia em saúde. Este processo tem como objetivo promover o aumento do conhecimento e o desenvolvimento de competências pessoais, capacitando os indivíduos a tomar decisões informadas para promover a sua saúde e o bem-estar. A educação para a saúde transcende a mera transmissão de informação, ao criar condições favoreçam a autonomia necessária para adotar comportamentos saudáveis e gerir de forma mais eficaz as suas condições de saúde. Sendo assim, a implementação de estratégias de educação para a saúde, particularmente no contexto das IPSS, é crucial na promoção de uma cultura de saúde mais consciente e participativa, fomentando a inclusão e o empoderamento dos indivíduos na gestão da sua saúde, como defendido por Figueiredo e colaboradores (2021), que destacam a relevância da educação no fortalecimento da autonomia dos cuidadores formais nas instituições.

Em relação à capacitação de cuidadores formais, a comunicação em saúde é um elemento crucial para a eficácia da prestação de cuidados, nomeadamente no contexto da Enfermagem Comunitária. De acordo com Sequeira (2016), a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e clientes é fundamental para a promoção da saúde e para o sucesso das intervenções. Através de uma comunicação clara, empática e adaptada às necessidades dos indivíduos, é possível aumentar a adesão

a tratamentos, esclarecer dúvidas e reduzir a ansiedade dos clientes. Além disso, a comunicação em saúde não se limita à divulgação de informação técnica, mas envolve também a construção de uma relação de confiança, essencial para um cuidado centrado na pessoa. Assim, a promoção de competências comunicativas entre os cuidadores formais é um passo essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas IPSS, como defendido por Figueiredo e colaboradores (2021), que destacam a importância da comunicação no fortalecimento das relações de cuidado e na melhoria da prática profissional.

As três estratégias aplicadas, empoderamento comunitário, educação para a saúde e comunicação em saúde, são fundamentais para a capacitação dos cuidadores formais, pois possibilitam fortalecer as suas competências, promover a autonomia na prestação de cuidados e melhorar a qualidade da interação com os clientes, proporcionando assim uma melhoria geral dos cuidados prestados nas IPSS.

Estas abordagens contribuem para uma melhoria geral dos cuidados prestados nas IPSS, promovendo uma prática profissional mais eficaz e humanizada. O empoderamento comunitário, como defendido por Laverack (2008), fortalece a participação ativa dos cuidadores, enquanto a educação para a saúde, segundo Figueiredo e colaboradores (2021), facilita a tomada de decisões informadas. A comunicação em saúde, conforme destacado por Sequeira (2016), é crucial para estabelecer relações de confiança e assegurar cuidados centrados na pessoa, fundamentais para a adesão às intervenções e a promoção do bem-estar dos clientes.

A Tabela 7, apresenta os objetivos (metas) estabelecidos, as estratégias adotadas, as atividades realizadas e os indicadores utilizados para avaliar o progresso, permitindo assim uma análise detalhada da implementação das ações e dos resultados alcançados no processo de capacitação dos cuidadores formais. Esta abordagem sistemática proporciona uma visão clara da execução das intervenções, facilitando a avaliação da sua eficácia e a identificação de áreas que possam carecer de ajustes. A utilização de indicadores específicos possibilita medir de forma objetiva os avanços e as melhorias no desenvolvimento das competências dos cuidadores, garantindo o alinhamento com os objetivos definidos no início da intervenção.

Tabela 7 - Objetivos (metas), estratégias, atividades desenvolvidas e os indicadores

OBJETIVOS OPERACIONAIS (METAS)
<ol style="list-style-type: none">1. Que pelo menos 90% dos participantes demonstrem reconhecer a importância de cada temática, no final da sessão de educação para a saúde, através da sua participação ativa nas discussões ou respostas a questões orais;2. Que pelo menos 80% dos participantes sejam capazes de identificar corretamente pelo menos 3 procedimentos básicos de cada temática no final da sessão de educação para a saúde;3. Que 100% dos participantes recebam um tríptico com orientações sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros, durante a sessão de educação para a saúde;4. Que pelo menos 80% dos participantes respondam às perguntas do questionário de avaliação, imediatamente após a sessão de educação para a saúde.
ESTRATÉGIAS
<ul style="list-style-type: none">• Empoderamento comunitário;• Educação para a saúde;• Comunicação em saúde.
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
<p>A1: Elaboração de quinze sessões de educação para os cuidadores formais sobre a cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros, agendada para outubro, novembro e dezembro de 2025;</p> <p>A2: Elaboração de um tríptico por temática, nomeadamente sobre a cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros;</p> <p>A3: Construção de um questionário, por temática, para avaliação dos conhecimentos pré-existentes a sessão de educação;</p> <p>A4: Construção de um questionário, por temática, para avaliação dos conhecimentos adquiridos pós sessão de educação;</p> <p>A5: Construção de um questionário para avaliação da sessão de educação e formador.</p>
INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>Indicador de adesão:</p> <p>- Pelo menos 80% dos cuidadores formais da amostra participam nas sessões de educação para a saúde.</p> <p>Indicador de atividade:</p> <p>- Pelo menos 90% das sessões de educação para a saúde realizadas com participação ativa e avaliação da aquisição de conhecimentos.</p> <p>Indicador de resultado:</p> <p>- Pelo menos 80% dos participantes sejam capazes de identificar corretamente pelo menos 3 procedimentos básicos de cada temática no final da sessão de educação para a saúde;</p> <p>- Pelo menos 90% dos participantes demonstrem reconhecer a importância de cada temática, no final da sessão de educação para a saúde, através da sua participação ativa nas discussões ou respostas a questões orais;</p> <p>- Pelo menos 100% dos participantes recebam um tríptico com orientações sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e primeiros socorros, durante a sessão de educação para a saúde.</p>

Fonte: Elaboração própria, de acordo na metodologia de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

A Tabela 7 sistematiza os objetivos definidos, os respectivos indicadores de monitorização e os critérios de avaliação estabelecidos para o projeto, consistindo de um instrumento estruturante para o acompanhamento da sua implementação. A organização destes elementos possibilita assegurar a coerência entre objetivos, estratégias e resultados esperados, facilitando a monitorização contínua das ações desenvolvidas.

A análise dos indicadores delineados permite avaliar o grau de concretização dos objetivos propostos e identificar eventuais necessidades de reajuste das estratégias adotadas, garantindo a adequação das intervenções às necessidades formativas identificadas nos cuidadores formais. Deste modo, a tabela assume-se como um instrumento de suporte à avaliação e à tomada de decisão, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade das ações formativas implementadas.

A delimitação destas estratégias foi igualmente sustentada pelos princípios orientadores da ESCSP, em conformidade com o disposto no Regulamento n.º 428/2018, assumindo o Enfermeiro Especialista um papel estruturante enquanto agente promotor de mudança sustentada nos contextos de prática profissional (OE, 2018).

2.5. Preparação e execução do projeto

Considerando as necessidades formativas identificadas e as características da população-alvo, foi adotada uma abordagem pedagógica ativa e participativa, baseada na evidência científica e nos resultados do diagnóstico, como defendido por autores como Knowles (2024) sobre a andragogia e Figueiredo e colaboradores (2021) na capacitação de cuidadores. A estrutura da sessão de educação para a saúde foi estruturada em dois momentos complementares, conforme descrito no plano de sessão.

De forma a sistematizar o planeamento operacional do projeto, apresenta-se na Tabela 8 a correspondência entre os objetivos específicos, estratégias adotadas, intervenções implementadas e metas definidas.

Tabela 8 - Plano operacional do projeto

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	JUSTIFICAÇÃO	INTERVENÇÕES	METAS
Desenvolver competências dos cuidadores formais em primeiros socorros.	Sessões teórico-práticas com metodologia ativa e participativa; utilização de PowerPoint; demonstração e simulação prática; aplicação de questionário pré e pós sessão.	Baseado na andragogia e aprendizagem ativa; importância da capacitação contínua para melhoria da qualidade dos cuidados.	Sessões em cinco IPSS; abordagem da ativação do 112 e atuação em queimaduras, fraturas, hemorragias, convulsões e alterações do estado de consciência; treino prático com material de primeiros socorros; verificação das malas do SAD; aplicação de questionário pré e pós; distribuição de trípticos.	Aumentar o nível médio de conhecimentos; garantir que $\geq 80\%$ executam corretamente os procedimentos em simulação; corrigir inconformidades nas malas de primeiros socorros.
Desenvolver competências dos cuidadores formais na prestação de cuidados à pessoa com ostomia de eliminação.	Sessões teórico-práticas com modelos anatómicos; demonstração e treino supervisionado; utilização de material real; questionário pré e pós sessão.	Integração teoria-prática na aprendizagem de adultos; capacitação como estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados.	Abordagem dos tipos de ostomias, intervenções e práticas a evitar; treino de medição do estoma, cuidados à pele peri-estoma e aplicação de dispositivos; aplicação de questionário pré e pós; distribuição de trípticos.	Aumentar o nível médio de conhecimentos; garantir que $\geq 80\%$ executam corretamente os procedimentos em simulação; reduzir práticas inadequadas identificadas.
Desenvolver competências dos cuidadores formais na prestação de cuidados à pessoa com ostomia de alimentação.	Sessões teórico-práticas com demonstração e simulação; utilização de dispositivos de PEG; avaliação pré e pós sessão.	Educação em saúde promotora de autonomia e segurança; importância da avaliação contínua no desenvolvimento de competências.	Abordagem dos cuidados de manutenção e alimentação por PEG; treino prático de manipulação, aspiração e instilação de líquidos; reforço da prevenção de complicações; aplicação de questionário pré e pós; distribuição de trípticos.	Aumentar o nível médio de conhecimentos; garantir que $\geq 80\%$ executam corretamente os procedimentos em simulação; reduzir práticas inadequadas identificadas.

Fonte: Elaboração própria, de acordo nos dados recolhidos.

O primeiro momento consiste numa exposição teórica, com duração máxima de vinte minutos, sustentada por uma apresentação em PowerPoint (Apêndice XII, XIII e XIV), que utiliza uma linguagem clara e objetiva, complementada por imagens e diagramas que facilitam a compreensão do conteúdo. O segundo momento é dedicado à demonstração prática, com a participação ativa dos cuidadores formais, permitindo-lhes observar e a realizar procedimentos em cenário simulados.

Além disso, durante as sessões, foram distribuídos trípticos/folhetos informativos (Apêndice XV, XVI e XVII), com o objetivo de complementar os conteúdos abordados, proporcionando material de apoio que facilita a retenção da informação pelos participantes. A utilização de materiais informativos está em concordância com as boas práticas de educação para a saúde, como destacado por Sequeira (2016), que destaca a importância de recursos visuais e escritos no processo de aprendizagem de adultos. Para garantir a eficácia das simulações práticas, foram igualmente definidos os recursos materiais

indispensáveis, como kits de ostomia, sondas PEG, equipamentos para primeiros socorros e outros dispositivos necessários. A execução do projeto envolveu a articulação com as direções das IPSS envolvidas, USP B e com a UCC A, para a planificação e coordenação das sessões formativas, assegurando a adequação do conteúdo às necessidades dos cuidadores formais.

A sessões de educação para a saúde dos assistentes operacionais envolveram tanto componentes teóricas como práticas, uma vez que a aprendizagem efetiva em adultos depende da integração entre o conhecimento pré-existente, o contexto profissional e a aplicação prática. A vertente teórica proporciona os alicerces necessários sobre cuidados, segurança e procedimentos, enquanto a vertente prática visa consolidar estes conceitos e desenvolver competências específicas pertinentes para a realidade profissional dos participantes. Para avaliar os conhecimentos prévios dos participantes, pré sessão, foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos (Apêndices XVIII, XIX e XX), o qual serviu como referência para comparar os conhecimentos adquiridos pós sessão. O mesmo questionário foi reaplicado no final da sessão de educação para a saúde (Apêndices XXI, XXII e XXIII), possibilitando uma análise comparativa e a avaliação da evolução no conhecimento dos cuidadores formais, como sugerido por Knowles (2024), que destaca a importância da avaliação contínua no processo de aprendizagem de adultos.

No âmbito da execução do projeto, foram realizadas sessões de educação para a saúde dirigidas aos assistentes operacionais de cinco IPSS, maioritariamente afetos ao Serviço de Apoio Domiciliário, incidindo nas temáticas dos primeiros socorros, cuidados à pessoa com ostomias de eliminação e cuidados à pessoa com ostomias de alimentação - PEG. Estas sessões tiveram como objetivo reforçar conhecimentos e desenvolver competências práticas, promovendo uma prestação de cuidados segura, eficaz e adequada às necessidades das pessoas cuidadas. A capacitação dos assistentes operacionais é fundamental para garantir uma abordagem integrada e qualificada no cuidado, como defendem Figueiredo e colaboradores (2021), que salientam a importância da formação contínua para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a educação em saúde, conforme afirmado por Laverack (2008), é fundamental para promover a autonomia dos cuidadores formais e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes das IPSS.

A preparação das sessões envolveu a definição de conteúdos programáticos ajustados às necessidades formativas identificadas no diagnóstico da situação, bem como a seleção de metodologias pedagógicas e de material de apoio à componente prática, alinhada com os princípios da educação de adultos e da aprendizagem ativa (Knowles, 2024). Antes do início de cada sessão, foi aplicado um questionário de avaliação dos conhecimentos prévios, com o intuito de caracterizar o nível de conhecimento existente. Este questionário foi reaplicado, de forma anónima, no final da sessão, permitindo avaliar os

conhecimentos adquiridos. A avaliação prévia e posterior é uma estratégia essencial para medir a eficácia das intervenções formativas e ajustar o processo de ensino-aprendizagem, como afirmam DeVellis e Thorpe (2022), que destacam a importância da avaliação contínua no desenvolvimento de competências.

As sessões de primeiros socorros abordaram conceitos fundamentais, a correta ativação do sistema de emergência médica (112) e o papel dos assistentes operacionais na resposta inicial à vítima, incidindo-se em situações frequentes em contexto institucional e domiciliário, tais como queimaduras, fraturas, hemorragias, convulsões e alterações do estado de consciência. A metodologia adotada privilegiou a integração entre a componente teórica e prática, utilizando material de demonstração, como talas, compressas, ligaduras, soro fisiológico e pensos, permitindo a realização de exercícios práticos para treino de procedimentos essenciais. Adicionalmente, foi realizada uma verificação das malas de primeiros socorros nas viaturas do Serviço de Apoio Domiciliário, avaliando a sua composição, o conteúdo e as datas de validade dos materiais. Este processo identificou lacunas na manutenção e atualização dos kits, reforçando a necessidade de uma monitorização periódica para garantir a eficácia e a segurança no atendimento em primeiros socorros.

Nas sessões dedicadas aos cuidados à pessoa com às ostomias de eliminação, a preparação envolveu a abordagem teórica e prática do conceito de ostomia, dos diferentes tipos de ostomias, das intervenções do assistente operacional, bem como do material necessário para a prestação de cuidados. Foram abordados, ainda, os procedimentos de remoção e colocação dos dispositivos, as observações essenciais a serem feitas durante o cuidado e das práticas a serem evitadas. A metodologia adotada foi teórico-prática, utilizando modelos anatómicos de abdómen com diferentes tipos de ostomias, dispositivos de ostomia e diversos materiais de proteção cutânea. Esta abordagem permitiu que os cuidadores formais, sob orientação, realizassem a medição do estoma, prestassem cuidados à pele peri estoma e aplicassem corretamente os dispositivos de ostomia. Esta estratégia contribuiu para o fortalecimento da confiança dos participantes, uniformização de procedimentos e a redução de práticas inadequadas.

As sessões sobre aos cuidados à pessoa com ostomias de alimentação focaram-se na PEG, abordando tanto os cuidados de manutenção como os cuidados durante a alimentação, com ênfase nas intervenções do assistente operacional e nos procedimentos a evitar. A componente prática foi centrada na manipulação da PEG, na aspiração de conteúdo gástrico e na instilação de líquidos, utilizando dispositivos de PEG, seringas cónicas, copos, água e compressas. Estas atividades permitiram aos cuidadores formais praticar as técnicas em contexto simulado, desenvolvendo competências essenciais para a prestação segura e eficaz de cuidados. A prática orientada não só garantiu a execução

correta dos procedimentos, mas também teve um papel elementar na prevenção de complicações, como obstruções e infeções. Ao agregar teoria e prática de forma complementar, procurou-se fortalecer a confiança dos cuidadores e uniformizar as práticas, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado prestado à pessoa com ostomia de alimentação nas IPSS.

No final de cada sessão, foi distribuído material informativo na forma de tríptico e aplicado um questionário de avaliação, com o objetivo de obter o feedback dos participantes sobre a adequação dos conteúdos, das metodologias utilizadas e da eficácia das sessões de educação para a saúde. Este procedimento permitiu ajustar a intervenção formativa às necessidades reais dos cuidadores formais, enquanto promoveu a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

2.6. Avaliação do projeto

A avaliação constitui uma etapa fundamental no planeamento em saúde, pois permitindo avaliar a eficácia das intervenções e o grau de cumprimento dos objetivos definidos. No presente projeto, a avaliação foi organizada em dois momentos complementares: a avaliação da aquisição de conhecimentos e a avaliação da satisfação dos participantes (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020). Este processo de avaliação contínua, conforme sugerido por Knowles (2024), é fundamental na educação de adultos, uma vez que possibilita ajustar estratégias pedagógicas e maximizar a relevância das ações formativas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados nas IPSS.

Tabela 9 - Indicadores de atividade e indicadores de resultado

Indicadores de Atividade	Meta	Resultado
Nº de sessões com participação ativa e evidência de aquisição de conhecimentos (15) / Nº de sessões (15) x 100%	100%	100%
Nº de participantes que participaram nas sessões de educação para a saúde/ Nº de participantes da amostra x 100%	70%	97%
Nº de participantes que receberam o tríptico sobre as temáticas/ Nº de participantes presentes na sessão x 100%	100%	100%
Indicadores de Resultado	Meta	Resultado
Nº de participantes que identificaram corretamente pelo menos três procedimentos básicos por temática no final da sessão/ Nº de participantes que respondeu x 100%	80%	100%
Nº de participantes com participação ativa nas discussões ou respostas a questões orais/ Nº de participantes que respondeu x 100%	90%	100%
Avaliação do desempenho do formador pelos participantes (questionário)	80%	95%
Avaliação geral da sessão de educação para a saúde pelos participantes (questionário)	80%	95%

Fonte: Elaboração própria, de acordo na metodologia de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

A análise dos indicadores de atividade (Tabela 9) evidencia o cumprimento integral das 15 sessões de educação para a saúde previstas (100%), bem como uma elevada taxa de participação (97%), justificada pela ausência pontual de um participante. A totalidade dos participantes recebeu os materiais informativos distribuídos. Relativamente aos indicadores de avaliação, verificou-se o cumprimento ou superação das metas estabelecidas. Todos os participantes identificaram corretamente pelo menos três procedimentos por temática (100%), e a participação ativa atingiu igualmente 100%. A avaliação do desempenho do formador e da sessão registou uma taxa média de satisfação de 95%, alcançando a meta definida (80%).

Esta avaliação confirma a adequação das estratégias pedagógicas utilizadas, alinhadas com os princípios da andragogia (Knowles, 2024) e com a valorização da formação contínua como instrumento de melhoria da qualidade dos cuidados (Figueiredo et al., 2021).

A avaliação dos conhecimentos foi realizada através de questionários aplicados antes e após as sessões de educação para a saúde. O pré-teste serviu para caracterizar o nível de conhecimento inicial dos participantes, enquanto o pós-teste permitiu avaliar o impacto imediato da intervenção. Esta abordagem possibilitou uma análise comparativa entre os dois momentos, revelando um aumento nas pontuações médias, o que indicou uma evolução positiva nos conhecimentos dos cuidadores formais. (Apêndice XXIV).

Para avaliação dos dados obtidos, foi criada uma base de dados no Excel (Apêndices XXV, XXVI e XXVII), nas qual foram registadas as respostas dos questionários de todos os participantes, organizadas de acordo com as três temáticas abordadas durante as sessões de educação para a saúde. Este processo permitiu uma gestão eficiente e transparente dos dados, facilitando a análise comparativa entre os conhecimentos adquiridos antes e após as sessões de educação para a saúde.

Adicionalmente, a avaliação identificou alguns pontos a melhorar, nomeadamente a duração e o horário das sessões. Sugeriu-se que estas fossem realizadas durante o horário laboral habitual, de forma a adaptarem-se à realidade dos participantes. Esta necessidade de adaptação às condições reais dos participantes é destacada pelos princípios da educação de adultos (Knowles, 2024) e pela importância de considerar o contexto profissional dos cuidadores formais (Figueiredo et al., 2021).

Simultaneamente, ao longo das sessões de educação para a saúde, surgiram, além dos resultados obtidos nos questionários e da avaliação da satisfação dos participantes (Apêndices XXVIII e XXIX). Constatou-se, nas sessões de primeiros socorros, que algumas viaturas não dispunham de malas de primeiros socorros, enquanto outras apresentavam kits com produtos fora de validade. Esta situação

compromete a eficácia do material em situações críticas, destacando a urgência de assegurar que todas as viaturas sejam equipadas com kits completos e dentro do prazo de validade. A gestão adequada desses materiais é essencial para garantir a qualidade e a segurança no atendimento de emergência, como defendem Figueiredo e colaboradores (2021) e Laverack (2008), que ressaltam a importância da preparação e monitorização contínua das condições de emergência nas IPSS.

Segundo DeVellis e Thorpe (2022), a organização eficaz dos dados é essencial para garantir a fiabilidade e a validade dos resultados de um estudo. Além disso, a utilização de ferramentas como o Excel possibilita uma análise eficiente e facilita a gestão dos dados, como defendido por Laverack (2008), que ressalva a importância da organização e análise de dados na avaliação da eficácia das intervenções em saúde.

A análise comparativa revelou ganhos globais de conhecimento, com variações por temática:

- Cuidados à pessoa com ostomia de alimentação: aumento de 3,5%;
- Cuidados à pessoa com ostomia de eliminação: aumento de 1%, destacando-se melhoria significativa na componente prática;
- Primeiros socorros: aumento de 4,3%, sendo esta a área inicialmente associada a maior índice de dúvidas.

A satisfação dos participantes foi avaliada através de questionário aplicado no final das sessões (Apêndice XXIV). A taxa global de satisfação foi de 95%, destacando-se a clareza da exposição, pertinência dos conteúdos e aplicabilidade prática. Este instrumento de avaliação permite refletir sobre a qualidade da implementação das sessões, fornecendo informações detalhadas sobre a perceção dos participantes quanto à clareza, relevância e eficácia das atividades desenvolvidas. A utilização deste tipo de avaliação complementa os indicadores de resultados e é essencial para a melhoria contínua do processo formativo, alinhando-se com a prática recomendada pela literatura (Knowles, 2024), que defende a importância de recolher feedback dos participantes para adaptar e otimizar as abordagens pedagógicas.

Foi solicitado por uma IPSS a elaboração de uma lista de materiais essenciais (Apêndice XXX) e uma tabela de monitorização de prazos de validade. Esta medida promoveu a melhoria da segurança institucional, em consonância com a importância da monitorização contínua das condições de emergência (Figueiredo et al., 2021; Laverack, 2008; Sequeira, 2016).

3. ANÁLISE E REFLEXÃO

No âmbito deste capítulo procede-se à análise e reflexão crítica dos resultados alcançados no estudo desenvolvido, possibilitando uma leitura integrada e fundamentada dos dados recolhidos. Ao longo deste ponto, pretende-se interpretar os principais achados à luz dos objetivos anteriormente definidos, articulando-os com a evidência científica atual e com os referenciais conceptuais que sustentam a intervenção em ECSP (Sequeira, 2016; Souza e Silva et al., 2019).

3.1. Discussão dos resultados

Os resultados alcançados neste projeto evidenciam coerência com os objetivos inicialmente definidos, possibilitando oferecer uma resposta estruturada, coerente e devidamente fundamentada à questão de investigação formulada: “Identificar as necessidades formativas dos cuidadores formais das IPSS”. A análise dos dados confirma a relevância e magnitude da problemática em estudo, revelando que a insuficiente formação específica destes profissionais consiste num componente crucial com impacto direto na segurança e qualidade dos cuidados prestados, fundamentando plenamente a implementação de uma intervenção em ECSP (Imperatori & Giraldes, 1993; OMS, 2021a). A formação contínua dos cuidadores formais é uma estratégia crucial para garantir a qualidade dos cuidados, alinhando-se com as boas práticas em Saúde Pública e Enfermagem Comunitária, que defendem a capacitação constante como elemento fundamental para a promoção de um atendimento seguro e de qualidade (Figueiredo et al., 2021; Souza e Silva et al., 2019).

A caracterização sociodemográfica e profissional da amostra revelou um predomínio do sexo feminino (97,3%), alinhando-se com a literatura existente, que evidencia um predomínio do sexo feminino nas profissões associadas ao cuidado, refletindo um padrão de desigualdade de género no setor (Guerra et al., 2019; Santos et al., 2022). Adicionalmente, observou-se a prevalência de cuidadores formais em idade ativa, com especial incidência entre os 40 e os 59 anos, corroborando estudos que evidenciam maior estabilidade e permanência profissional nesta fase da vida, particularmente em contextos institucionais como as IPSS (Figueiredo et al., 2021; Rego, 2023). A experiência profissional superior a 10 anos, observada em 43,2% dos participantes, evidencia a continuidade no exercício da função, frequentemente associado ao desenvolvimento de competências específicas, mas também a maiores exigências físicas e emocionais, conforme descrito na literatura sobre cuidadores formais e desgaste profissional (Antunes, 2023; OMS, 2021a). Embora detentores de experiência consolidada, verificou-se que 56,8% dos cuidadores não possuíam formação específica na área da saúde ou dos cuidados. Estes dados sustentam a literatura nacional e internacional, que caracteriza este grupo profissional

como maioritariamente feminino, envelhecido e frequentemente com formação base limitada, o que fomenta vulnerabilidades no desempenho de cuidados tecnicamente mais complexos (Figueiredo et al., 2021; Rego, 2023).

No âmbito da avaliação das necessidades formativas, os resultados extraídos através da aplicação do questionário QNC – Cuidar revelaram uma perceção globalmente positiva das competências dos cuidadores formais, com valores médios superiores a 3 na maioria dos itens avaliados. Evidenciaram-se como áreas de maior domínio percebido os cuidados de higiene e conforto ($\bar{x} = 3,62$; DP = 0,49), a prevenção e controlo de infeções ($\bar{x} = 3,59$; DP = 0,50) e o apoio à medicação por via oral ($\bar{x} = 3,54$; DP = 0,56), o que poderá estar relacionado à frequência com que estas intervenções são executadas na prática profissional diária.

Em contraste, destacam-se como áreas de maior fragilidade a alimentação por PEG ($\bar{x} = 2,51$; DP = 1,12), os cuidados à pessoa com ostomia ($\bar{x} = 2,97$; DP = 0,93) e a resposta a situações de emergência e primeiros socorros ($\bar{x} = 2,97$; DP = 0,76). Estes resultados confirmam a existência de lacunas formativas pertinentes em domínios de maior complexidade técnica, justificando a necessidade de intervenção formativa direcionada, conforme descrito na literatura, que reconhece estas áreas como especialmente críticas em contexto domiciliário e institucional (Antunes, 2023; Rego, 2023; OMS, 2021a). Estes resultados reforçam a evidência existente sobre a importância da identificação sistemática de necessidades formativas como base para intervenções eficazes em ECSP.

Relativamente à qualidade psicométrica do instrumento utilizado, o questionário QNC – Cuidar revelou uma excelente consistência interna, comprovada por um coeficiente *alfa* de *cronbach* de 0,94, valor considerado indicador de fiabilidade muito elevada (Marôco, 2018). Este resultado sustenta a robustez metodológica do estudo e a confirma a adequação do instrumento para a avaliação das necessidades formativas dos cuidadores formais, concedendo maior credibilidade às conclusões retiradas. A seleção de instrumentos válidos e fiáveis constitui, assim, uma expressão do julgamento clínico especializado do EEECS, ao assegurar decisões fundamentadas e intervenções ajustadas à realidade comunitária.

A análise das correlações entre as variáveis sociodemográficas e as necessidades formativas, efetuada através do coeficiente de *Spearman*, possibilitou identificar associações entre fatores como a experiência profissional, a formação prévia e a perceção de competências em determinadas áreas de cuidado. Estes achados fortalecem a importância de uma abordagem formativa diferenciada e contextualizada, tal como recomendado pelo planeamento em saúde, permitindo adaptar as

estratégias de intervenção às características específicas da população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

A identificação das áreas prioritárias de intervenção orientou à formulação de diagnósticos de enfermagem em concordância com a CIPE, sobretudo o conhecimento insuficiente sobre alimentação por PEG, primeiros socorros e cuidados à pessoa com ostomia. A formulação destes diagnósticos destaca o exercício do julgamento clínico especializado do EEECS, traduzindo a capacidade de compreender dados quantitativos, analisar criticamente a realidade comunitária e transformar necessidades identificadas em problemas de saúde passíveis de intervenção organizada (Melo, 2020; OE, 2018, 2019a).

A intervenção desenvolvida encontra-se alicerçada nos referenciais teóricos que enquadram este projeto, nomeadamente a Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King, que se destaca pela participação ativa dos cuidadores formais na identificação das suas necessidades e na definição de objetivos formativos, promovendo a negociação, o envolvimento e a responsabilização no processo de aprendizagem (Smith & Parker, 2015). Simultaneamente, o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, apoia a intervenção ao destacar o reforço da autoeficácia, da motivação e da adoção de comportamentos promotores de práticas seguras, sustentáveis e orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Pender et al., 2013).

A intervenção em sessões de educação para a saúde demonstrou um aumento significativo dos conhecimentos dos cuidadores formais, especialmente nas áreas previamente identificadas com menor nível de domínio. Estes resultados não só comprovam a evidência científica que revela que intervenções formativas organizadas contribuem para o aumento e desenvolvimento de competências, da confiança e da segurança na prestação de cuidados, assim como também se encontram alinhados com os referenciais teóricos da enfermagem acima referidos, que enfatizam a capacitação, a promoção da autonomia e o empoderamento dos indivíduos como pilares essenciais da intervenção em saúde. Deste modo, a educação para a saúde constitui-se como uma estratégia eficaz de intervenção em saúde pública dirigida a grupos profissionais, promovendo cuidados de maior qualidade e mais seguros (Figueiredo et al., 2021; OMS, 2021a). Deste modo, os resultados alcançados possibilitam uma resposta fundamentada e consistente ao objetivo delineado para o projeto, corroborando a relevância e adequação da intervenção implementada.

Em síntese, os resultados alcançados afirmam a pertinência do problema identificado, confirmam a necessidade de intervenção formativa contínua e destacam o contributo do EEECS na capacitação

dos cuidadores formais, proporcionando cuidados mais seguros, qualificados e centrados na pessoa, com impacto positivo na comunidade.

3.2. Limitações do projeto

Embora o projeto apresente pertinência e contributos relevantes, revela-se primordial reconhecer, de forma crítica e fundamentada, algumas limitações metodológicas e operacionais que condicionam a interpretação dos resultados e devem ser presentes na leitura global do presente estudo, assim como no planeamento de futuras intervenções em contexto comunitário.

A principal limitação metodológica prende-se com o tipo de amostragem utilizado. A amostra foi constituída por conveniência, integrando um total de 37 cuidadores formais ($n = 37$), provenientes de IPSS localizadas num único concelho. Este desenho não probabilístico limita a representatividade da amostra e, naturalmente, a generalização dos resultados a outras realidades institucionais ou contextos geográficos distintos. A ausência de randomização na constituição da amostra poderá ter condicionado a diversidade de experiências e práticas profissionais dos participantes, influenciando os resultados obtidos, conforme amplamente descrito na literatura metodológica (Marôco, 2018).

Importa ainda referir como outra limitação pertinente, os constrangimentos temporais associados ao contexto de estágio, que limitaram a implementação de intervenções de maior duração e a viabilidade de avaliação dos impactos a médio e longo prazo. Embora os resultados do pós-teste demonstrem melhorias significativas ao nível dos conhecimentos dos cuidadores formais, não foi possível analisar a sustentabilidade destas aquisições ao longo do tempo, nem a efetiva aplicação dos conhecimentos no desempenho profissional quotidiano. A ausência de um momento de follow-up limita, assim, a perceção do impacto real da intervenção na mudança de comportamentos e práticas de cuidado, aspeto igualmente mencionado em estudos semelhantes (Rego, 2023).

Adicionalmente, a avaliação das necessidades formativas e dos ganhos em conhecimento baseou-se na aplicação de um único instrumento de recolha de dados, o questionário QNC – Cuidar. Apesar da elevada consistência interna referida pelo instrumento, a utilização exclusiva de uma metodologia quantitativa poderá ter restringido a profundidade da análise. A integração de metodologias qualitativas, como entrevistas semiestruturadas ou grupos focais, poderia ter permitido explorar de forma mais aprofundada as perceções, experiências e dificuldades vivenciadas pelos cuidadores formais no processo formativo, enriquecendo a interpretação dos resultados (Coluci et al., 2015).

Importa ainda referir que a disponibilidade de recursos materiais e organizacionais nas IPSS poderia ter influenciado a aplicação prática dos conteúdos abordados durante a sessão, constituindo um fator externo não controlável no âmbito deste projeto, mas a mesma foi colmatada pelo investigador. Esta limitação salienta a importância de considerar o contexto institucional na execução e implementação de futuras intervenções formativas (Figueiredo et al., 2021).

Durante o desenvolvimento do projeto foram identificadas algumas dificuldades, particularmente constrangimentos temporais, disponibilidade limitada dos cuidadores e necessidade de adaptação dos conteúdos formativos à diversidade institucional. Estas limitações foram ultrapassadas através de uma articulação estreita com as instituições envolvidas, flexibilidade na organização das sessões e adequação pedagógica dos conteúdos, demonstrando capacidade de adaptação, autonomia e responsabilidade profissional.

Face às limitações identificadas, sugere-se que futuros estudos incluam amostras mais alargadas e diversificadas, recorram a metodologias mistas e envolvam momentos de avaliação pós sessão de educação para a saúde a médio e longo prazo, de modo a aferir a durabilidade dos conhecimentos adquiridos e o impacto efetivo das intervenções na prática profissional. Estas estratégias poderão contribuir para o reforço da evidência científica e para a otimização das intervenções em ECSP.

3.3. Competências adquiridas

A implementação deste projeto constituiu uma oportunidade significativa para o aprofundamento e consolidação de competências profissionais, enquadradas no exercício do EEECS, bem como para a valorização das competências dos cuidadores formais envolvidos no processo formativo, em consonância com o perfil de competências definido pela OE (2018, 2019b). A natureza do projeto, baseado na metodologia de planeamento em saúde e na intervenção comunitária, possibilitou incorporar saberes científicos, técnicos e éticos, fundamentais à prática especializada, conforme preconizado pela literatura no domínio da ECSP (Imperatori e Galdes, 1993; OE, 2018, 2019b).

Na área das competências comuns do Enfermeiro Especialista, previstas no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019b), destaca-se o desenvolvimento de competências associadas à responsabilidade profissional, ética e legal, à tomada de decisão baseada na evidência científica e à comunicação eficaz com diferentes intervenientes. A condução do projeto respeitou rigorosamente os princípios éticos da investigação, particularmente no que concerne ao consentimento informado, à confidencialidade dos dados e ao respeito pela autonomia dos participantes, demonstrando maturidade profissional e

juízo ético, em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados em ECSP (OE, 2015, 2018).

A implementação da metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1993) permitiu consolidar competências essenciais ao nível do diagnóstico de situação, identificação e priorização de necessidades, definição de objetivos e planeamento de intervenções adaptadas à realidade comunitária. A aplicação do instrumento de colheita de dados válidos e fiáveis, como o questionário QNC – Cuidar, assim como a análise crítica dos resultados alcançados, fortaleceu as competências metodológicas e analíticas fundamentais à prática especializada e à fundamentação das decisões clínicas e organizacionais (Marôco, 2018).

No âmbito das competências específicas do EEECS, conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018), este projeto permitiu o desenvolvimento de capacidades avançadas na capacitação de grupos profissionais considerados vulneráveis, na promoção da literacia em saúde e na intervenção sobre determinantes sociais da saúde. A identificação das necessidades formativas dos cuidadores formais, a formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE e a definição de áreas prioritárias de intervenção refletem o exercício do julgamento clínico especializado e a orientação da prática para a promoção de cuidados seguros, adequados e centrados na pessoa, em conformidade com os princípios da prática profissional e da tomada de decisão baseada na evidência recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (2019a e 2019b).

A intervenção desenvolvida foi apoiada em referenciais teóricos da enfermagem, nomeadamente a Teoria do Alcance de Metas, de Imogene King, e o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender. A Teoria de King possibilitou estruturar a relação interpessoal e a definição partilhada de objetivos formativos com os cuidadores formais, promovendo a comunicação, a negociação e o envolvimento ativo no processo de aprendizagem (Smith & Parker, 2015). Por sua vez, o Modelo de Pender apoiou a intervenção ao valorizar o reforço da autoeficácia, da motivação e da adoção de comportamentos promotores de práticas seguras e saudáveis no contexto profissional (Pender et al., 2013).

O contacto direto e continuado com as IPSS e com a UCC possibilitou aprofundar competências de trabalho em rede, articulação interinstitucional e coordenação de intervenções em contexto comunitário. Esta experiência permitiu reforçar a capacidade de liderança, de adaptação às dinâmicas organizacionais e de intervenção colaborativa, consolidando uma prática autónoma, crítica e reflexiva, essencial ao exercício profissional do EEECS. Este percurso permitiu consolidar competências de

investigação aplicada, autonomia científica e capacidade de transferência do conhecimento para a prática (OE, 2018, 2019b).

Em síntese, o desenvolvimento deste projeto possibilitou consolidar competências comuns, específicas e de nível de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), destacando a capacidade de incluir conhecimento científico, teorias de enfermagem e prática profissional. Este percurso formativo reforça o papel do Enfermeiro Especialista como agente de mudança, promotor do empowerment comunitário e interveniente ativo na melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados em saúde comunitária e de saúde pública.

A implementação das atividades previamente delineadas, aliada à elaboração e posterior defesa do presente relatório, assumiu-se como um eixo estruturante no processo de consolidação, aprofundamento e demonstração das competências adquiridas. Este percurso permitiu não apenas evidenciar o desenvolvimento técnico-científico alcançado, mas também sustentar, de forma reflexiva e fundamentada, a integração dessas competências na prática profissional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto permitiu avaliar e intervir sobre as necessidades formativas dos cuidadores formais em contexto de IPSS, tendo como finalidade a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (OMS, 2020b). A intervenção desenvolvida, assenta na metodologia de planeamento em saúde, permitiu responder de forma clara e fundamentada aos objetivos inicialmente delineados, evidenciando a pertinência e adequação das estratégias implementadas (Imperatori e Geraldes, 1993). Os resultados obtidos possibilitaram afirmar que os objetivos delineados inicialmente foram alcançados, evidenciando a pertinência da intervenção desenvolvida no âmbito da ECSP.

No que respeita as competências comuns do Enfermeiro Especialista, o projeto permitiu consolidar capacidades de planeamento, gestão e avaliação em saúde, fundamentais à intervenção comunitária (OE, 2019b). A aplicação da metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1993) revelou-se decisiva para a identificação estruturada das necessidades formativas, definição de prioridades e execução de uma intervenção adaptada à realidade institucional, em consonância com os referenciais normativos da OE (2018, 2019b). A evidência científica consultada constituiu o alicerce da tomada de decisão ao longo do projeto, assegurando a qualidade metodológica e o cumprimento dos princípios éticos da intervenção. A capacidade de planear, implementar e avaliar intervenções sustentadas na evidência científica, ancoradas no pensamento crítico, na decisão ética e na responsabilidade profissional, revelou-se central neste percurso. A seleção de instrumentos de colheita de dados válidos e fiáveis, associada a uma análise rigorosa dos resultados, traduziu-se numa expressão consistente do julgamento clínico especializado do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b; Polit & Beck, 2021).

Relativamente às competências específicas do EEECS, conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 da OE, o projeto evidenciou o exercício do julgamento clínico especializado na identificação de necessidades em saúde, formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE, definição de prioridades e desenvolvimento de intervenções formativas dirigidas a grupos profissionais. A intervenção desenvolvida reflete uma prática orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e capacitação comunitária (Melo, 2020; OE, 2018, 2019a, 2019b; OMS, 2021a; Stanhope & Lancaster, 2019).

Relativamente às competências inerentes ao grau de mestre, o desenvolvimento deste projeto evidenciou a capacidade de investigação aplicada, análise crítica e integração do conhecimento científico na prática profissional. Os procedimentos metodológicos do estudo, a recolha e análise dos

dados e a avaliação dos resultados obtidos permitiram consolidar conhecimento científico e a capacidade de transferência do conhecimento para a prática em ECSP, contribuindo para intervenções fundamentadas, contextualizadas e sustentáveis (Marôco, 2018; OMS, 2021a; Polit & Beck, 2021)

Os ganhos sensíveis aos cuidados favoreceram no aumento dos conhecimentos dos cuidadores formais nas áreas intervencionadas, na melhoria da segurança e confiança na prestação de cuidados e na valorização do cuidador formal como eixo central da intervenção de enfermagem comunitária. Estes ganhos demonstram potencial impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados às pessoas dependentes das IPSS e na promoção da saúde (Figueiredo et al., 2021; OMS, 2021a; Rego, 2023).

Face aos resultados alcançados, aconselha-se intervenções formativas frequentes dirigidas aos cuidadores formais, integradas nos planos institucionais das IPSS, assim bem como o reforço da formação contínua em áreas técnicas mais complexas. Relativamente às políticas de saúde, torna-se fundamental promover estratégias que valorizem a capacitação destes profissionais e garantam condições organizacionais favoráveis à segurança e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019b; OMS, 2020b, 2021a).

No que concerne à continuidade do projeto, sugere-se a replicação do projeto noutros contextos institucionais, a realização de estudos com amostras mais alargadas e a avaliação dos impactos das intervenções a médio e longo prazo, fortalecendo a produção de conhecimento aplicável para a prática da ECSP.

Importa ainda salientar que o projeto de intervenção desenvolvido se encontra alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), incorporando uma perspetiva de sustentabilidade na prática da ECSP. Nomeadamente, evidencia-se o contributo para o ODS 3 – Saúde de qualidade, ao promover cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa idosa e dependente, bem como para o ODS 4 – Educação de qualidade, através da capacitação e valorização dos cuidadores formais enquanto recursos cruciais na prestação de cuidados. Adicionalmente, o ODS 10 – Redução das desigualdades é também um pilar importante deste projeto, pois a formação e capacitação dos cuidadores formais contribuem para a diminuição das desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade, promovendo uma distribuição mais equitativa dos conhecimentos e competências entre todos os profissionais envolvidos no cuidado à pessoa idosa e dependente. Esta abordagem reforça o papel do EEECSF na promoção da saúde, na redução das desigualdades e no fortalecimento de comunidades mais capacitadas e resilientes, articulando a intervenção local com os compromissos globais definidos na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (DGS, 2022a; OMS, 2021b).

Em síntese, o desenvolvimento deste projeto permitiu consolidar competências comuns, específicas e de nível de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), realçando a capacidade de integrar conhecimento científico, teoria de enfermagem e prática profissional. Este percurso formativo destaca o papel do Enfermeiro Especialista como agente de mudança, promotor da capacitação comunitária e agente ativo na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados em saúde comunitária e de saúde pública (OMS, 2020b).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, M. D. (2023). *A importância da gestão da saúde no comportamento de cuidadores formais em instituições de longa permanência: Um estudo de caso*. Tese de Mestrado, orientada pela Professora Rita Espanha. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

Boateng, G.O.; Neilands, T.B.; Frongillo, E.A.; Melgar-Quiñonez, H.R.; Young, S.L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*. 6(149). Acedido a 29/05/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>

Coluci, M.; Alexandre, N. & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(3), 925-936. Acedido a 10/05/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>

Comissão Europeia (2021). *Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Acedido a 11/06/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.2767/183997>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2021). *Recomendações para a elaboração de consentimento informado*. Acedido a 29/05/2025. Disponível em: <https://www.cnecev.pt>

Daly, J. and Lumley, J. (2007). The Editors' responsibility. Australian and New Zealand. *Journal of Public Health*, 31: 303-304. Acedido a 11/06/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00074.x>

Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República, n.º 157/2018, série I, 16 Agosto. Acedido a 24/04/2025. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

DeVellis, R. F. & Thorpe, C. T. (2022). *Scale Development Theory and Applications*. 5ª Editions. Sage publications inc. ISBN: 9781544379340

DGS. (2022a). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável de tod@s para Tod@s. Acedido a 28/12/2025. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>

DGS. (2022b). *Norma n.º 015/2022 - Capacitação dos cuidadores formais e informais em contexto de cuidados domiciliários*. Acedido a 28/06/2025. <https://www.dgs.pt>

Fernandes, A.; Araujo, M.; Velloso, Isabela, S. & Mattar e Silva, T. (2022) O papel do cuidador formal de idosos: facilidades e dificuldades no exercício do cuidado. *Journal Nursing and Health*. 12(3): e2212321355. Acedido a 09/10/2025. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1426054/2.pdf>

Figueiredo, M; Gutierrez, D., Darder, J., Silva, R. & Carvalho, M. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (01) Acedido a 24/11/2025. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>

Gomes, A. C. R. (2023). *Práticas pedagógicas anunciadas sob o olhar do pensamento complexo e da criatividade*. Dissertação de Mestrado, orientada pela Professora Doutora Maria José Pinho. Universidade Federal do Tocantins Câmpus de Palmas, Brasil. Acedido a 09/09/2025. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/5760/1/Alysson%20Carlos%20Ribeiro%20Gomes%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Guerra, M.; Martins, I.; Santos, D.; Veiga, J.; Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. *Gestão E Desenvolvimento*, (27), 291-313. Acedido a 09/10/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed., rev. e atual.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estimativas de população residente em portugal em 2023*. Acedido a 16/05/2025. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Keleher, H. (2001). Why primary health care offers a more comprehensive approach to tackling health inequities than primary care. *Australian Journal of Primary Health*, 7(2), 26–31. Acedido a 18/06/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/PY07030>

Knowles, M. S. (2024). *The adult learning theory (andragogy) of Malcolm Knowles*. eLearning Industry. Acedido a 09/09/2025. Disponível em: <https://elearningindustry.com/the-adult-learning-theory-andragogy-of-malcolm-knowles>

Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde, Poder e Empoderamento*. ISBN: 9789898075093. Lisboa: Lusociência

Lei n.º 58/2019. Diário da República, nº 159/2019, série I. Acedido a 30/05/2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>

Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3(1). Acedido a 11/10/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>

Lynn, Mary R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-386. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7ª edição. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda. ISBN: 9899676357.

Melo, P (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

Morgado, F.F.R.; Meireles, J.F.F.; Neves, C.M.; Amaral, A. & Ferreira, M. (2017) Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30, (3). Acedido a 2/06/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. ISBN: 978-989-54837-0-9

OE. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 15/11/2025. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/projectos-e-programas/padr%C3%B5es-de-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem/>

OE. (2015). Regulamento n.º 348/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESCSP. Diário da República, nº 215/2015, série II. Acedido a 13/01/2026. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>

OE. (2018). Regulamento n.º 428/2018 – 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. Diário da República, n.º 135/2018, série II. Acedido a 24/04/2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

OE. (2019a). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE Versão 2.0., do original Internacional Classification for Nursing Practice (ICNP), version 2. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2

OE. (2019b). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, n.º 26/2019, série II. Acedido a 24/04/2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

OE. (2021a). Aviso n.º 6702/2021: Programa formativo 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. Diário da República n.º 71/2021, série II. Acedido a 05/01/2026. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10880/programa_formativo_ec_spub_sfamiliar_rev34-vf.pdf

OE. (2021b). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Acedido a 15/11/2025. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

OE. (2023). Aprovação da 3.ª versão da Ontologia de Enfermagem Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Acedido a 22/06/2025. Disponível em: <https://www.OMS.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

OMS. (1998). *Health Promotion Glossary*. Acedido a 20/05/2025. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/402acba9-d79c-4dad-89ae-5085cb528400/content>

OMS. (2020a). *Decade of Healthy Ageing: Baseline report*. Acedido a 20/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

OMS. (2020b). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Acedido a 14/07/2025. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8caa148c-8ca3-4ab5-b50f-8cf024cd8ecf/content>

OMS. (2021a). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. Acedido a 16/10/2025. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7eea5d40-06e6-4702-b42d-6f89c7c70474/content>

OMS. (2021b). *WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Acedido a 16/10/2025. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-workforce/global-strategy#cms>

OMS. (2021c). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Acedido a 16/10/2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>.

Pender, N.; Murdaugh, C. & Parsons, M. A. (2013). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson Education Limited. ISBN: 9781292027821.

Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. in C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-111). Loures: Lusodidacta.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Portal de Serviços Públicos da República Portuguesa (2025). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido a 16/05/2025. Disponível em: <https://www2.gov.pt/pt/guias/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

Portal da Segurança Social. (2024). *Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Acedido a 09/07/2025. Disponível em <https://www.seg-social.pt/inst-particulares-solidariedade-social>

Rego, M. (2023). *Necessidades e níveis de formação dos cuidadores formais de ERPI no distrito de Braga*. Tese de Mestrado, orientada pela Professora Doutora Catarina Raposo Vieira da Silva. Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Braga.

Santos, A.; Braz, P.; Gomez, V.; Folha, T.; Alves, T. & Dias, C. (2022). *Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Acedido a 17/05/2025. Disponível em <https://repositorio.insa.pt/bitstreams/080ead7f-418a-4026-9362-4cd0dfe6b439/download>

Santos, P. S. S. (2021). *A formação contínua dos cuidadores formais: Do diagnóstico de necessidades ao plano de formação*. Tese de Mestrado, orientada pelo Professor Doutor António Fragoso. Universidade do Algarve, Algarve.

Sequeira, C. (2016) *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-989-752-168-3.

SNS (2025). *Bilhete de Identidade de Cuidados de saúde primários*. Acedido a 06/10/2025. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30004/3112820/Pages/default.aspx>

Smith, M. C. & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 133-152. 4ª edição. F. A. Davis Company: Philadelphia.

Sousa, L. M. M.; José, H. M. G. & Novo, A. F. M.P. (2022). *Investigação em Enfermagem: Das Prioridades aos Reptos*. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp. 227-244). Lidel.

Sousa, S. (2020). *Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Tese de Mestrado, orientada pela Professora Doutora Sandra Xavier. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, Portalegre.

Souza e Silva, M.; Schraiber, L. & Mota, A. (2019). O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290102. Acedido a 12/10/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2019). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.

UNESCO (2009). *Health Literacy and Sustainable Development*. Acedido a 18/05/2025. Disponível em <https://www.un.org/en/chronicle/article/health-literacy-and-sustainable-development>

World Medical Association. (2013). *Declaração de Helsínquia – Princípios Éticos para a Investigação Médica Envolvendo Seres Humanos*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

ANEXOS

Anexo I – Parecer da comissão de ética

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE78_2025

Assunto: Projeto de Intervenção Comunitária, a desenvolver no âmbito do Estágio I do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Capacitar para Cuidar”

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 01 de julho de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**
Num. de Identificação: 08540466
Data: 2025.07.01 09:51:10+01'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma das atividades

Objetivo	Atividades	Maio			Junho				Julho		Setembro			Outubro					Novembro				Dezembro			
		3ºS	4ºS	5ºS	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	1ºS	2ºS	2ºS	3ºS	4ºS	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	5ºS	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	1ºS	2ºS	3ºS	
Integração	Compreender a sua estrutura organizacional dinâmica funcional, diferentes equipas e as suas áreas de intervenção																									
Cooperação	Identificar e analisar os projetos em desenvolvimento																									
	Participar na planificação, execução e avaliação de projetos comunitários																									
	Colaborar na prestação de cuidados domiciliários																									
	Desenvolver atividades de educação para a saúde, promoção da literacia em saúde e prevenção da doença																									
Diagnóstico de situação	Identificação da temática, projeto de intervenção e população alvo																									
	Seleção e elaboração de instrumentos de colheita de dados: questionário, consentimento informado																									
	Aplicação dos instrumentos de colheita de dados																									
	Análise dos dados																									
Definição de prioridades	Planeamento da ação de formação																									
Fixação de objetivos	Planeamento da ação de formação																									
Seleção de estratégias	Planeamento da ação de formação																									
Execução	Desenvolvimento da ação de formação																									
Avaliação	Avaliação contínua																									
Competências	Promover o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais																									
	Consolidar competências de investigação aplicada e análise crítica para a tomada de decisão baseada na evidência																									

Apêndice II – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

Título do estudo: “Capacitar para cuidar.”

Enquadramento: Estudo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde Atlântica, pela Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio, sob orientação da Professora Doutora Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho.

Explicação do estudo: Este trabalho implica a aplicação de um questionário que identifica as necessidades formativas que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e a caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais (assistentes operacionais). Tem como objetivo identificar as variáveis das necessidades formativas mais valorizadas pelos cuidadores formais.

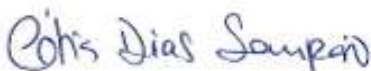
Condições e financiamento: A participação neste estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si.

Confidencialidade e anonimato: Será garantido o anonimato, a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente estudo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Agradeço, desde já, a sua colaboração e disponibilidade para participar neste estudo.

Cátia Dias Sampaio

@uatla.pt

Assinatura: 

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura: Data:/...../.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD N°: DATA OU VALIDADE/...../.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaoheisinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Apêndice III - Construção do instrumento de recolha de dados

1. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Os instrumentos de recolha de dados assumem um papel central na investigação e na avaliação em saúde, sendo decisivos para a aquisição de informação válida, fiável e útil à prática clínica e ao planeamento de intervenções. No entanto, a literatura evidencia que nem todos os instrumentos desenvolvidos são submetidos a processos metodológicos rigorosos de construção e validação, o que pode comprometer a qualidade dos dados obtidos (DeVellis & Thorpe, 2022).

Sempre que possível, aconselha-se a utilização de instrumentos previamente existentes; contudo, quando estes não respondem adequadamente aos objetivos do estudo ou às especificidades da população-alvo, torna-se necessária a elaboração de novos instrumentos, seguindo metodologias sistematizadas que assegurem a sua validade e fiabilidade (Coluci et al., 2014; Morgado et al., 2017).

Neste sentido, a construção do instrumento iniciou-se com a definição clara do fenómeno em estudo e dos objetivos a alcançar, procedendo-se posteriormente à elaboração dos itens. Estes foram desenvolvidos de modo a apresentar de forma fiel o constructo em análise, respeitando princípios de clareza, objetividade e adequação ao nível de literacia dos participantes, evitando a inclusão de múltiplas ideias num único item (DeVellis & Thorpe, 2022).

Para a avaliação das respostas foi usada uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, opção bastante utilizada na avaliação de perceções, atitudes e necessidades, possibilitando quantificar o grau de concordância dos participantes relativamente aos itens apresentados e facilitando a análise sistemática dos dados (DeVellis & Thorpe, 2022).

1.1. Justificação do estudo para a desenvolvimento do instrumento

O envelhecimento populacional constitui uma das principais dificuldades atuais dos sistemas de saúde, implicando um aumento das necessidades de cuidados continuados e de longa duração, bem como uma crescente procura por respostas integradas de saúde e apoio social (INE, 2024; OMS, 2020a, 2021c; Santos et al., 2022). Neste contexto, as IPSS assumem um papel primordial na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência funcional. Contudo, os cuidadores formais que exercem funções nestas instituições apresentam, frequentemente, formação académica elementar e carecem de preparação específica para lidar com a complexidade crescente das necessidades dos clientes, o que se reflete em desafios ao nível da prestação de cuidados seguros e humanizados, da comunicação com pessoas com défices cognitivos ou demência e da prevenção de complicações (Sousa, 2020). A evidência científica demonstra que a formação contínua, estruturada e orientada dos cuidadores formais está associada à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, à satisfação dos

clientes e à redução da sobrecarga das equipas de saúde (Figueiredo et al., 2021; Rego, 2023; OMS, 2021a).

Deste modo, com o objetivo de identificar instrumentos previamente existentes para avaliar as necessidades formativas dos cuidadores formais foi conduzida uma pesquisa através da *Elton B. Stephens Company* (EBSCO), em todas as bases de dados disponíveis e com recurso a descritores Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Contudo, verificou-se a inexistência de instrumentos validados que avaliem de forma abrangente as necessidades formativas desta população, justificou-se a construção de um novo instrumento, especificamente adaptado ao contexto e aos objetivos do presente estudo.

1.2. Questão de investigação e objetivos da estruturação do instrumento

A construção de instrumentos de avaliação requer a definição explícita da problemática e dos objetivos que norteiam o seu desenvolvimento (Boateng, 2018). Deste modo, considerando a necessidade de elaboração de um instrumento que identifique as necessidades formativas dos cuidadores formais, foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Quais os itens que deve constar num instrumento de medida das necessidades formativas para os cuidadores formais?”

Neste sentido, foi delineado como objetivo geral desenvolver o instrumento de recolha de dados para avaliar as necessidades formativas dos cuidadores formais. Como objetivos específicos deste estudo definiram-se:

- Identificar, a partir da evidência científica, as dimensões associadas às necessidades formativas dos cuidadores formais;
- Analisar e validar o conteúdo das dimensões e itens do instrumento com recurso à apreciação de peritos.

1.3. Tipo de estudo e metodologia de elaboração do instrumento

O presente estudo adotou uma abordagem metodológica de natureza mista, de natureza qualitativa e descritiva, orientada para a elaboração de um instrumento de medida. O percurso metodológico seguiu uma sequência sistematizada de etapas (Tabela 1) conforme propostas por Coluci e colaboradores (2015), contemplando, entre outros aspetos, a definição da estrutura conceptual, a construção dos itens, a validação do conteúdo por peritos, a avaliação da fiabilidade do instrumento e a preparação do instrumento para aplicação em estudos futuros ou na prática clínica.

Tabela 1 - Etapas para a construção de instrumentos (Coluci et al, 2015)

Etapas para a construção de instrumentos de avaliação	
1. Estabelecimento da estrutura conceptual	Elaboração da estrutura conceptual, estabelecendo o contexto dos instrumentos e fundamentando a criação e desenvolvimento das dimensões.
2. Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida	Definição dos objetivos relacionados com os conceitos desenvolvidos e caracterização da população alvo, justificando a pertinência da elaboração do instrumento.
3. Construção dos itens e da escala de resposta	Construção dos itens com base na estrutura conceptual previamente definida, considerando a linguagem adequada e utilizando formatos de escala de estimativa direta, visual analógica, adjetiva ou tipo <i>likert</i> . Para esta etapa, podem ser utilizados diversos recursos, incluindo: pesquisa bibliográfica (considerado o principal), adaptação de instrumentos já existentes, relatos fornecidos pela população alvo (como <i>focus group</i> ou entrevistas em profundidade), observação clínica (usada previamente à opinião de peritos, utilizado juntamente com a teoria, resultados laboratoriais e achados clínicos), e a opinião de peritos (seleção criteriosa de 3 a 10 profissionais com expertise na área em questão).
4. Seleção e organização dos itens	Adequação dos itens elaborados de acordo com os objetivos do estudo, com base nos critérios de observação comportamental, objetividade, clareza, precisão, validade, relevância e interpretação.
5. Estruturação do instrumento	Agrupar as etapas anteriores, estruturando os itens em dimensões, segundo uma ordem coerente, do item mais amplo ao item mais detalhado, e dos temas menos pessoais aos mais pessoais, priorizando a redução da carga cognitiva e do esforço físico dos participantes.
6. Validade do conteúdo	Emerge a necessidade de testar a hipótese de que os itens selecionados representam adequadamente as dimensões, avaliando o conteúdo e eliminando/modificando itens, recorrendo a sete peritos por procedimentos quantitativos e/ou qualitativos que decorrerá no mínimo em duas fases (1ª de avaliação de especificação de dimensões e 2ª de avaliação do desenvolvimento dos itens, ambas as fases mediante orientação do investigador).
7. Pré-teste	Verificação se todos os itens são compreensíveis para a população alvo, utilizando uma amostra de 6 a 8 participantes, que completaram o questionário.
8. Avaliação das propriedades psicométricas	Avaliação da qualidade e confiabilidade do estudo, pois, se os resultados forem positivos, o questionário poderá ser validado como um instrumento aplicável em futuras investigações e na prática clínica. Caso contrário, a sua utilidade permanecerá indefinida. Esta avaliação contempla atributos psicométricos como validade, fiabilidade, praticabilidade, sensibilidade, responsividade e interpretabilidade das propriedades psicométricas. Não refletindo qualidade estatística e podendo variar consoante a amostra estudada, a forma de aplicação e outros fatores contextuais.

Fonte: Elaboração própria, baseada em Coluci e colaboradores (2015).

A estrutura conceptual do instrumento teve por base uma revisão da literatura científica sobre as necessidades formativas dos cuidadores formais, realizada em bases de dados científicas, nomeadamente EBSCO, e complementada com literatura de referência. A partir desta revisão foram identificadas as dimensões temáticas e elaborados os itens, utilizando linguagem simples e adequada ao perfil da população-alvo.

1.4. Validação de conteúdo e qualidade psicométrica

A validade de conteúdo do instrumento foi assegurada através da avaliação de um painel de sete peritos na área da enfermagem (Tabela 2), com vasta experiência em contexto académico, institucional e na formação de cuidadores formais (Boateng, 2018). Esta mescla de experiências e formações contribuíram ricamente com diversas perspetivas que se considerou fundamentais para o desenvolvimento do instrumento de medida. Os peritos avaliaram os itens quanto à sua clareza, pertinência e representatividade face às dimensões definidas, tendo sido efetuadas reformulações sempre que considerado necessário.

Tabela 2 - Extração de dados a partir do painel de peritos

Itens avaliados	Contributos retirados do painel de peritos
Saber o estado de saúde da pessoa que cuido	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Apoiar nos medicamentos e cuidados diários (ex: penso simples, troca de ostomia...)	85,3% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Incentivar na autonomia, estilo de vida saudável e prevenção (ex: quedas, úlcera pressão...)	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Saber da utilização dos serviços de saúde e onde pedir ajuda (ex: pedir apoio em caso de urgência, saber marcar consulta...)	85,5% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Saber o que os profissionais de saúde transmitem e saber utilizar a informação sobre saúde/doença	85,7% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Saber gerir emoções e lidar com o stress	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Nos cuidados de higiene e conforto do cliente	96,4% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Nos cuidados de higiene e vigilância à pessoa com ostomia (ex: colostomia, urostomia)	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Na prevenção de úlceras de pressão	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.

No posicionamento e mobilização dos clientes	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Na alimentação por via oral	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Na alimentação por PEG (Gastrostomia Endoscópica Percutânea)	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
No apoio à medicação por via oral	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Na comunicação com clientes/família	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Na prevenção e controlo de infeções (ex: limpeza do domicílio, uso de luvas...)	98,3% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Na comunicação com clientes com défices cognitivos (ex: AVC (Acidente Vascular Cerebral), demências...)	85,8% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Identificação de sinais de agravamento do estado geral (ex: prostração, confusão...)	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Situações de emergência e primeiros socorros (ex: quedas, convulsões, Paragem Cardio Respiratória (PCR)...)	95,8% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.
Capacidade para lidar com situações de fim de vida (apoio emocional, cuidados de conforto...)	100% dos peritos considera que a pergunta deverá ser mantida.

Fonte: Elaboração própria, através de dados recolhidos.

A avaliação quantitativa dos itens foi realizada através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado de acordo com a metodologia proposta por Lynn (1986) e adaptada por Coluci e colaboradores (2015), considerando-se valores iguais ou superiores a 0,78 como critério de aceitabilidade. Na tabela 3 foi aplicada então a fórmula de cálculo do IVC, onde o R é o número de peritos que confirmam o item pertinente para ser mantido em proporção a N (N =7, o número total de peritos que participaram) e o DP é o desvio padrão. Para efeitos de praticidade o R foi arredondado à unidade e o IVC foi arredondado às milésimas considerando-se como critério de aceitabilidade um valor mínimo de 0,78, quando o número de peritos é igual ou superior a seis (Coluci et al, 2015). Os resultados obtidos evidenciaram valores de IVC superiores a 0,85 para a totalidade dos itens. A consistência interna do instrumento foi avaliada através do coeficiente *alfa* de *cronbach*, tendo sido obtido um valor de 0,87, considerado indicativo de boa fiabilidade (Marôco, 2018).

Tabela 3 - Atualização dos itens do instrumento de avaliação com base nos contributos do painel de peritos

Versão inicial	Resultado do IVC (R_IVC)	Versão atualizada pós painel de peritos
Saber o estado de saúde da pessoa que cuida	R = 7 IVC = 1,000	Saber o estado de saúde da pessoa que cuida
Apoiar nos medicamentos e cuidados diários (ex: penso simples, troca de ostomia...)	R = 6 IVC = 0,853	Apoiar nos medicamentos e cuidados diários (ex: penso simples, troca de ostomia...)
Incentivar na autonomia, estilo de vida saudável e prevenção (ex: quedas, úlcera pressão...)	R = 7 IVC = 1,000	Incentivar na autonomia, estilo de vida saudável e prevenção (ex: quedas, úlcera pressão...)
Saber da utilização dos serviços de saúde e onde pedir ajuda (ex: pedir apoio em caso de urgência, saber marcar consulta...)	R = 6 IVC = 0,855	Saber da utilização dos serviços de saúde e onde pedir ajuda (ex: pedir apoio em caso de urgência, saber marcar consulta...)
Saber o que os profissionais de saúde transmitem e saber utilizar a informação sobre saúde/doença	R = 6 IVC = 0,854	Saber o que os profissionais de saúde transmitem e saber utilizar a informação sobre saúde/doença
Saber gerir emoções e lidar com o stress	R = 7 IVC = 1,000	Saber gerir emoções e lidar com o stress
Nos cuidados de higiene e conforto do cliente	R = 7 IVC = 1,000	Nos cuidados de higiene e conforto do cliente
Nos cuidados de higiene e vigilância à pessoa com ostomia (ex: colostomia, urostomia)	R = 6 IVC = 0,964	Nos cuidados de higiene e vigilância à pessoa com ostomia (ex: colostomia, urostomia)
Na prevenção de úlceras de pressão	R = 7 IVC = 1,000	Na prevenção de úlceras de pressão
No posicionamento e mobilização dos clientes	R = 7 IVC = 1,000	No posicionamento e mobilização dos clientes
Na alimentação por via oral	R = 7 IVC = 1,000	Na alimentação por via oral
Na alimentação por PEG	R = 7 IVC = 1,000	Na alimentação por PEG
No apoio à medicação por via oral	R = 7 IVC = 1,000	No apoio à medicação por via oral
Na comunicação com clientes/família	R = 6 IVC = 0,858	Na comunicação com clientes/família

Na prevenção e controlo de infeções (ex: limpeza do domicílio, uso de luvas...)	R = 6 IVC = 0,983	Na prevenção e controlo de infeções (ex: limpeza do domicílio, uso de luvas...)
Na comunicação com clientes com défices cognitivos (ex: AVC, demências...)	R = 7 IVC = 1,000	Na comunicação com clientes com défices cognitivos (ex: AVC, demências...)
Identificação de sinais de agravamento do estado geral (ex: prostração, confusão...)	R = 7 IVC = 1,000	Identificação de sinais de agravamento do estado geral (ex: prostração, confusão...)
Situações de emergência e primeiros socorros (ex: quedas, convulsões, PCR...)	R = 6 IVC = 0,958	Situações de emergência e primeiros socorros (ex: quedas, convulsões, PCR...)
Capacidade para lidar com situações de fim de vida (apoio emocional, cuidados de conforto...)	R = 7 IVC = 1,000	Capacidade para lidar com situações de fim de vida (apoio emocional, cuidados de conforto...)

Fonte: Elaboração própria, de acordo nos contributos especializados de um painel de peritos, garantindo rigor e validade do conteúdo.

1.5. Síntese da elaboração do instrumento: QNC - cuidar

O Questionário de Necessidades de Capacitação para Cuidadores denominado de QNC–Cuidar (Apêndice V), foi elaborado de forma sistemática, baseado na evidência científica e numa metodologia de referência para a construção de instrumentos na área da saúde, permitindo para além de identificar as necessidades formativas dos cuidadores formais, conceber oportunidades de mudança nas instituições de saúde em Portugal e, particularmente na prestação de cuidados seguros e humanizados. O rigor metodológico utilizado ao longo de todo o processo garantiu a validade de conteúdo e a fiabilidade do instrumento, tornando-o adequado à avaliação das necessidades formativas dos cuidadores formais (Coluci et al, 2015).

Este instrumento constitui um contributo importante para a prática da enfermagem comunitária e para o planeamento de intervenções formativas, proporcionando a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados a pessoas em situação de dependência, assim como o reconhecimento e a valorização do papel dos cuidadores formais no sistema de cuidados.

Apêndice IV – QNC – Cuidar

Este projeto decorre no âmbito do mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com a finalidade de identificar as necessidades de formação dos assistentes operacionais das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). A informação recolhida é confidencial e será utilizada exclusivamente para fins académicos. Agradecemos a sua colaboração.

QUESTIONÁRIO

Secção I – Dados Sociodemográficos e Profissionais

1. Sexo: Feminino Masculino Outro
2. Idade: _____ anos
3. Habilitações literárias:
 - Ensino primário (até 4º ano)
 - 1.º Ciclo do Ensino Básico (até ao 6.º ano)
 - 2.º Ciclo do Ensino Básico (7.º ao 9.º ano)
 - Ensino Secundário (10.º ao 12.º ano)
 - Curso Técnico-Profissional
 - Outra (especificar): _____
4. Experiência profissional como assistente operacional: _____ anos
5. Possui formação profissional na área da saúde/cuidados? Sim Não.
 Se sim, em que área(s)? _____
6. Participou em ações de formação nos últimos 2 anos? Sim Não

Secção II - Conhecimento na sua área de atuação

Por favor, assinale como avalia o seu conhecimento na sua área de atuação. Selecione com um “x” a opção que mais se adequa à sua resposta, sendo uma escala de 1 (Nada adequado) a 4 (Muito adequado).

	Nada adequado 1	Pouco adequado 2	Adequado 3	Muito adequado 4
1. Saber o estado de saúde da pessoa que cuida				
2. Apoiar nos medicamentos e cuidados diários (ex: penso simples, troca de ostomia...)				

3. Incentivar na autonomia, estilo de vida saudável e prevenção (ex: quedas, úlcera pressão...)				
4. Saber da utilização dos serviços de saúde e sei onde pedir ajuda (ex: pedir apoio em caso de urgência, saber marcar consulta...)				
5. Saber o que os profissionais de saúde transmitem e saber utilizar a informação sobre saúde/doença				
6. Saber gerir emoções e lidar com o stress				

Secção III –Desempenho profissional

Por favor, assinale como avalia o seu desempenho profissional na sua área de atuação, em relação com a pessoa que cuida. Selecione com um “x” a opção que mais se adequa à sua resposta, considerando uma escala de 1 (Nada adequado) a 4 (Muito adequado).

	Nada adequado 1	Pouco adequado 2	Adequado 3	Muito adequado 4
1. Nos cuidados de higiene e conforto do cliente				
2. Nos cuidados de higiene e vigilância da ostomia (ex: colostomia, urostomia)				
3. Na prevenção de úlceras de pressão				
4. No posicionamento e mobilização dos clientes				
5. Na alimentação por via oral				
6. Na alimentação por PEG (Gastrostomia Endoscópica Percutânea)				
7. No apoio à medicação por via oral				
8. Na comunicação com clientes/família				
9. Na prevenção e controlo de infeções (ex: limpeza do domicílio, uso de luvas...)				
10. Na comunicação com clientes com défices cognitivos (ex: AVC, demências...)				

11. Identificação de sinais de agravamento do estado geral (ex: prostração, confusão...)				
12. Situações de emergência e primeiros socorros (ex: quedas, convulsões, PCR...)				
13. Capacidade para lidar com situações de fim de vida (apoio emocional, cuidados de conforto...)				

Secção IV – Necessidades formativas prioritárias

Dos itens acima mencionados, indique qual/quais considera mais relevantes para aperfeiçoar/adquirir conhecimento e habilidades para a sua área de atuação.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13					

Outros: _____

Obrigada.

Apêndice V – Pedido de parecer à comissão ética

Assunto: Submissão para Apreciação Ética – Estudo “Capacitar para Cuidar”

De isabel@academia.uatlantica.pt
Data qua, 11/06/2025 23:38
Para Comissão de Ética da Essatla <comissao.etica.essatla@uatlantica.pt>
Cc isabel@academia.uatlantica.pt

 1 anexo (1 MB)

Dossier para a Comissão de Ética da ESSATLA - 202490022 - Cátia Sampaio.pdf;

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA,
Exmos. Senhores Membros,

Venho, por este meio, submeter à apreciação desta Comissão de Ética o pedido de autorização para a realização do estudo intitulado “Capacitar para Cuidar”, no âmbito da Unidade Curricular Estágio I, do 2.º Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica.

O referido estágio decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade no concelho de sob orientação da Senhora Professora Doutora Paula Agostinhc

Para os devidos efeitos, junto em anexo o respetivo dossier de submissão, contendo toda a documentação necessária para análise.

Encontro-me inteiramente disponível para o fornecimento de quaisquer informações ou esclarecimentos adicionais que considerem pertinentes.

Com os melhores cumprimentos,
Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio

Aluna nº 202490022

isabel@academia.uatlantica.pt

Apêndice VI – Regulamento geral de proteção de dados

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS E CUMPRIMENTO DO REGULAMENTO GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

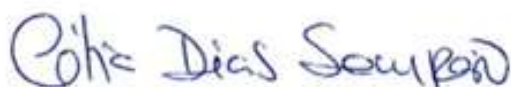
Eu, Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio identificada pelo Cartão de Cidadão nº _____, residente em _____, investigadora do estudo académico no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, intitulado "Capacitar para cuidar", confirmo que tenho conhecimento dos princípios de sigilo e de confidencialidade dos dados e que me comprometo a garantir o cumprimento dos mesmos.

Ao assinar este documento, comprometo-me a:

- Que não sejam recolhidos dados que sejam passíveis de identificação de qualquer participante;
- Que todos os questionários são anónimos, garantindo a impossibilidade de ligar consentimentos informados às respostas dadas pelos participantes;
- Após o preenchimento dos questionários, os mesmos serão digitalizados e mantidos num computador pessoal do investigador, em pasta de difícil acesso, protegida em segurança por palavra-passe forte e segundo fator de autenticação. Será criado repositório de segurança (backup), com o mesmo grau de proteção;
- Os documentos físicos originais serão destruídos;
- Não fornecer os dados recolhidos a terceiras partes, em nenhuma circunstância;
- Guardar as respostas obtidas, no seu formato original, durante o período de 3 anos após o fim do projeto. A conservação dos dados será efetuada pelo período de 3 anos, atendendo à possibilidade de ser solicitada revisão do estudo, para além da publicação ou para suporte a futuros estudos académicos.

Tudo faremos para garantir e cumprir as condições do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados para que este estudo decorra da melhor forma.

Barcarena, 11 de junho de 2025



Cátia Dias Sampaio

Apêndice VII – Autorização das IPSS

Projeto Académico: “Capacitar para Cuidar”

Investigadora principal: Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio, Licenciatura em Enfermagem

Email: 2024290022@uatla.pt / _____@gmail.com

Âmbito da Especialidade: Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Orientação: Prof.ª Doutora Paula Agostinho e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Deolinda Bernardo

DECLARAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de (cargo/diretor[a]) da Instituição _____ após leitura e análise da informação enviada, declaro que:

1. Autorizo a participação dos cuidadores formais (assistentes operacionais) da instituição no projeto “Capacitar para Cuidar”;
2. Estou ciente de que a participação é voluntária e que será assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD);
3. Reconheço que a intervenção tem como objetivo identificar e priorizar as necessidades de formação dos cuidadores formais das IPSS, promovendo a sua capacitação e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
4. Confirmo que tive acesso à documentação complementar enviada, incluindo o Termo de Consentimento Informado, o Termo de Responsabilidade para Garantia de Confidencialidade dos Dados, a Declaração de Cumprimento do RGPD e os instrumentos de recolha de dados (questionário).

Data: 18/06/2025

Assinatura do(a) Responsável da Instituição:



Projeto Académico: “Capacitar para Cuidar”

Investigadora principal: Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio, Licenciatura em Enfermagem

Email: 2024290022@uatla.pt / _____@_____mail.com

Âmbito da Especialidade: Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Orientação: Prof.ª Doutora Paula Agostinho e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Deolinda Bernardo

DECLARAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de (cargo/diretor[a]) da Instituição _____,

após leitura e análise da informação enviada, declaro que:

1. Autorizo a participação dos cuidadores formais (assistentes operacionais) da instituição no projeto “Capacitar para Cuidar”;
2. Estou ciente de que a participação é voluntária e que será assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD);
3. Reconheço que a intervenção tem como objetivo identificar e priorizar as necessidades de formação dos cuidadores formais das IPSS, promovendo a sua capacitação e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
4. Confirmo que tive acesso à documentação complementar enviada, incluindo o Termo de Consentimento Informado, o Termo de Responsabilidade para Garantia de Confidencialidade dos Dados, a Declaração de Cumprimento do RGPD e os instrumentos de recolha de dados (questionário).

Data: 10/06/2025

Assinatura do/a Responsável da Instituição:

Apêndice VIII – Autorização da UCC

Re: Assunto: Pedido de Autorização da UCC [redacted] no projeto comunitário para trabalho académico

De [redacted] | UCC [redacted] <[redacted]@academia.uatlantica.pt>

Data sex, 06/06/2025 15:53

Para [redacted] <[redacted]@academia.uatlantica.pt>

Cc [redacted] <[redacted]@uatlantica.pt>

Boa tarde Cara Mestranda Cátia Sampaio,

Espero que este email a encontre bem.

Agradeço o seu contacto e o interesse demonstrado em envolver a UCC [redacted] no âmbito do seu projeto académico “Capacitar para Cuidar”, desenvolvido no Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica.

Após análise da proposta apresentada, reconheço a relevância e pertinência do projeto, nomeadamente no que respeita à capacitação dos cuidadores formais e à promoção de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e clientes, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados.

Assim, informo que autorizo o envolvimento da UCC [redacted] na dinamização do referido projeto, no apoio à sua implementação junto das IPSS da nossa área de abrangência, conforme solicitado. Aguardamos o agendamento de uma reunião para alinhamento de detalhes operacionais e logísticos, caso considere pertinente.

Reiteramos a nossa disponibilidade para colaborar em iniciativas que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados em saúde e para o desenvolvimento académico e profissional dos nossos futuros especialistas.

Com os melhores cumprimentos,

Coordenadora da UCC [redacted]

Apêndice IX – Plano de sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com
ostomia de alimentação

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO			
TEMA:	Cuidados às ostomias de alimentação	FORMADOR:	Cátia Sampaio
POPULAÇÃO ALVO:	Assistentes Operacionais	DURAÇÃO:	25 minutos
LOCAL:		DATA:	
SESSÃO Nº:		HORA:	

Objetivo(s) Geral(is)	Promover o conhecimento sobre cuidados às ostomias de alimentação nos assistentes operacionais da IPSS.					
Objetivos Específicos	<p>- Sensibilizar os participantes para a importância dos cuidados às ostomias de alimentação, através da sessão de educação para a saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 90% dos participantes demonstrem reconhecer a importância dos cuidados às ostomias de alimentação, no final da sessão de educação para a saúde, através da sua participação ativa nas discussões ou respostas a questões orais. <p>- Promover o conhecimento sobre dos cuidados às ostomias de alimentação, entrega de trípticos e sessão de educação para a saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 80% dos participantes sejam capazes de identificar corretamente pelo menos 3 dos cuidados às ostomias de alimentação, no final da sessão de educação para a saúde; • Que 100% dos participantes recebam um tríptico com orientações sobre dos cuidados às ostomias de alimentação, durante a sessão de educação para a saúde; <p>- Avaliar os conhecimentos adquiridos após a intervenção através de um questionário.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 80% dos participantes respondam às perguntas do questionário de avaliação, imediatamente após a sessão de educação para a saúde; 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	- Questionário pré-sessão	Questionário	Preenchimento do questionário	Folhas Canetas	3 min.	Avaliação dos conhecimentos prévios através dos questionários

	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos • O que é uma ostomia • Tipos de ostomias • Intervenção do assistente operacional 	Expositivo Demonstrativo	Apresentação dos objetivos e breve discussão em grupo	Computador Retroprojektor Folhas Canetas	5 min.	Participação oral e envolvimento dos participantes
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Material Necessário • Cuidados de manutenção da PEG • Cuidados de alimentação da PEG • Observação importante • O que evitar 	Teórico-prática	Simulação de diferentes situações com ostomias de alimentação	Computador Retroprojektor Folhas Canetas PEG Compressas Soro fisiológico Água Copo Luvas	9 min.	Participação e capacidade de resposta adequada à situação simulada
Conclusão	- Síntese dos conteúdos - Reforço das mensagens-chave	Teórico	Partilha de dúvidas e reflexão sobre os temas abordados	Computador Retroprojektor	5 min	Participação e esclarecimento de dúvidas
	- Questionário pós-sessão - Questionário de avaliação da formação e formador	Questionário		Folhas Canetas	3 min.	Avaliação através dos questionários

Apêndice X – Plano de sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com
ostomia de eliminação

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO			
TEMA:	Cuidados às ostomias de eliminação	FORMADOR:	Cátia Sampaio
POPULAÇÃO ALVO:	Assistentes Operacionais	DURAÇÃO:	35 minutos
LOCAL:		DATA:	
SESSÃO Nº:		HORA:	

Objetivo(s) Geral(is)	Promover o conhecimento sobre cuidados às ostomias de eliminação nos assistentes operacionais da IPSS.					
Objetivos Específicos	<p>- Sensibilizar os participantes para a importância dos cuidados às ostomias de eliminação, através da sessão de educação para a saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 90% dos participantes demonstrem reconhecer a importância dos cuidados às ostomias de eliminação, no final da sessão de educação para a saúde, através da sua participação ativa nas discussões ou respostas a questões orais. <p>- Promover o conhecimento sobre dos cuidados às ostomias de eliminação, entrega de trípticos e sessão de educação para a saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 80% dos participantes sejam capazes de identificar corretamente pelo menos 3 dos cuidados às ostomias de eliminação, no final da sessão de educação para a saúde; • Que 100% dos participantes recebam um tríptico com orientações sobre dos cuidados às ostomias de eliminação, durante a sessão de educação para a saúde. <p>- Avaliar os conhecimentos adquiridos após a intervenção através de um questionário.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 80% dos participantes respondam às perguntas do questionário de avaliação, imediatamente após a sessão de educação para a saúde. 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	- Questionário pré-sessão	Questionário	Preenchimento do questionário	Folhas Canetas	5 min.	Avaliação dos conhecimentos prévios através dos questionários

	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos O que é uma ostomia Tipos de ostomias Intervenção do assistente operacional 	Expositivo Demonstrativo	Apresentação dos objetivos e breve discussão em grupo	Computador Retroprojektor Folhas Canetas	7 min.	Participação oral e envolvimento dos participantes
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Material necessário para cuidados ao ostomia de eliminação Como remover o dispositivo O que observação, quais as alterações Como colocar o dispositivo O que evitar 	Teórico-prática	Simulação de diferentes situações com ostomias de eliminação	Computador Retroprojektor Folhas Canetas Manequim/estomas Compressas Soro fisiológico / água Luvas Tesoura Dispositivos ostomias Acessórios de apoio	13 min.	Participação e capacidade de resposta adequada à situação simulada
Conclusão	- Síntese dos conteúdos - Reforço das mensagens-chave	Teórico	Partilha de dúvidas e reflexão sobre os temas abordados	Computador Retroprojektor	5 min	Participação e esclarecimento de dúvidas
	- Questionário pós-sessão - Questionário de avaliação da formação e formador	Questionário		Folhas Canetas	5 min.	Avaliação através dos questionários

Apêndice XI – Plano de sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO

TEMA:	Primeiros Socorros	FORMADOR:	Cátia Sampaio
POPULAÇÃO ALVO:	Assistentes Operacionais	DURAÇÃO:	60 minutos
LOCAL:		DATA:	
SESSÃO Nº:		HORA:	



Objetivo(s) Geral(is)	Promover o conhecimento sobre os primeiros socorros nos assistentes operacionais da IPSS.					
Objetivos Específicos	<p>- Sensibilizar os participantes para a importância dos primeiros socorros, através da sessão de educação para a saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 90% dos participantes demonstrem reconhecer a importância dos primeiros socorros, no final da sessão de educação para a saúde, através da sua participação ativa nas discussões ou respostas a questões orais. <p>- Promover o conhecimento sobre primeiros socorros, entrega de folhetos e sessão de educação para a saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 80% dos participantes sejam capazes de identificar corretamente pelo menos 3 procedimentos básicos de primeiros socorros, no final da sessão de educação para a saúde; • Que 100% dos participantes recebam um tríptico com orientações sobre primeiros socorros, durante a sessão de educação para a saúde. <p>- Avaliar os conhecimentos adquiridos após a intervenção através de um questionário.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pelo menos 80% dos participantes respondam às perguntas do questionário de avaliação, imediatamente após a sessão de educação para a saúde. 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	- Questionário pré-sessão	Questionário	Preenchimento do questionário	Canetas Papel	5 min.	Avaliação dos conhecimentos prévios

	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos • Primeiros socorros • Intervenções do assistente operacional 	Expositivo Demonstrativo	Apresentação dos objetivos e breve discussão em grupo	Computador Retroprojektor Folhas Canetas	7 min.	Participação oral e envolvimento dos participantes
	<ul style="list-style-type: none"> • Nº emergência – 112 	Teórico-prática	Simulação de chamada telefônica para o 112	Computador Retroprojektor	8 min.	Participação e capacidade de resposta adequada à situação simulada
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Queimaduras • Fraturas • Luxações, entorses e contusões • Feridas • Hemorragias • Convulsões • Alteração estado consciência (desmaio) 	Teórico-prática	Simulação de diferentes situações de primeiros socorros	Computador Retroprojektor Canetas Papel Talas Ligaduras Compressas Soro fisiológico Adesivo Pensos Tesoura Luvas	20 min.	Participação e capacidade de resposta adequada à situação simulada
Conclusão	- Síntese dos conteúdos - Reforço das mensagens-chave	Teórico	Partilha de dúvidas e reflexão sobre os temas abordados	Computador Retroprojektor	10 min	Participação e esclarecimento de dúvidas
	- Questionário pós-sessão - Questionário de avaliação da formação e formador	Questionário		Canetas Papel	10 min.	Avaliação através dos questionários

Apêndice XII – Power point sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Elaborado por: Enf.ª Cátia Sampaio

Prof.ª Orientadora: Prof.ª Dr.ª Paula Agostinho

Enfermeira Orientadora: Enf.ª

Outubro 2025

1

SUMÁRIO

- Objetivos
- O que é PEG?
- Intervenções do assistente operacional
- Material Necessário
- Cuidados de manutenção
- Cuidados de alimentação
- Observação importante
- O que evitar?
- Considerações finais
- Referências bibliográficas

2

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Objetivos:

- Compreender os conceitos básicos sobre ostomia de alimentação (PEG) e cuidados associados;
- Adquirir competências práticas para apoiar o cliente e família com PEG de forma segura.

3

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

PEG = Gastrostomia Endoscópica Percutânea, ostomia de alimentação.

Tubo colocado no estômago através da parede abdominal. Para administração de alimentação, água e medicação.

Usada em pessoas que não se conseguem alimentar pela boca de forma segura.



4

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Intervenções do assistente operacional:

- Assegurar a higiene e conforto do cliente
- Manter o local da sonda limpo e seco
- Observar sinais de complicação (vermelhidão, dor, secreções)
- Comunicar alterações ao enfermeiro

5

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Material necessário:



Luvas descartáveis



Compressas não estéreis



Água morna e sabonete neutro (se indicado)



Copo



Seringa de ponta cônica

6

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Cuidados de manutenção:

- Lavar as mãos com água e sabão, antes de iniciar os cuidados;
- Observar se há vermelhidão, dor e calor no local, saída de sangue ou outro líquido. Informar o enfermeiro se necessário;
- Verificar o comprimento da sonda que sai do estoma, deve estar sempre na mesma marca, e garantir que o travão tem 1 dedo de distância da pele;
- Limpar a pele com água e compressas e secar bem. Com cuidado rodar a sonda ligeiramente, fazendo 1 volta completa;
- A sonda deve ficar fixa ao abdómen para evitar qualquer acidente por tração, mas sem causar tensão.

7

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Cuidados na alimentação:

- Lavar as mãos com água e sabão, antes de iniciar a alimentação;
- Posicionar confortavelmente o cliente, se possível sentada e permanecer nesta posição até 30 minutos após administração;
- Antes de administrar a refeição, abrir a tampa da PEG e aspirar o conteúdo gástrico com uma seringa de ponta cônica, fechar assim que retirar seringa;
- FECHAR a tampa sempre após o uso;
- Se, o conteúdo for superior a 200 ml, não administrar logo a refeição e esperar 4 horas. Verificar até que seja inferior a 200ml.

8

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Cuidados na alimentação:

- Se, o conteúdo for inferior a 200ml, reintroduzir o conteúdo gástrico novamente uma vez que tem componentes essenciais à digestão e administrar a refeição;
- Administrar a alimentação lentamente através de uma seringa, sem interrupções, para evitar a entrada de ar. Ter cuidado com a temperatura da alimentação;
- Administrar a medicação, bem triturada, aspirando com a seringa;
- Após, lavar a sonda (PEG) com a seringa com cerca de 20-40ml de água;
- HIDRATAÇÃO diária para cuidar do cliente e PEG.
- **HIGIENE ORAL!**

9

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

- Observar sinais de complicações:
 - Vermelhidão, dor ou secreções no local;
 - Náuseas, vômitos ou distensão abdominal;
 - Obstrução ou fuga da sonda;
- Comunicar sempre alterações à equipa de saúde.

10

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO



11

CONSIDERAÇÕES FINAIS

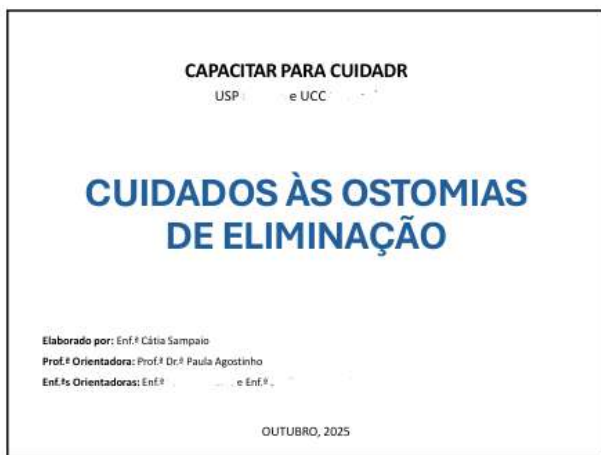
- ✓ A alimentação por ostomia é um procedimento seguro quando os cuidados são cumpridos;
- ✓ O assistente operacional desempenha um função essencial na vigilância diária;
- ✓ Em caso de dúvida ou complicação, comunicar sempre ao enfermeiro.

12

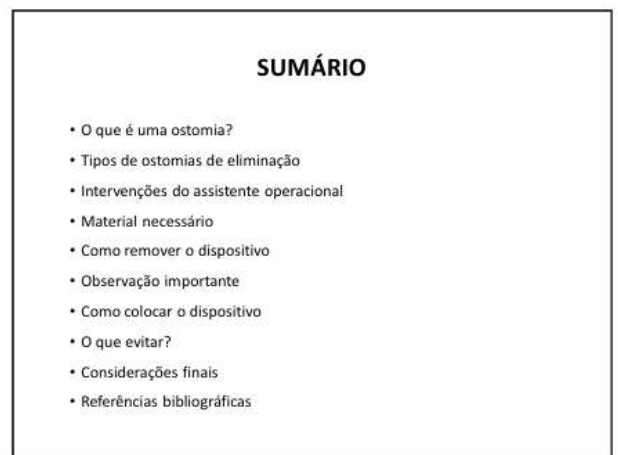
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2025). Cuidados à sonda de gastrostomia e balão. Acedido a 10/09/2025. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/e5c37103dd7f7829adb814f9332c8b77.pdf>
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (2025). Guia de apoio à família e ao doente com peg. Acedido a 10/09/2025. Disponível em: <https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/Mod.-28-Guia-de-Apoio-Peg.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (2025). Gastrostomia Endoscópica Percutânea. Acedido a 10/09/2025. Disponível em: <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomia-percutanea-endoscopica>

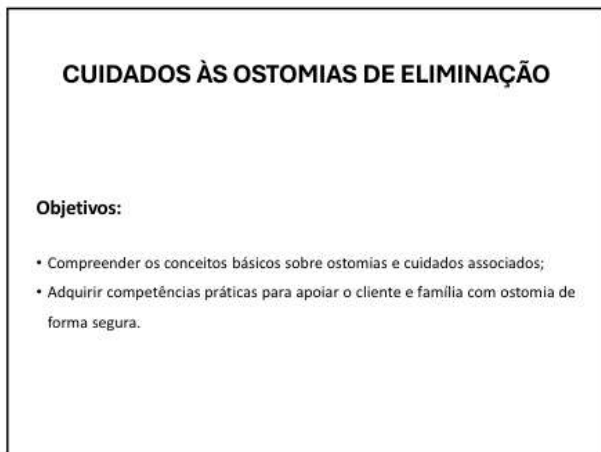
Apêndice XIII – Power point sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação



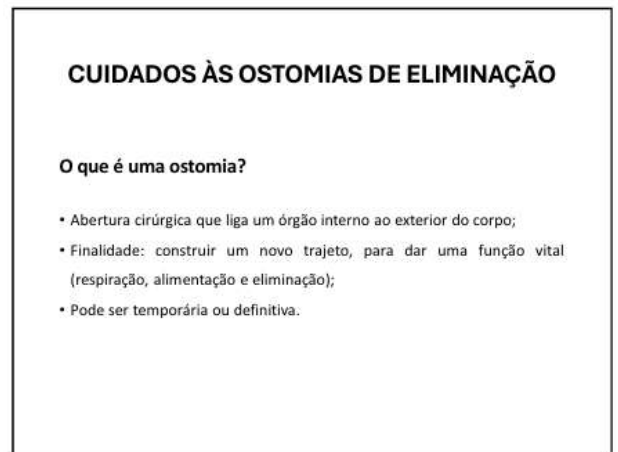
1



2



3



4

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Tipos mais comuns de ostomia de eliminação:

Colostomia



Ilostomia



Urostomia



5

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Intervenções do assistente operacional:

- Apoiar a pessoa nos cuidados de higiene e conforto;
- Observar alterações no estoma e no dispositivo;
- Comunicar à equipa de saúde as alterações;
- Promover o bem-estar e a dignidade do cliente.

6

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Material necessário:



Luvas descartáveis



Compressas não estéreis ou papel higiénico



Água morna e sabonete neutro (se indicado)



Sacos/dispositivos de ostomia



Tesoura

7

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Como remover o dispositivo:

- Lavar as mãos com água e sabão antes do procedimento;
- Retirar cuidadosamente o dispositivo usado, se necessário usar o removedor;
- Higienizar a pele ao redor do estoma com água e compressas (sem friccionar);
- Observar o estoma e pele circundante*;
- Secar bem a pele antes de aplicar o novo dispositivo.

8

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Observação importante, verificar diariamente e a cada troca:

- Cor do estoma (rosado, húmido);
- Presença de feridas, irritação ou hemorragia;
- Integridade da pele à volta;
- Quantidade e aspeto das eliminações (urina ou fezes);
- Informar à equipa de enfermagem se houver alterações ou dúvidas.



9

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Como colocar o dispositivo:

- Medir o estoma e cortar a placa, passar o dedo pela zona cortada para evitar arestas soltas;
- Verificar o material, certificar-se que a placa tem o tamanho correto;
- Aplicar a parte adesiva adequadamente à volta do estoma, e pressionar suavemente para melhor a adesão;
- Trocar o saco sempre que tiver 2/3 de conteúdo;
- Trocar a placa de 3 em 3 dias ou sempre que necessário.

10

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

O que evitar:

- Não usar toalhetes com álcool ou perfumes;
- Não esfregar a pele;
- Não cortar pele ao redor do estoma;
- Não retirar dispositivos sem necessidade;
- Não deixar o saco demasiado cheio;
- Não aplicar cremes/gorduras sem indicação.



11

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O cuidado com ostomias requer atenção, higiene e observação diária cuidadosa;
- O papel do assistente operacional é essencial para o conforto e segurança da pessoa com ostomia;
- Em caso de dúvida, comunicar sempre com o enfermeiro.

12

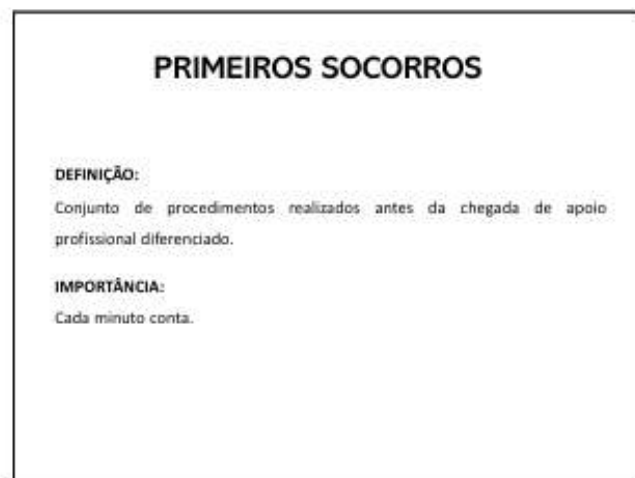
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APostomia (2025). Ostomia & Estoma. Acedido a 09/09/2025. Disponível em: <https://apostomia.com/>
- Associação Portuguesa de Ostomizados (2025). Colostomia. Acedido a 09/09/2025. Disponível em: <https://www.apostomizados.pt/>
- Associação Portuguesa de Ostomizados (2025). Ileostomia. Acedido a 09/09/2025. Disponível em: <https://www.apostomizados.pt/>
- Associação Portuguesa de Ostomizados (2025). Urostomia. Acedido a 09/09/2025. Disponível em: <https://www.apostomizados.pt/>
- Convatec (2025). Cuidados em ostomia. Acedido a 09/09/2025. Disponível em: <https://www.convatec.com/pt-pt/ostomia/>

Apêndice XIV – Power point sobre primeiros socorros



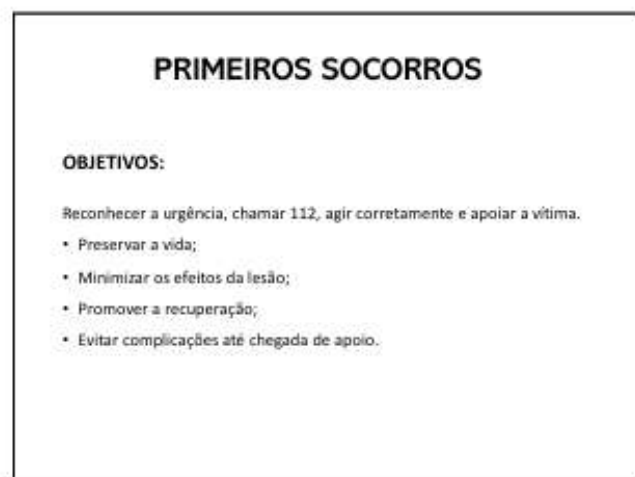
1



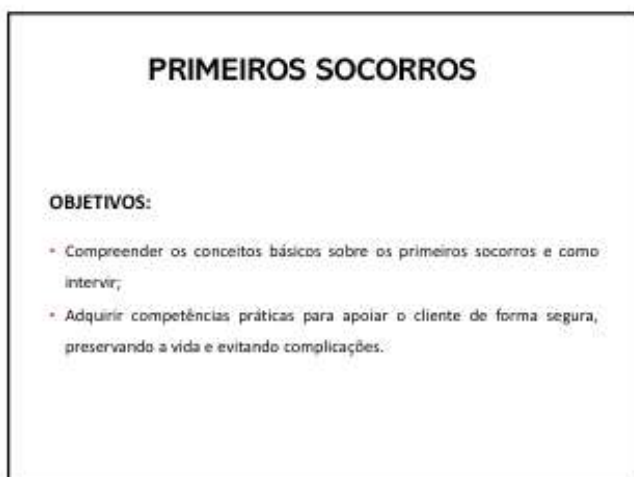
4



2



5



PRIMEIROS SOCORROS

INTERVENÇÕES DO ASSISTENTE OPERACIONAL

- Manter o controlo da situação e da própria calma;
- Afastar curiosos, criar ambiente seguro;
- Falar de forma calma e tranquilizadora com a vítima;
- Explicar à vítima o que vai fazer;
- Nunca abandonar a vítima.



7

PRIMEIROS SOCORROS

FRATURAS

TIPOS:

Fechada, aberta (exposta);

SINAIS:

Dor intensa, inchaço, deformação, perda funcional.



10

PRIMEIROS SOCORROS

QUEIMADURAS



1º grau: vermelhidão, inchaço e dor – lavar com água corrente;



2º grau: bolhas – não furar, proteger com compressa;



3º grau: pele branca/carbonizada – não mexer, ligar 112.

8

PRIMEIROS SOCORROS

FRATURAS

- Não movimentar a vítima até imobilizar;
- Expor a zona, retirar adornos, verificar ferimentos e controlar hemorragias;
- Imobilizar articulações, acima e abaixo da fratura;
- Chamar 112 e manter vítima calma e aquecida.

11

PRIMEIROS SOCORROS

QUEIMADURAS

- ⊗ Nunca usar manteiga, pasta de dentes ou pomadas caseiras;
- ⊗ Não retirar roupa colada a pele;
- ⊗ Não tapar com algodão e nem aplicar gelo.

9

PRIMEIROS SOCORROS

FRATURAS

- ⊗ Nunca tentar alinhar o osso;
- ⊗ Não empurrar ossos para dentro;
- ⊗ Não apertar demasiado a tala;
- ⊗ Não dar água ou alimentos à vítima.



12

PRIMEIROS SOCORROS

LUXAÇÕES, ENTORSES E CONTUSÕES

- **Luxação:** deslocamento do osso;
- **Entorse:** torção e lesão de ligamentos;
- **Contusão:** hematoma sem ferida aberta.

Sinais: dor intensa, inchaço, deformação, perda funcional e hematoma.

✓ Primeiros cuidados: imobilizar, aplicar frio, não massajar;

✓ Improvisar tala ou suporte de braço, sem apertar demasiado.



13

PRIMEIROS SOCORROS

HEMORRAGIA EXTERNA

É visível, surge de corte, raspão ou perfuração.

- Elevar membro afetado;
- Comprimir cerca de 10 minutos (usar sempre luvas);
- Tapar com compressa e ligadura sem apertar que altere a circulação sanguínea;
- Se persistir a hemorragia, não retirar o penso primário, reforçar e voltar a comprimir;
- Não retirar corpos estranhos, nem coágulos e não fazer compressão direta em locais com suspeita de fratura.

16

PRIMEIROS SOCORROS

FERIDAS

- Lavar mãos e usar luvas descartáveis;
- Lavar ferida com soro e compressas, do centro para fora;
- Secar com compressa com toques leves, ;
- Desinfetar com antisséptico (betadine) e tapar se ferida superficial;
- Se ferida extensa ou profunda, encaminhar para hospital.
- Não mexer em feridas com tecidos esmagados/infetados ou se tiver corpos estranhos (não remover).



14

PRIMEIROS SOCORROS

HEMORRAGIA EXTERNA

Hemorragia nasal: comprimir narina, aplicar compressa fria, não inclinar cabeça para trás.



17

PRIMEIROS SOCORROS

HEMORRAGIAS

- Perda de sangue por perfuração de um vaso sanguíneo, veia ou artéria;
- Tipo: internas, externas.

➤ Toda a hemorragia deve ser controlada imediatamente. A hemorragia abundante não controlada, pode causar morte em minutos.



15

PRIMEIROS SOCORROS

HEMORRAGIAS INTERNAS

- Internas: não é visível, mais comuns ocorrem no tórax ou abdômen;
- Sinais de choque: pele fria e pálida, pulso fraco e rápido, sede, tonturas, mãos e dedos arroxeados e inconsciência;
- Não dar alimentos, ligar 112.



18

PRIMEIROS SOCORROS

CONVULSÕES

- São contrações incontroláveis dos músculos, duram poucos minutos;
- Normalmente, há salivação abundante e às vezes, perda de fezes e urina, acompanhado de perda de consciência (desmaio);
- A queda da vítima é quase sempre desamparada, podendo ocorrer ferimentos.

19

PRIMEIROS SOCORROS

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA (DESMAIO)

Sintomas: fraqueza, pulso fraco, sensação de falta de ar, palidez, tonturas, suor frio;

- Deitar vítima, elevar pernas, aliviar a roupa;
- Posicionar a vítima em posição lateral de segurança, deixando a cabeça da vítima de lado e visível;
- Manter local arejado e ligar 112.



22

PRIMEIROS SOCORROS

CONVULSÕES

- ✓ Proteger cabeça da vítima, afastando objetos perigosos;
- ✓ Não prender os movimentos, nem colocar objetos na boca;
- ✓ Após crise, por em posição lateral de segurança;
- ✓ Deixar a vítima repousar e ligar 112.



20

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os primeiros socorros salvam vidas;
- Assistente operacional tem uma intervenção fundamental;
- Formação contínua é essencial para segurança;
- Agir com calma e seguir procedimentos é fundamental.

23

PRIMEIROS SOCORROS

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA (DESMAIO)

É provocado por falta de oxigénio no cérebro, queda brusca e desamparada do corpo. O desmaio dura 2 a 3 minutos. Tem diversas causas: excesso de calor, fadiga, hipoglicémia, permanência de pé durante muito tempo ou outros, arritmias, AVC ou outras situações.

21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Reis, I. et al (1995). Manual de primeiros socorros : acidentes nas escolas, jardins de infância e campos de férias. Lisboa : Ministério da Educação.

Tibbitts, Richard & Vanez, Rita (2003). Primeiros socorros: manual de procedimentos. Porto: Civilização. ISBN: 978-989-708-872-8.

24

Apêndice XV – Tríptico sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação

MATERIAL PARA CUIDADOS DIÁRIOS



Luvas descartáveis;



Copo;



Compressas limpas;



Água;



Seringa de ponta cônica.

OBSERVAR SINAIS DE COMPLICAÇÕES:

- Vermelhidão, dor ou secreções no local;
- Náuseas, vômitos ou distensão abdominal;
- Obstrução ou fuga da sonda.



CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO



CAPACITAR PARA CUIDAR

CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO



PEG, O QUE É?

Consiste na introdução de uma sonda no estômago, através da parede abdominal. Para administração de alimentação, água e medicação.

CUIDADOS DE HIGIENE

- Lavar as mãos com água e sabão, antes de iniciar os cuidados;
- Observar se há vermelhidão, dor e calor no local, saída de sangue ou outro líquido;
- Verificar o comprimento da sonda que sai do estoma, deve estar sempre na mesma marca e ter 1 dedo de distância entre a pele e o travão;
- Limpar a pele com água e compressas e secar bem;
- A sonda deve ficar fixa a barriga para evitar qualquer acidente por tração, mas sem tensão.



HIGIENE ORAL

Apesar de não se alimentar pela boca, deve manter a higiene oral, lavando os dentes e gengivas e aplicar creme hidratante nos lábios.

CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

- Lavar as mãos com água e sabão, antes de iniciar a alimentação;
- Posicionar confortavelmente o cliente, se possível sentada e permanecer nesta posição até 30 minutos após administração;
- Antes de administrar a refeição, abrir a tampa da PEG e aspirar o conteúdo gástrico com uma seringa de ponta cônica, fechar assim que retirar seringa;
- FECHAR a tampa sempre após o uso;



- Se, o conteúdo for superior a 200 ml, não administrar logo a refeição e esperar 4 horas. Verificar até que seja inferior a 200ml;

CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

- Se, o conteúdo for inferior a 200ml, reintroduzir o conteúdo gástrico novamente uma vez que tem componentes essenciais à digestão e administrar a refeição;
- Administrar a alimentação lentamente através de uma seringa, sem interrupções, para evitar a entrada de ar. Ter cuidado com a temperatura da alimentação;
- Administrar a medicação, bem triturada (se necessário), aspirando com a seringa;
- Após lavar a sonda com a seringa com cerca de 20-40ml de água;
- Hidratação diária para cuidar do cliente e PEG.



Apêndice XVI – Tríptico sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE

Verificar diariamente e a cada troca:

- Cor do estoma (rosado, húmido);
- Presença de feridas, irritação ou hemorragia;
- Integridade da pele à volta;
- Quantidade e aspeto das eliminações (urina ou fezes);
- Informar à equipa de enfermagem se alterações ou dúvidas.



O QUE EVITAR

- Não usar toalhetes com álcool ou perfumes;
- Não esfregar a pele;
- Não cortar pele ao redor do estoma;
- Não retirar dispositivos sem necessidade;
- Não deixar o saco demasiado cheio;
- Não aplicar cremes/gorduras sem indicação.



CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO



Capacitar para Cuidar

O QUE É UMA OSTOMIA?

- Abertura cirúrgica que liga um órgão interno ao exterior do corpo;
- Finalidade: construir um novo trajeto, para dar uma função vital (respiração, alimentação e eliminação);
- Pode ser temporária ou definitiva.



TIPOS MAIS COMUNS DE OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

- Urostomia, colostomia e ileostomia.



MATERIAL

- Luvas descartáveis;
- Compressas não estéreis ou papel higiênico;
- Água morna e sabonete neutro (se indicado);
- Sacos/dispositivos de ostomia;
- Tesoura;
- Protetor cutâneo (se aplicável);
- Saco de lixo apropriado.



COMO REMOVER O DISPOSITIVO

- Lavar as mãos com água e sabão;
- Retirar cuidadosamente o dispositivo, se necessário usar o removedor;
- Higienizar a pele à volta do estoma com água e compressas;
- Observar o estoma e pele circundante;
- Secar bem a pele antes de aplicar o novo dispositivo.

COMO COLOCAR O DISPOSITIVO

- Medir o estoma e cortar a placa, passar o dedo pela zona cortada, para evitar arestas soltas;
 - Aplicar a parte adesiva adequadamente à volta do estoma, e pressionar suavemente para melhor adesão;
- ⇒ Trocar o saco sempre que tiver 2/3 de conteúdo;
- ⇒ Trocar a placa de 3 em 3 dias ou sempre que necessário.



Apêndice XVII – Tríptico sobre primeiros socorros

PRIMEIROS SOCORROS

HEMORRAGIAS

O que são? Perda de sangue causada por lesão de um vaso sanguíneo (veia ou artéria).

Tipos:

- **Externas** – visíveis (ex: corte, perfuração);
 - **Internas** – não visíveis (tórax, abdômen).
- Toda hemorragia deve ser controlada imediatamente. Uma hemorragia abundante pode causar morte em poucos minutos.



HEMORRAGIA EXTERNA

- ⇒ Usar luvas descartáveis;
 - ⇒ Elevar o membro afetado;
 - ⇒ Comprimir o local por cerca de 10 minutos;
 - ⇒ Cobrir com compressa e ligadura, sem apertar em excesso;
 - ⇒ Se continuar a sangrar: não remover o penso, reforçar e voltar a comprimir.
- ⊗ Não remover corpos estranhos nem coágulos;
⊗ Não comprimir diretamente se houver suspeita de fratura.

HEMORRAGIA NASAL (epistaxis):

- ⇒ Comprimir a narina
- ⇒ Aplicar compressa fria na testa ou nuca
- ⇒ Não inclinar a cabeça para trás.

HEMORRAGIA INTERNA

SINAIS/SINTOMAS:

- Pele fria e pálida;
 - Pulso fraco e rápido;
 - Sede, tonturas;
 - Dedos arroxeados;
 - Possível inconsciência.
- ⇒ Ligar 112 de imediato;
 - ⇒ Não dar água ou alimentos à vítima.

CONVULSÕES

O que são? Contrações musculares involuntárias e intensas, com duração de poucos minutos.

- Pode haver salvação, perda de urina/fezes e inconsciência.
- A vítima geralmente cai de forma desamparada, podendo sofrer ferimentos.

- ⇒ Proteger a cabeça da vítima (usar roupa ou almofada);
- ⇒ Afastar objetos perigosos ao redor;
- ⇒ Não tentar prender os movimentos;
- ⇒ Não colocar nada na boca;
- ⇒ Após a crise, colocar em posição lateral de segurança; Ligar 112 e deixar a vítima repousar.



ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA (Desmaio)

O que é? Perda momentânea de consciência por falta de oxigênio no cérebro. Pode durar 2 a 3 minutos.

- Causas comuns: calor excessivo, fadiga, hipoglicemia, permanência prolongada em pé, arritmias, AVC, entre outros.

SINAIS/SINTOMAS:

- Fraqueza e tonturas;
 - Palidez e suor frio;
 - Pulso fraco;
 - Sensação de desmaio iminente.
- ⇒ Deitar a vítima de costas e elevar as pernas;
 - ⇒ Aliviar a roupa apertada (cinto, colar, etc.);
 - ⇒ Após recuperação, colocar em posição lateral de segurança, com a cabeça de lado;
 - ⇒ Manter o local arejado;
 - ⇒ Ligar 112 se não recuperar rapidamente ou se houver dúvidas.

PRIMEIROS SOCORROS



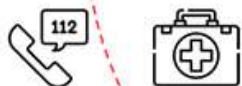
CAPACITAR PARA CUIDAR

PRIMEIROS SOCORROS

São os cuidados imediatos prestados a uma pessoa em situação de urgência ou acidente, antes da chegada dos serviços de emergência.

OBJETIVOS DOS PRIMEIROS SOCORROS:

- Reconhecer a situação de urgência;
- Chamar o 112 rapidamente;
- Agir corretamente e com segurança;
- Prestar apoio à vítima até à chegada da ajuda profissional;
- Preservar a vida;
- Evitar o agravamento do estado da vítima;
- Acelerar a recuperação;
- Reduzir complicações.



AO LIGAR PARA O 112, INFORMAR COM CALMA E CLAREZA:

- **Número e tipo de vítimas:** Indica se são adultos, crianças, homens ou mulheres.;
- **Estado das vítimas:** Diga se estão conscientes, se há hemorragias, fraturas, dificuldade em respirar, etc.;
- **Tipo de acidente:** Explique brevemente o que aconteceu (queda, queimadura, choque elétrico, entre outros);
- **Localização exata:** Dê a morada completa e, se possível, pontos de referência (edifícios, paragens, cruzamentos);
- **Espere pela indicação do operador:** Nunca desligue a chamada antes que o operador o autorize.

QUEIMADURAS

1º Grau: Vermelhidão, inchaço e dor.

Lavar com água corrente durante vários minutos.

2º Grau: Presença de bolhas.

Não rebentar! Proteger com uma compressa limpa e seca.

3º Grau: Pele branca, escura ou carbonizada.

Não tocar! Ligar imediatamente para o 112.

- ⊗ Nunca usar manteiga, pasta de dentes e/ou pomadas caseiras;
- ⊗ Não retirar roupa colada a pele;
- ⊗ Não tapar com algodão e/ou colocar gelo.

FRATURAS

Fechada: pele intacta;

Aberta (exposta): osso visível ou ferida aberta.



SINAIS/SINTOMAS:

- Dor intensa;
- Inchaço;
- Deformação visível;
- Dificuldade ou incapacidade de mover o membro.

- ⇒ Não movimentar a vítima antes da imobilização;
- ⇒ Expor a zona afetada, retirar adornos (anéis, pulseiras, etc.);
- ⇒ Verificar ferimentos e controlar hemorragias; Imobilizar acima e abaixo da fratura (usar talas ou material improvisado);
- ⇒ Chamar o 112;
- ⇒ Manter a vítima calma e aquecida.

- ⊗ Não tentar alinhar ou "endireitar" o osso;
- ⊗ Não empurrar ossos para dentro;
- ⊗ Não apertar em excesso a tala;
- ⊗ Não dar água nem alimentos à vítima.

LUXAÇÕES, ENTORSES E CONTUSÕES

O que são?

Luxação: deslocamento de um osso da articulação;

Entorse: torção com lesão dos ligamentos;

Contusão: pancada com hematoma, sem ferida aberta.



SINAIS/SINTOMAS:

- Dor intensa;
- Inchaço;
- Deformação;
- Hematoma;
- Dificuldade ou incapacidade de mexer a zona afetada.

- ⇒ Imobilizar a articulação;
- ⇒ Aplicar frio local (gelo envolto em pano, nunca direto na pele);
- ⇒ Não massajar;
- ⇒ Usar tala ou lenço para suporte (sem apertar demasiado).

FERIDAS

- ⇒ Lavar bem as mãos e usar luvas descartáveis;
- ⇒ Limpar a ferida com soro fisiológico e compressas, do centro para fora;
- ⇒ Secar com toques suaves usando compressa limpa;
- ⇒ Desinfetar com antisséptico (ex.: betadine);
- ⇒ Tapar apenas se for uma ferida superficial.

Quando encaminhar para o hospital:

- Ferida profunda ou extensa;
- Presença de tecidos esmagados, sinais de infeção ou corpos estranhos.
- ⊗ Não mexer em feridas com corpos estranhos;
- ⊗ Não tentar remover tecidos danificados;
- ⊗ Não aplicar algodão, álcool ou pomadas caseiras.

Apêndice XVIII – Questionário pré sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO – CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Por favor, assinale com um X nos quadrados a sua resposta:

1. Qual a atitude correta em caso de dúvida ou alteração nas ostomias?

- a) Ignorar a situação
- b) Comunicar imediatamente à equipa de enfermagem
- c) Trocar o dispositivo sem verificar
- d) Aplicar cremes sem orientação

2. A PEG (gastrostomia endoscópica percutânea) é utilizada para:

- a) Administração de oxigénio
- b) Alimentação e hidratação de clientes que não conseguem comer pela boca
- c) Realizar drenagem urinária
- d) Avaliar o estado nutricional do cliente

3. A lavagem da sonda com água antes e após a administração da dieta serve para:

- a) Evitar obstruções da sonda
- b) Reduzir o risco de infeção respiratória
- c) Melhorar a digestão do alimento
- d) Substituir a higienização oral

4. Durante a administração da dieta pela PEG é importante:

- a) Administrar o volume todo rapidamente
- b) Manter a tampa da PEG aberta enquanto se enche a seringa com alimentação
- c) Deixar o cliente em posição deitada para descansar
- d) Verificar a temperatura da dieta

5. Relativamente à higiene oral em clientes com PEG, é correto afirmar que:

- a) Não é necessária, pois o cliente não se alimenta pela boca
- b) Deve ser mantida, lavando dentes e gengivas regularmente
- c) Apenas é necessária quando o cliente se queixa de dor
- d) Pode ser substituída por bochechos ocasionais

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XIX – Questionário pré sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO – CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Por favor, assinale com um X nos quadrados a sua resposta:

1. O que é uma ostomia?

- a) Um medicamento para problemas digestivos
- b) Abertura cirúrgica que liga um órgão ao exterior para permitir funções vitais (respiração, alimentação ou eliminação)
- c) Um tipo de curativo para feridas
- d) Um dispositivo de medição de pressão

2. Que materiais são necessários para trocar um dispositivo de ostomia de eliminação?

- a) Luvas descartáveis, compressas, água morna, dispositivo ostomia, saco de lixo
- b) Agulha e seringa
- c) Gaze estéril apenas
- d) Nenhum material é necessário

3. Ao remover o dispositivo de ostomia de eliminação, deve-se:

- a) Retirar o dispositivo rapidamente sem lavar as mãos
- b) Lavar as mãos, retirar cuidadosamente o dispositivo, higienizar a pele e secar
- c) Esfregar a pele com força para limpar
- d) Aplicar creme antes de remover o dispositivo

4. O que deve ser observado diariamente na ostomia/estoma?

- a) Cor do estoma, humidade, integridade da pele
- b) Apenas o tamanho do dispositivo
- c) Quantidade de água ingerida pelo cliente
- d) Temperatura da sala

5. Qual é uma prática correta ao colocar um novo dispositivo de ostomia de eliminação?

- a) Medir o estoma, cortar a placa ao tamanho, aplicar e pressionar suavemente
- b) Colocar qualquer tamanho de placa e apertar com força
- c) Não verificar o material
- d) Deixar o saco cheio antes de trocar

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XX – Questionário pré sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros

QUESTIONÁRIO PRÉ-SESSÃO – PRIMEIROS SOCORROS

Por favor, assinale com um X nos quadrados a sua resposta:

1. Qual é o principal objetivo dos primeiros socorros?

- a) Substituir o tratamento médico definitivo;
- b) Prevenir complicações, preservar a vida e apoiar a recuperação;
- c) Transportar a vítima para o hospital;
- d) Administrar medicamentos à vítima;

2. Qual é o número de emergência a contactar em Portugal em caso de acidente?

- a) 115;
- b) 112;
- c) 192;
- d) 193;

3. O que deve indicar ao ligar para o 112?

- a) Apenas o seu nome;
- b) O tipo de acidente, número de vítimas e localização exata;
- c) Apenas a gravidade do acidente;
- d) A idade de todas as vítimas;

4. Qual a atitude correta do assistente operacional perante uma vítima?

- a) Manter a calma, afastar curiosos e nunca abandonar a vítima;
- b) Movimentar a vítima rapidamente para um local seguro;
- c) Administrar água ou alimentos de imediato;
- d) Esperar pela chegada do INEM sem agir;

5. Como deve agir perante uma queimadura de 2.º grau (com bolhas)?

- a) Romper as bolhas e aplicar pomadas caseiras;
- b) Não furar as bolhas, proteger com compressa limpa e ligar 112;
- c) Aplicar gelo diretamente na queimadura para aliviar a dor;
- d) Retirar roupa colada à pele;

6. O que deve fazer perante uma fratura suspeita?

- a) Tentar alinhar o osso;
- b) Imobilizar a área, acalmar a vítima e chamar o 112;
- c) Aplicar calor na zona;
- d) Movimentar a vítima rapidamente para que fique numa posição confortável;

7. Em caso de hemorragia externa abundante, deve:

- a) Lavar apenas com água;
- b) Comprimir o local, elevar o membro afetado e não retirar o penso inicial;
- c) Remover o penso a cada 5 minutos para verificar a hemorragia;
- d) Aplicar torniquete/garroto imediatamente para melhor control da hemorragia;

8. Durante uma convulsão, deve:

- a) Tentar imobilizar a vítima para proteger a cabeça;
- b) Colocar objetos na boca da vítima para não moder a língua;
- c) Proteger a cabeça, afastar objetos perigosos e pôr em posição lateral de segurança após a crise;
- d) Dar água assim que possível;

9. Perante uma alteração do estado de consciência/desmaio, a atitude correta é:

- a) Deixar a vítima deitada de barriga para baixo;
- b) Sentar a vítima e abaná-la;
- c) Deitar a vítima, elevar as pernas e aliviar a roupa;
- d) Administrar alimentos de imediato;

10. Porque é importante a formação contínua em primeiros socorros para assistentes operacionais?

- a) Para cumprir obrigações legais;
- b) Para atuar de forma calma, correta e eficaz, salvando vidas;
- c) Apenas para evitar multas;
- d) Para substituir os profissionais de saúde.

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XXI – Questionário pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO – CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO

Por favor, assinale com um X nos quadrados a sua resposta:

1. Qual a atitude correta em caso de dúvida ou alteração nas ostomias?

- a) Ignorar a situação
- b) Comunicar imediatamente à equipa de enfermagem
- c) Trocar o dispositivo sem verificar
- d) Aplicar cremes sem orientação

2. A PEG (gastrostomia endoscópica percutânea) é utilizada para:

- a) Administração de oxigénio
- b) Alimentação e hidratação de clientes que não conseguem comer pela boca
- c) Realizar drenagem urinária
- d) Avaliar o estado nutricional do cliente

3. A lavagem da sonda com água antes e após a administração da dieta serve para:

- a) Evitar obstruções da sonda
- b) Reduzir o risco de infeção respiratória
- c) Melhorar a digestão do alimento
- d) Substituir a higienização oral

4. Durante a administração da dieta pela PEG é importante:

- a) Administrar o volume todo rapidamente
- b) Manter a tampa da PEG aberta enquanto se enche a seringa com alimentação
- c) Deixar o cliente em posição deitada para descansar
- d) Verificar a temperatura da dieta

5. Relativamente à higiene oral em clientes com PEG, é correto afirmar que:

- a) Não é necessária, pois o cliente não se alimenta pela boca
- b) Deve ser mantida, lavando dentes e gengivas regularmente
- c) Apenas é necessária quando o cliente se queixa de dor
- d) Pode ser substituída por bochechos ocasionais

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XXII – Questionário pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO – CUIDADOS ÀS OSTOMIAS DE ELIMINAÇÃO

Por favor, assinale com um X nos quadrados a sua resposta:

1. O que é uma ostomia?

- a) Um medicamento para problemas digestivos
- b) Abertura cirúrgica que liga um órgão ao exterior para permitir funções vitais (respiração, alimentação ou eliminação)
- c) Um tipo de curativo para feridas
- d) Um dispositivo de medição de pressão

2. Que materiais são necessários para trocar um dispositivo de ostomia de eliminação?

- a) Luvas descartáveis, compressas, água morna, dispositivo ostomia, saco de lixo
- b) Agulha e seringa
- c) Gaze estéril apenas
- d) Nenhum material é necessário

3. Ao remover o dispositivo de ostomia de eliminação, deve-se:

- a) Retirar o dispositivo rapidamente sem lavar as mãos
- b) Lavar as mãos, retirar cuidadosamente o dispositivo, higienizar a pele e secar
- c) Esfregar a pele com força para limpar
- d) Aplicar creme antes de remover o dispositivo

4. O que deve ser observado diariamente na ostomia/estoma?

- a) Cor do estoma, humidade, integridade da pele
- b) Apenas o tamanho do dispositivo
- c) Quantidade de água ingerida pelo cliente
- d) Temperatura da sala

5. Qual é uma prática correta ao colocar um novo dispositivo de ostomia de eliminação?

- a) Medir o estoma, cortar a placa ao tamanho, aplicar e pressionar suavemente
- b) Colocar qualquer tamanho de placa e apertar com força
- c) Não verificar o material
- d) Deixar o saco cheio antes de trocar

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XXIII – Questionário pós sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros

QUESTIONÁRIO PÓS-SESSÃO – PRIMEIROS SOCORROS

Por favor, assinale com um X nos quadrados a sua resposta:

1. Qual é o principal objetivo dos primeiros socorros?

- a) Substituir o tratamento médico definitivo;
- b) Prevenir complicações, preservar a vida e apoiar a recuperação;
- c) Transportar a vítima para o hospital;
- d) Administrar medicamentos à vítima;

2. Qual é o número de emergência a contactar em Portugal em caso de acidente?

- a) 115;
- b) 112;
- c) 192;
- d) 193;

3. O que deve indicar ao ligar para o 112?

- a) Apenas o seu nome;
- b) O tipo de acidente, número de vítimas e localização exata;
- c) Apenas a gravidade do acidente;
- d) A idade de todas as vítimas;

4. Qual a atitude correta do assistente operacional perante uma vítima?

- a) Manter a calma, afastar curiosos e nunca abandonar a vítima;
- b) Movimentar a vítima rapidamente para um local seguro;
- c) Administrar água ou alimentos de imediato;
- d) Esperar pela chegada do INEM sem agir;

5. Como deve agir perante uma queimadura de 2.º grau (com bolhas)?

- a) Romper as bolhas e aplicar pomadas caseiras;
- b) Não furar as bolhas, proteger com compressa limpa e ligar 112;
- c) Aplicar gelo diretamente na queimadura para aliviar a dor;
- d) Retirar roupa colada à pele;

6. O que deve fazer perante uma fratura suspeita?

- a) Tentar alinhar o osso;
- b) Imobilizar a área, acalmar a vítima e chamar o 112;
- c) Aplicar calor na zona;
- d) Movimentar a vítima rapidamente para que fique numa posição confortável;

7. Em caso de hemorragia externa abundante, deve:

- a) Lavar apenas com água;
- b) Comprimir o local, elevar o membro afetado e não retirar o penso inicial;
- c) Remover o penso a cada 5 minutos para verificar a hemorragia;
- d) Aplicar torniquete/garrote imediatamente para melhor control da hemorragia;

8. Durante uma convulsão, deve:

- a) Tentar imobilizar a vítima para proteger a cabeça;
- b) Colocar objetos na boca da vítima para não moder a língua;
- c) Proteger a cabeça, afastar objetos perigosos e pôr em posição lateral de segurança após a crise;
- d) Dar água assim que possível;

9. Perante uma alteração do estado de consciência/desmaio, a atitude correta é:

- a) Deixar a vítima deitada de barriga para baixo;
- b) Sentar a vítima e abaná-la;
- c) Deitar a vítima, elevar as pernas e aliviar a roupa;
- d) Administrar alimentos de imediato;

10. Porque é importante a formação contínua em primeiros socorros para assistentes operacionais?

- a) Para cumprir obrigações legais;
- b) Para atuar de forma calma, correta e eficaz, salvando vidas;
- c) Apenas para evitar multas;
- d) Para substituir os profissionais de saúde.

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice XXIV – Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde pelo formando

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELO FORMANDO

Curso:	
Data:	Duração:
Formador: Cátia Sampaio	Local:

Terminada a formação, é muito importante para nós conhecer a opinião dos participantes a fim de proceder às melhorias necessárias que visem a qualidade da sessão de formação.

Avalie cada um dos itens apresentados e assinale com X a quadrícula correspondente, utilizando a seguinte escala de 1 a 5: 1- Muito insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Nem satisfeito nem Insatisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito satisfeito.

Assinale a sua opinião relativamente a cada um dos seguintes itens:

	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito, nem Insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
1. Duração da sessão de formação					
2. Horário					
3. Utilidade da formação para o exercício profissional					
4. Desempenho do formador					
5. Avaliação global da sessão de formação					

6. Sugestões/críticas:

Obrigada

Apêndice XXV – Registos de dados dos questionários pré e pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de alimentação

ID	Instituição	Formação	Tipo Quest.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Pontuação Q.		
1		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
1		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
2		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
3		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
3		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
4		OA	Pré	1	1	0	1	1	4		
4		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
5		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
5		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
6		OA	Pré	1	1	1	1	1	5	TOTAL PRÉ	29
6		OA	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	30
1		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
1		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OA	Pré	1	1	1	0	1	4		
2		OA	Pós	1	1	0	0	1	3		
3		OA	Pré	1	1	1	0	1	4	TOTAL PRÉ	13
3		OA	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	13
1		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
1		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
2		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
3		OA	Pré	1	0	1	0	1	3		
3		OA	Pós	1	1	1	0	1	4		
4		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
4		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
5		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
5		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
6		OA	Pré	1	1	1	0	1	4	TOTAL PRÉ	27
6		OA	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	29
1		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
1		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
2		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
3		OA	Pré	1	1	1	0	1	4		
3		OA	Pós	1	1	1	0	1	4		
4		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
4		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
5		OA	Pré	1	1	1	0	1	4		
5		OA	Pós	1	1	1	0	1	4		
6		OA	Pré	1	1	1	0	1	4		
6		OA	Pós	1	1	1	0	1	4		
7		OA	Pré	1	1	1	0	1	4		
7		OA	Pós	1	1	1	0	1	4		
8		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
8		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
9		OA	Pré	1	1	0	1	1	4		
9		OA	Pós	1	1	0	1	1	4		
10		OA	Pré	1	1	0	0	1	3		
10		OA	Pós	1	1	1	0	1	4		
11		OA	Pré	1	1	1	1	1	5		
11		OA	Pós	1	1	1	1	1	5		
12		OA	Pré	1	1	0	1	1	4	TOTAL PRÉ	52
12		OA	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	54
TOTAL - 27 participantes				MÉDIA Quest.	1,0	1,0	0,9	0,7	1,0		
				MÉDIA TOTAL	4,6						
				MÉDIA RSP	0,9						

Instituição	Pré	Pós	Diferença	%
	29	30	1	3,3
	13	13	0	0,0
	27	29	2	6,9
	52	54	2	3,7
				3,5

Apêndice XXVI – Registos de dados dos questionários pré e pós sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomia de eliminação

ID	Instituição	Formação	Tipo Quest.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Pontuação Q.		
1		O Elim.	Pré	1	1	1	1	1	5		
1		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
3		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
3		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
4		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
4		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
5		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
5		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
6		OE	Pré	1	1	1	1	1	5	TOTAL PRÉ	30
6		OE	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	30
1		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
1		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
3		OE	Pré	1	1	1	1	1	5	TOTAL PRÉ	15
3		OE	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	15
1		OE	Pré	1	1	0	1	1	4		
1		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
3		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
3		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
4		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
4		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
5		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
5		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
6		OE	Pré	1	1	1	1	1	5	TOTAL PRÉ	29
6		OE	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	30
1		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
1		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
2		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
3		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
3		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
4		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
4		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
5		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
5		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
6		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
6		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
7		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
7		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
8		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
8		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
9		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
9		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
10		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
10		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
11		OE	Pré	1	1	1	1	1	5		
11		OE	Pós	1	1	1	1	1	5		
12		OE	Pré	1	1	1	1	1	5	TOTAL PRÉ	60
12		OE	Pós	1	1	1	1	1	5	TOTAL PÓS	60
MÉDIA Quest.				1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			
MÉDIA TOTAL				5,0							
MÉDIA RSP				1,0							
TOTAL - 27 participantes											

Instituição	Pré	Pós	Diferença	%
	30	30	0	0,0
	15	15	0	0,0
	29	30	1	3,4
	60	60	0	0,0
				0,9

Apêndice XXVII – Registos de dados dos questionários pré e pós sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros

ID	Instituição	Formação	Tipo quest.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Total Q.		
1		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
1		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
2		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
2		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
3		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
3		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
4		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
4		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
5		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
5		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
6		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	TOTAL PRÉ	58
6		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	TOTAL PÓS	58
1		1º socorros	Pré	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	5		
1		1º socorros	Pós	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5		
2		1º socorros	Pré	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9		
2		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
3		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9		
3		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
4		1º socorros	Pré	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8	TOTAL PRÉ	31
4		1º socorros	Pós	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	7	TOTAL PÓS	32
1		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
1		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
2		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
2		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
3		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9		
3		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
4		1º socorros	Pré	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9		
4		1º socorros	Pós	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9		
5		1º socorros	Pré	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	TOTAL PRÉ	45
5		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	TOTAL PÓS	49
1		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
1		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
2		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8		
2		1º socorros	Pós	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9		
3		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
3		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
4		1º socorros	Pré	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	7		
4		1º socorros	Pós	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9		
5		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	TOTAL PRÉ	45
5		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	TOTAL PÓS	48
1		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
1		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
2		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
2		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
3		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
3		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
4		1º socorros	Pré	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9		
4		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
5		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
5		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
6		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
6		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9		
7		1º socorros	Pré	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
7		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10		
8		1º socorros	Pré	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	TOTAL PRÉ	76
8		1º socorros	Pós	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	TOTAL PÓS	79
				MÉDIA Quest.	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	0,8	0,9	1,0	0,9		
28 participantes				MÉDIA TOTAL	1,0											
				MÉDIA RSP	1,0											

Instituição	Pré	Pós	Diferença	%
	58	58	0	0,0
	31	32	1	3,1
	45	49	4	8,2
	45	48	3	6,3
	76	79	3	3,8
				4,3

Apêndice XXVIII – Registos de dados dos questionários de avaliação da sessão de educação para a saúde sobre cuidados à pessoa com ostomias de alimentação e eliminação pelo formando

ID	Formação	Instituição	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total	%	Total IPSS %
1	OE + OA		5	4	5	5	5	24	96	96
2	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
3	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
4	OE + OA		5	4	5	5	5	24	96	
5	OE + OA		4	4	5	5	5	23	92	
6	OE + OA		4	4	5	5	5	23	92	
1	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	92
2	OE + OA		5	2	5	5	5	22	88	
3	OE + OA		5	2	5	5	5	22	88	
1	OE + OA		4	4	5	5	5	23	92	95
2	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
3	OE + OA		4	4	5	5	5	23	92	
4	OE + OA		5	4	5	5	4	23	92	
5	OE + OA		4	4	5	5	5	23	92	
6	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
1	OE + OA		4	5	5	5	5	24	96	96
2	OE + OA		4	5	5	5	5	24	96	
3	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
4	OE + OA		4	4	5	5	5	23	92	
5	OE + OA		4	4	5	5	4	22	88	
6	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
7	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
8	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
9	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
10	OE + OA		5	5	5	5	4	24	96	
11	OE + OA		4	4	4	4	4	20	80	
12	OE + OA		5	5	5	5	5	25	100	
			4,2	4,8	4,8	4,7	4,7			
		%	96	96	94	94	94			
		MÉDIA Questão	4,6	4,4	5	5	4,9	24	95	
		MÉDIA TOTAL	23,8							
		MÉDIA POR RSP	4,8							

Apêndice XXIX – Resultados dos questionários de avaliação da sessão de educação para a saúde sobre primeiros socorros pelo formando

ID	Formação	Instituição	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total	%	Total IPSS
1	1º socorros		4	4	5	5	4	22	88	97
2	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
3	1º socorros		5	4	5	5	5	24	96	
4	1º socorros		5	4	5	5	5	24	96	
5	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
6	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
1	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	92
2	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
3	1º socorros		2	3	4	5	4	18	72	
4	1º socorros		5	4	5	5	5	24	96	
1	1º socorros		4	4	5	5	5	23	92	98
2	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
3	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
4	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
5	1º socorros		5	4	5	5	5	24	96	96
1	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
2	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
3	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
4	1º socorros		4	4	4	4	4	20	80	
5	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
1	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	93
2	1º socorros		4	4	4	5	5	22	88	
3	1º socorros		5	4	5	5	5	24	96	
4	1º socorros		4	4	4	5	5	22	88	
5	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
6	1º socorros		5	5	5	5	5	25	100	
7	1º socorros		2	4	5	5	4	20	80	
8	1º socorros		4	4	5	5	4	22	88	
		Média	4,5	4,9	5,0	4,8	4,8			
		%	97	99	96	96	96			
		MÉDIA Questão	4,6	4,5	5	5	5	24	95	
		MÉDIA TOTAL	23,7							
		MÉDIA POR RSP	4,7							

Apêndice XXX – Listagem de material essencial de primeiros socorros

MATERIAL ESSENCIAL DE PRIMEIROS SOCORROS

Material de proteção individual

- Luvas descartáveis (6 pares)
- Máscaras cirúrgicas (4 unidades)
- Solução alcoólica para higienização das mãos (1 unidade)

Para hemorragias

- Compressas esterilizadas 10x10 (6 unidades)
- Compressas esterilizadas 20x20 (2 unidades)
- Pensos rápidos de vários tamanhos
- Ligaduras (2 unidades, tamanhos diferentes)
- Adesivo (1 unidade)

Para pequenas feridas

- Soro fisiológico (6 unidades)
- Solução antisséptica cutânea (2 unidades betadine)
- Compressas esterilizadas 10 x10

Outros materiais úteis

- Tesoura
- Açúcar
- Termómetro (opcional)
- Sacos para resíduos biológicos
- Bloco de notas e caneta (para registo da ocorrência)
- Lista de contactos de emergência:
 - **INEM – 112**
 - Intoxicações – centro de informação anti-veneno, contato: **808 250 250**
 - PSP de São Domingos de Rana –Rua Bons Amigos 106 D, 2785-172 São Domingos de Rana, contato: 214 453 619
 - Bombeiros Voluntários de Carcavelos e São Domingos de Rana - 21 458 47 00
 - Centro Social Paroquial de

Material	Verificado	Verificado	Verificado	Verificado
6 pares luvas descartáveis	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
4 máscaras cirúrgicas	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
1 desinfetante	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
6 compressas est. 10x10	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
2 compressas est. 20x20	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
10 pensos rápidos	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
2 ligaduras	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
1 adesivo	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
6 unidose soro fisiológico	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
2 unidoses betadine	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
3 pacote açúcar	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:
1 saco para lixo	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:	Data: Nome:

CONTATOS DE EMERGÊNCIA:

- **INEM – 112**
- Intoxicações – centro de informação anti-veneno, contato: **808 250 250**
- PSP de São Domingos de Rana –Rua Bons Amigos 106 D, 2785-172 São Domingos de Rana, contato: 214 453 619
- Bombeiros Voluntários de Carcavelos e São Domingos de Rana - 21 458 47 00
- Centro Social Paroquial de



Capacitar para cuidar: uma intervenção de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Cátia Isabel Rodrigues Dias Sampaio

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA