

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

**CAPACITAR PARA PREVENIR: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE
PÚBLICA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO JUNTO
DE CUIDADORES FORMAIS**

Mariana Vala

2026

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

Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional

**CAPACITAR PARA PREVENIR: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE
PÚBLICA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO JUNTO
DE CUIDADORES FORMAIS**

REALIZADO POR:

Mariana Vala

ORIENTADO POR:

Professor Ricardo Sousa Mestre

Barcarena, março de 2026

A autora é a única responsável pelas ideias expostas neste relatório.

*“Educação não transforma o mundo. Educação muda as
pessoas. Pessoas mudam o mundo.”*

Paulo Freire

Agradecimentos

Considero-me uma pessoa persistente (ou teimosa, como alguns dirão), lutadora e resiliente. Gosto de desafios. Mas este desafio foi maior do que esperava e, muitas vezes ao longo do caminho, refleti acerca da dificuldade e da exigência de articular a vida profissional com a vida de estudante. Ao longo dos meses tentei não me esquecer de mim própria e do meu papel como filha, irmã, neta, amiga... Se sempre foi possível? Não. Mas fiz o meu melhor e contei com pessoas ao meu lado que foram essenciais para a conclusão desta etapa. São pessoas muito especiais e preciso de lhes agradecer a sua existência neste mundo. Hoje estou muito realizada e feliz. Obrigada a cada um de vocês:

Professor Ricardo Mestre, o meu orientador. Para além de um professor de excelência é uma pessoa incrivelmente empática e bondosa. Primou sempre pela excelência do meu percurso, incentivou-me a trabalhar muito e acreditou até mais em mim do que eu própria. Nunca me senti só com ele ao meu lado, não podia ter pedido melhor.

Enfermeira Vanessa Silva, minha orientadora de estágio. Por todo o apoio e acompanhamento ao longo deste árduo caminho e por se envolver a 200% no meu projeto. Vou levar comigo as palavras sempre bonitas e de incentivo e confiança, que tão importantes foram em dias turbulentos. Ensinou-me a ser melhor profissional, mas melhor pessoa também.

Ana Vicente, minha amiga e colega de mestrado. Era só uma colega de curso, mas tornou-se uma amiga fiel e verdadeira. Juntas fizemos um verdadeiro trabalho de equipa, apoiamo-nos em todos os momentos e sinto que torcemos uma pela outra como ninguém. Chorámos, mas também comemos bolo de cenoura com cobertura de chocolate e, no final, levo-a para a vida.

Raquel Martins, melhor amiga e irmã que esteve sempre ao meu lado, que me abraçou e me fez rir nos dias difíceis; *Sandra Pereira*, colega de trabalho e amiga, que me amparou algumas lágrimas de cansaço e levou muitos dias com a nossa lista de utentes sozinha!; *Ana Quintas* e *Carla Garcia*, o meu porto seguro e um amor para a vida toda.

Por último, e o mais importante, aos meus. Sou a primeira Mestre da família, ou seja, eles nem entendem muito bem o que isto significa. Mas, percebendo ou não, nunca me largaram a mão e são, sem dúvida, o melhor de mim – pai, mano, avô Bezinho e avó Amália.

Mãe. Estas três letras colocam-me lágrimas nos olhos. Sou tão agradecida por te ter! Não tenho nem terei alguma vez palavras suficientes para ti por tudo o que és para mim. Obrigada por seres exatamente assim. Eu acho que és a melhor do mundo inteiro.

Obrigada por fazerem parte da minha vida.

Tenho um bocadinho de cada um de vós.

Resumo

Introdução: As úlceras por pressão (UPP) constituem um importante problema de saúde pública, associando-se a elevada morbidade, impacto negativo na qualidade de vida e aumento dos custos em saúde. A sua prevenção assume particular relevância em contextos institucionais que acolhem pessoas com elevada dependência, nomeadamente indivíduos com deficiência mental. Os cuidadores formais são profissionais centrais na implementação de medidas preventivas, pois prestam cerca de 90% dos cuidados necessários. Assim, a sua capacitação revela-se determinante para a identificação precoce de sinais de risco, para a adoção de práticas preventivas e para a garantia de cuidados seguros e de qualidade.

Objetivo: Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais à pessoa com deficiência mental, no âmbito da prevenção das UPP, em contexto institucional.

Metodologia: O projeto foi desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em Saúde. A realização do diagnóstico de situação foi baseada na aplicação do *Questionário aos Cuidadores Formais*, bem como reuniões com os *stakeholders*. Após a identificação do problema prioritário (lacunas de conhecimento acerca de práticas preventivas de UPP) foi desenvolvido este projeto que teve por base em sessões teóricas e práticas dirigidas aos cuidadores formais. Foi ainda implementado um sistema cromático de estratificação de risco baseado na avaliação de risco de UPP, segundo a aplicação da escala de *Braden*, que apresentou uma estratégia inovadora e facilitadora da comunicação entre profissionais e da operacionalização diária dos cuidados.

Resultados: Verificaram-se melhorias significativas dos conhecimentos e competências dos cuidadores formais, elevada adesão às atividades formativas e implementação eficaz do sistema cromático de estratificação de risco, contribuindo para a organização e qualidade dos cuidados.

Conclusão: A capacitação dos cuidadores formais e a implementação de estratégias estruturadas de prevenção revelaram-se fundamentais na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, reforçando o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública na promoção de ganhos em saúde.

Palavras-chave: cuidadores formais; planeamento em saúde; prevenção; úlceras por pressão.

Abstract

Introduction: Pressure ulcers (PUs) constitute a significant public health problem, being associated with high morbidity, negative impact on quality of life, and increased healthcare costs. Their prevention is particularly relevant in institutional settings that care for highly dependent individuals, namely persons with intellectual disabilities. Formal caregivers play a central role in the implementation of preventive measures, as they provide approximately 90% of the necessary care. Therefore, their training is crucial for the early identification of risk signs, the adoption of preventive practices, and the provision of safe and high-quality care.

Objective: To contribute to the improvement of care provided by formal caregivers to persons with intellectual disabilities, within the scope of pressure ulcer prevention in an institutional setting.

Methodology: The project was developed according to the Health Planning methodology. The situational diagnosis was based on the application of the *Questionário aos Cuidadores Formais*, as well as meetings with stakeholders. After identifying the priority problem (knowledge gaps regarding preventive practices for PUs), this project was developed based on theoretical and practical training sessions addressed to formal caregivers. A color-coded risk stratification system was also implemented, based on pressure ulcer risk assessment using the Braden Scale. This strategy proved to be innovative and facilitated communication among professionals, as well as the daily operationalization of care.

Results: Significant improvements were observed in the knowledge and skills of formal caregivers, with high adherence to the training activities and effective implementation of the color-coded risk stratification system, contributing to the organization and quality of care.

Conclusion: The training of formal caregivers and the implementation of structured prevention strategies proved to be fundamental in improving the quality and safety of care, reinforcing the role of the specialist nurse in community and public health nursing in promoting health gains.

Keywords: formal caregivers; health planning; prevention; pressure ulcers.

Índice

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	20
1.1. Úlceras Por Pressão.....	20
1.1.1. Fisiopatologia e Fatores de Risco das UPP	21
1.1.2. Epidemiologia das UPP	23
1.1.3. Prevenção das UPP	25
1.2. Pessoa com Deficiência Mental enquanto Grupo Vulnerável em Contexto Institucional.....	26
1.3. Cuidador Formal na Prevenção de Úlceras Por Pressão.....	28
1.4. Referenciais Teóricos da Intervenção em Enfermagem Comunitária	30
1.4.1. Articulação e Interligação entre os modelos.....	32
1.5. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.....	35
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO.....	36
2.1. Unidade de Saúde Pública	36
2.2. Unidade de Cuidados na Comunidade.....	37
2.3. Unidade de Saúde Parceira da Comunidade	38
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	39
3.1. Diagnóstico de Situação	39
3.1.2. Considerações éticas	43
3.1.3. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados	44
3.1.4. Procedimentos de análise de dados	46
3.1.5. Análise e interpretação dos resultados	47
3.1.7. Problemas identificados	56
3.2. Definição de prioridades	59
3.3. Definição de objetivos.....	61
3.4. Seleção de Estratégias.....	64
3.4.1. Estrutura de Gestão do Projeto.....	67
3.5. Preparação e Execução do Projeto	68
3.5.1. Recursos Humanos e Análise Orçamental.....	74

3.6. Avaliação do Projeto	76
3.7. Limitações do projeto.....	81
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	xcix
ANEXO I – Questionário aos Cuidadores Formais	c
APÊNDICES	cviii
APÊNDICE I – Questionário aos Cuidadores Formais adaptado à população-alvo	cix
APÊNDICE II – Ata de reunião realizada com as entidades envolvidas: USP, UCC e USPC	cxvii
APÊNDICE III – Pedido de parecer à Comissão de Ética e respectiva autorização	cxxi
APÊNDICE IV – Pedido de autorização à USP	cxxix
APÊNDICE V – Pedido de autorização à UCC.....	cxxxii
APÊNDICE VI – Pedido de autorização à instituição-alvo	cxxxv
APÊNDICE VII – Pedido de autorização para utilização do <i>Questionário aos Cuidadores Formais</i>	cxxxviii
APÊNDICE VIII – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	cxli
APÊNDICE IX – Teste não paramétrico kruskal-Wallis	cxlii
APÊNDICE X – Ata de Reunião de apresentação de resultados	cxliv
APÊNDICE XI – Material de apoio para o Sistema de Estratificação de Risco “AlertUPP”	cxlviii
APÊNDICE XII – Identificação dos processos físicos dos utentes de ECCI, na UCC, no âmbito do “AlertUPP”	cli
APÊNDICE XIII – Material de apoio para o Sistema de Estratificação de Risco “AlertUPP”, adaptado à UCC	clii
APÊNDICE XIV – Planos de Sessão de Educação para a Saúde	cliv
APÊNDICE XV – Sessão Formativa Teórica	clix
APÊNDICE XVI – Sessão Formativa Prática.....	clxvi

APÊNDICE XVII – <i>Ebook</i> de Boas Práticas.....	clxxi
APÊNDICE XVIII – Comunicação Oral do Congresso ELO.....	clxxxiii
APÊNDICE XIX – Divulgação nas Redes Sociais da UCC.....	clxxxvi
APÊNDICE XX – Comemoração do Dia STOP UPP	clxxxix
APÊNDICE XXI – Email direcionado à ULS no âmbito da divulgação do projeto e sensibilização da temática	cxcii
APÊNDICE XXII – Cronograma do projeto	cxniv
APÊNDICE XXIII – Grelhas de observação da sessão formativa prática	cxvii
APÊNDICE XXIV – Questionários de Satisfação.....	cxviii
APÊNDICE XXV – Análise do nível de satisfação dos formandos	cxviii
APÊNDICE XXVI – <i>Feedback</i> da USPC acerca do projeto realizado	cxviii
APÊNDICE XXVII – Diplomas e/ou Certificados.....	cxviii
APÊNDICE XXVIII – Publicação “ <i>Art Therapy with dementia: a rapid literature review</i> ” ...	cxviii
APÊNDICE XXIX – Publicação ““ <i>Nursing interventions on therapeutic adherence in adolescents with type 1 diabetes: scoping review protocol</i> ”	cxviii

Índice de figuras

Figura 1 - Processo de fisiopatologia das UPP	22
Figura 2 - Esquema representativo do modelo conceptual desenvolvido para o projeto.....	34
Figura 3 - Work Breakdown Structure do Projeto.....	68
Figura 4 - Logotipo desenvolvido para o projeto de intervenção	69

Índice de gráficos

Gráfico 1- Estudos realizados, por país, relativamente à prevalência de UPP.....	24
Gráfico 2- Evolução anual das notificações de incidentes de UPP por entidade (2015-2019)	25
Gráfico 3 - Tempo despendido na deslocação para o trabalho	48
Gráfico 4 - Distribuição de anos de experiência como cuidadores	50
Gráfico 5 - Distribuição por opinião se consideravam a mudança de profissão	50
Gráfico 6 - Distribuição por áreas de formação já frequentada pelos CF	51
Gráfico 7 - Distribuição por opinião acerca da suficiência das formações frequentadas.....	52
Gráfico 8 - Distribuição por procura de formação externa à instituição de origem	52
Gráfico 9 - Distribuição pelas respostas dadas na escala acerca dos conhecimentos	53

Índice de Quadros

Quadro 1 -Distribuição da população-alvo, segundo sexo, idade e estado civil	48
Quadro 2 -Problemas de saúde que afetam a população-alvo	49
Quadro 3 - Priorização dos problemas identificados segundo os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade.....	59
Quadro 4 - Metas e indicadores relacionados com os objetivos específicos	63
Quadro 5 - Planeamento operacional das atividades do projeto de intervenção comunitária	70
Quadro 6 - Recursos humanos e stakeholders envolvidos no projeto	75
Quadro 7 - Previsão orçamental do projeto	76
Quadro 8 - Resultados relativos ao objetivo específico 1	78
Quadro 9 - Resultados relativos ao objetivo específico 2	79
Quadro 10 - Resultados relativos ao objetivo específico 3	80

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
APA - American Psychological Association
CF - Cuidadores Formais
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção Geral de Saúde
DNO - Doenças de Notificação Obrigatória
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica
ICN - International Council of Nurses
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
ITAD - Instituto de Apoio ao Desenvolvimento
MPS - Modelo da Promoção da Saúde
NPIAP/EPUAP/PPPIA - National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance
OMS - Organização Mundial da Saúde
PeS - Planeamento em Saúde
PNSD - Programa Nacional para a Segurança do Doente
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNAO - Registered Nurses Association of Ontario
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS - Unidade Local de Saúde
UPP - Úlcera por Pressão
USP - Unidade de Saúde Pública
USPC - Unidade de Saúde Parceira da Comunidade
WBS - Work Breakdown Structure

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), no âmbito da unidade curricular Estágio Profissional com Relatório. Este documento reflete as competências desenvolvidas ao longo dos estágios realizados na Unidade de Saúde Pública (USP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), os quais contemplaram a conceção, implementação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária fundamentado na metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

Neste contexto, o presente relatório centra-se no desenvolvimento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária, assumindo o Planeamento em Saúde (PeS) como referencial metodológico orientador de todo o percurso desenvolvido em contexto de estágio.

A segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde assumem, na atualidade, um papel central nas políticas e práticas em saúde, refletindo-se nas estratégias implementadas pelas unidades de saúde com vista à redução de eventos adversos e à promoção de cuidados seguros. Neste contexto, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021–2030 constituiu um marco determinante para a criação do Programa Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021–2026, ambos alinhados com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estes instrumentos visam promover estratégias estruturadas, desenvolver políticas eficazes e garantir a prestação de cuidados seguros, personalizados e centrados na pessoa (OMS, 2021).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), enquanto porta de entrada no sistema de saúde e com intervenção transversal nos contextos escolar, domiciliário, laboral e institucional, ao longo de todo o ciclo vital (Martins et al., 2022), assumem um papel estratégico na promoção de ambientes seguros, na identificação e mitigação de riscos, bem como na prevenção de danos evitáveis.

Entre os indicadores de qualidade integrados no PNSD, destaca-se, no Pilar 5 — “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” — a incidência de úlceras por pressão (UPP), considerada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados, orientado para a promoção de práticas de enfermagem baseadas na evidência e centradas na pessoa (DGS, 2022). As UPP constituem um problema de saúde pública e

representam uma causa significativa de morbidade e mortalidade. Estas lesões têm um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas e uma sobrecarga considerável para os sistemas de saúde, quer ao nível dos recursos humanos, quer ao nível dos custos económicos associados ao seu tratamento (Carmo et al., 2023).

A evidência disponível aponta para uma prevalência significativa de UPP a nível europeu, sendo expectável que Portugal acompanhe esta tendência, considerando tratar-se de um dos países da União Europeia com maior índice de envelhecimento, com 2,6 pessoas em idade ativa por cada idoso em 2024 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2026). O envelhecimento populacional, associado ao aumento da dependência funcional e da prevalência de comorbilidades, constitui um fator de risco reconhecido para o desenvolvimento de UPP, antecipando-se um aumento da ocorrência destas lesões (Jacq et al., 2021; Poldrugovac et al. 2021).

A intervenção desenvolvida decorreu numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), doravante designada Unidade de Saúde Parceira da Comunidade (USPC), situada na área de abrangência da USP e UCC, que acolhe pessoas com deficiência mental, frequentemente com comprometimento da funcionalidade, nomeadamente ao nível cognitivo e motor (Instituto de Apoio ao Desenvolvimento [ITAD], 2025). Acresce que o envelhecimento progressivo desta população traduz-se numa maior vulnerabilidade a complicações associadas à imobilidade, potenciando um risco acrescido de desenvolvimento de UPP.

Ademais, a evidência científica salienta que as pessoas com deficiência mental apresentam um risco acrescido para o desenvolvimento destas lesões, em virtude da coexistência de múltiplos fatores predisponentes como a dependência funcional, os défices cognitivos, a mobilidade limitada, alterações da perceção sensorial e a dificuldade de expressão de dor ou desconforto (National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance [NPIAP/EPUAP/PPPIA], 2025). Estes fatores contribuem para a diminuição da capacidade de autoidentificação do risco e de adoção de comportamentos protetores, tornando esta população particularmente vulnerável (Miranda, 2020), exigindo estratégias preventivas específicas, sistematizadas e sustentadas em evidência científica. Assim, impõe-se a necessidade de antecipar respostas ajustadas ao contexto institucional, que promovam práticas preventivas eficazes.

Face à relevância da problemática, à vulnerabilidade da população referida e ao contexto institucional em que os cuidados são prestados, tornou-se pertinente o desenvolvimento de

uma intervenção estruturada que respondesse às necessidades identificadas e promovesse práticas preventivas adequadas e sustentadas.

Neste sentido, assume particular relevância o papel dos cuidadores formais (CF), enquanto profissionais com maior proximidade aos utentes em contexto institucional, responsáveis por cerca de 90% dos cuidados prestados (Carvalho, 2012, citado por Miranda, 2020). A sua capacitação técnica e relacional revela-se determinante para a identificação precoce de sinais de risco, para a adoção de práticas preventivas eficazes e para a garantia de cuidados de qualidade, orientados para a Pessoa (Carmo et al., 2023). A relação estabelecida entre cuidador e utente constitui ainda um fator essencial na preservação da qualidade de vida em meio institucional (Miranda, 2020).

Neste seguimento, foi concebido e implementado na USPC o projeto de intervenção comunitária intitulado **“Formar para Cuidar: O desafio das úlceras por pressão em contexto institucional”**, cujo objetivo geral consistiu em contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais à pessoa com deficiência mental, no âmbito da prevenção das UPP, em contexto institucional. Como objetivos específicos definiram-se: (1) promover a aquisição de conhecimentos teóricos dos CF sobre a prevenção de UPP na pessoa com deficiência mental; (2) desenvolver competências práticas para a correta implementação de medidas preventivas de UPP na pessoa com deficiência mental; e (3) implementar estratégias de articulação entre os membros da equipa, visando reforçar a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Face ao exposto, a atuação dirigida aos CF enquanto agentes diretos no cuidado prestado e continuado aos utentes, através do reforço das suas competências e conhecimentos nesta área, revela-se essencial para mitigar os riscos e promover práticas de cuidados mais seguras (Miranda, 2020; Carmo et al., 2023).

O projeto desenvolveu-se em duas fases: a primeira decorreu na USP, entre abril e junho de 2025, envolvendo o diagnóstico de situação e a identificação de problemas ou necessidades; a segunda fase teve lugar na UCC, entre setembro e dezembro do mesmo ano, onde foram desenvolvidas as restantes etapas do planeamento em saúde – definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, planeamento de intervenções e avaliação. Ambas as unidades de saúde pertencem à área metropolitana de Lisboa e abrangem a mesma população.

Assim, o presente relatório encontra-se organizado em seis capítulos, estruturados de forma a assegurar uma progressão lógica e coerente do enquadramento teórico para a descrição da

intervenção e a reflexão crítica sobre o percurso desenvolvido. Após a presente introdução, o segundo capítulo apresenta o enquadramento teórico-conceitual, no qual são abordados os principais conceitos inerentes à problemática, os referenciais teóricos que sustentam a intervenção e o enquadramento da intervenção do enfermeiro na promoção de práticas preventivas baseadas na evidência. O terceiro capítulo apresenta os dois contextos de estágio bem como o local de intervenção onde foi desenvolvido o projeto. O quarto capítulo descreve, de forma sistematizada, as diferentes etapas do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação até à avaliação da intervenção, incluindo as considerações éticas subjacentes ao desenvolvimento do projeto. No quarto capítulo é desenvolvida uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas ao longo do percurso formativo, enquanto Mestre, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP). Por fim, o quinto capítulo apresenta uma síntese integradora das principais aprendizagens, das limitações identificadas e de sugestões para futuras intervenções e investigações no domínio da prevenção das úlceras por pressão.

O presente relatório pretende, assim, contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem no domínio da prevenção das UPP em contexto institucional, evidenciando o papel do EEEECSP na capacitação de CF, na promoção de cuidados seguros e na redução de riscos evitáveis em populações particularmente vulneráveis.

Este trabalho encontra-se alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, nomeadamente o Objetivo 3 (Saúde de Qualidade), o Objetivo 4 (Educação de Qualidade) e o Objetivo 10 (Redução das Desigualdades), e foi redigido de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESSATLA. As referências bibliográficas foram realizadas com base na norma *American Psychological Association (APA)* – 7ª Edição, e o trabalho redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O presente trabalho encontra-se enquadrado no PNSD 2021–2026, o qual define nove objetivos estratégicos orientados para o reforço da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Entre estes, destaca-se a prevenção das UPP enquanto indicador prioritário de segurança clínica (DGS, 2022). A monitorização deste indicador contempla, entre outros aspetos, o número de atividades implementadas no âmbito preventivo e a incidência de UPP adquiridas em contexto institucional, permitindo avaliar a eficácia das práticas assistenciais e sustentar processos de melhoria contínua (DGS, 2022).

Neste seguimento, a promoção de práticas clínicas seguras assume particular relevância nos diferentes contextos de prestação de cuidados. A ocorrência de eventos adversos, como as UPP, constitui não apenas um problema clínico, mas também um indicador da qualidade organizacional. Assim, torna-se fundamental aprofundar a compreensão da sua fisiopatologia, dos fatores de risco associados e das estratégias preventivas mais eficazes, com vista à antecipação da sua ocorrência e à mitigação do impacto negativo na saúde e qualidade de vida das pessoas.

Com este propósito, apresenta-se seguidamente o enquadramento teórico-conceptual que sustenta a problemática em estudo, constituindo a base científica para o desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária.

1.1. Úlceras Por Pressão

A compreensão conceptual, fisiopatológica e epidemiológica das UPP é determinante no âmbito do PeS, uma vez que fundamenta a identificação de fatores de risco, orienta a definição de estratégias preventivas e sustenta intervenções dirigidas aos CF.

As UPP, também designadas na literatura como “escaras” ou “lesões por pressão” (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025), são amplamente reconhecidas como indicadores sensíveis da qualidade dos cuidados prestados. O conceito, a definição e os sistemas de classificação têm sido objeto de atualizações contínuas, acompanhando a evolução da evidência científica associada a esta problemática (Gaspar, 2021). Embora a terminologia varie na literatura, no presente trabalho será adotada a designação de Úlcera por Pressão (UPP).

A DGS refere que em Portugal as UPP “são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados” (DGS, 2011, p.2). Estas são definidas como danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre proeminências ósseas ou áreas sujeitas ao contacto com dispositivos médicos, e resultam da pressão prolongada ou da sua combinação com forças de fricção e cisalhamento (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025), que são responsáveis por uma resposta inflamatória e, conseqüente, isquemia e morte celular dos tecidos adjacentes (Cesca et al., 2023).

O domínio destes conceitos revela-se essencial para a implementação de estratégias preventivas atempadas e ajustadas ao perfil de risco individual, reforçando a importância de uma abordagem sistemática e baseada na evidência (Gaspar, 2021).

1.1.1. Fisiopatologia e Fatores de Risco das UPP

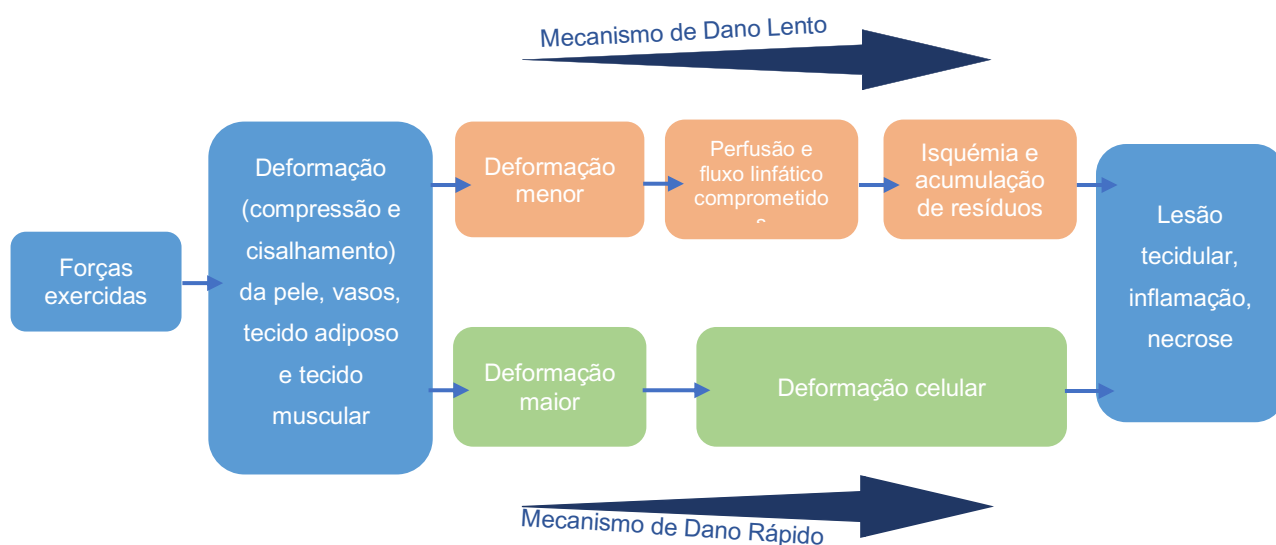
O desenvolvimento das UPP resulta de um processo multifatorial complexo, reconhecido nas orientações internacionais mais recentes (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). A sua génese decorre, maioritariamente, da interação entre forças mecânicas exercidas sobre os tecidos e a capacidade individual de tolerância dos mesmos, culminando na alteração da perfusão sanguínea e na lesão celular (Gaspar, 2021; (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).

A pressão prolongada constitui o principal mecanismo fisiopatológico implicado. Quando exercida de forma contínua sobre áreas de proeminência óssea, provoca deformação tecidual e compressão dos vasos sanguíneos e linfáticos, comprometendo o aporte de oxigénio e nutrientes. Este fenómeno conduz à hipoxia tecidual, acumulação de metabólitos e, em situações persistentes, necrose celular (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).

Em síntese, a interação entre pressão prolongada, alterações da perfusão sanguínea e linfática, forças de fricção e cisalhamento e características individuais dos tecidos explica a natureza multifatorial das UPP (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). A Figura 1 ilustra os principais mecanismos fisiopatológicos implicados na formação de UPP.

Para além dos mecanismos fisiopatológicos, importa considerar os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento, os quais podem ser organizados em três grandes categorias: intrínsecos, extrínsecos e relacionados com os cuidados prestados.

Figura 1 - Processo de fisiopatologia das UPP



Fonte: adaptado de NPIAP/EPUAP/PPPIA, consultado a 1 de julho de 2025, tradução pela própria para fins acadêmicos (<https://internationalguideline.com/etiology>)

Entre os fatores intrínsecos destacam-se a idade avançada, a desnutrição, a presença de comorbidades, a diminuição da sensibilidade, as alterações da perfusão e a fragilidade cutânea (Gaspar, 2021; NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). Estes elementos reduzem a resistência dos tecidos às forças mecânicas e comprometem os mecanismos de reparação celular.

No que respeita aos fatores extrínsecos, incluem-se a pressão contínua exercida por superfícies de apoio inadequadas, a fricção e o cisalhamento decorrentes de mobilizações incorretas, a humidade excessiva e o uso de dispositivos médicos que exercem pressão localizada (Cesca et al., 2023; NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). A imobilidade ou mobilidade reduzida constitui um dos fatores mais determinantes, dado que impede a redistribuição eficaz da pressão ao longo do tempo (Gaspar, 2021).

Por fim, os fatores relacionados com os cuidados assumem particular relevância em contexto institucional. A ausência de avaliação sistemática do risco, a inadequação dos reposicionamentos, o uso incorreto de superfícies de apoio e a vigilância insuficiente da integridade cutânea são elementos que podem comprometer uma prevenção eficaz (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). Nestes contextos, a prevenção das UPP depende significativamente da atuação diária dos CF.

Assim, a compreensão integrada da fisiopatologia e dos fatores de risco constitui um alicerce essencial para a definição de estratégias preventivas consistentes, orientadas para a capacitação dos cuidadores e para a implementação de práticas sistematizadas de vigilância e mobilização no âmbito do PeS.

1.1.2. *Epidemiologia das UPP*

A análise epidemiológica das UPP é fundamental para compreender a sua distribuição em diferentes contextos e populações, contribuindo para uma leitura mais abrangente dos determinantes em saúde associados ao seu desenvolvimento (Moore et al., 2019). Contudo, os valores de incidência e prevalência apresentam variações assinaláveis, dependentes do local de prestação de cuidados (hospital, comunidade ou domicílio), sendo frequentemente reportada maior incidência em contexto hospitalar (Gaspar, 2021).

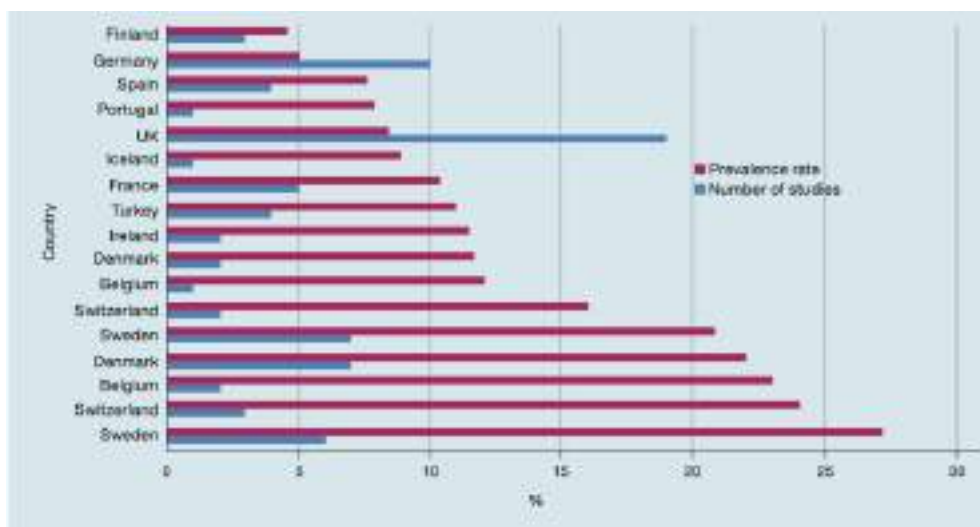
A nível global, a prevalência de UPP situa-se entre 6% e 18,5% (Tubaishat et al., 2018, citado por Sun et al., 2024), evidenciando a relevância desta problemática em distintos sistemas de saúde. Na Europa, os estudos indicam uma prevalência média entre 10,8% e 13,7%, ainda que com heterogeneidade expressiva entre países e contextos assistenciais (Moore et al., 2019; García-Sánchez et al., 2019). Esta variabilidade pode refletir diferenças na organização dos serviços, no perfil demográfico das populações e na consistência das estratégias preventivas, reforçando a importância de políticas de saúde orientadas para a prevenção destas lesões.

Em Portugal, a informação epidemiológica disponível permanece limitada e, em larga medida, circunscrita a investigações de âmbito académico, caracterizando-se por abordagens regionais e temporais, sem garantia de monitorização contínua (Gaspar, 2021). Esta lacuna torna-se particularmente evidente na literatura europeia, na qual Portugal apresenta reduzida representatividade em estudos de prevalência e incidência, como pode ser notado no gráfico 1 (Moore et al., 2019).

Ainda assim, têm surgido alguns estudos nacionais recentes que reportam valores de prevalência distintos consoante o contexto e região. Guerra (2019) identificou uma prevalência de 0,8% em ambiente hospitalar, em serviços de urgência, medicina e ortopedia, enquanto Furtado e colaboradores (2020), na região do Alentejo, reportaram uma prevalência de 17,5%. Mais recentemente, Leal e colaboradores (2025), num estudo realizado na Região Autónoma dos Açores, relataram uma prevalência hospitalar de 12,7%.

Ainda que relevantes, estes contributos não colmatam a ausência de dados específicos relativos a estruturas residenciais, serviços de apoio domiciliário e grupos com necessidades particulares, como as pessoas com deficiência mental.

Gráfico 1- Estudos realizados, por país, relativamente à prevalência de UPP



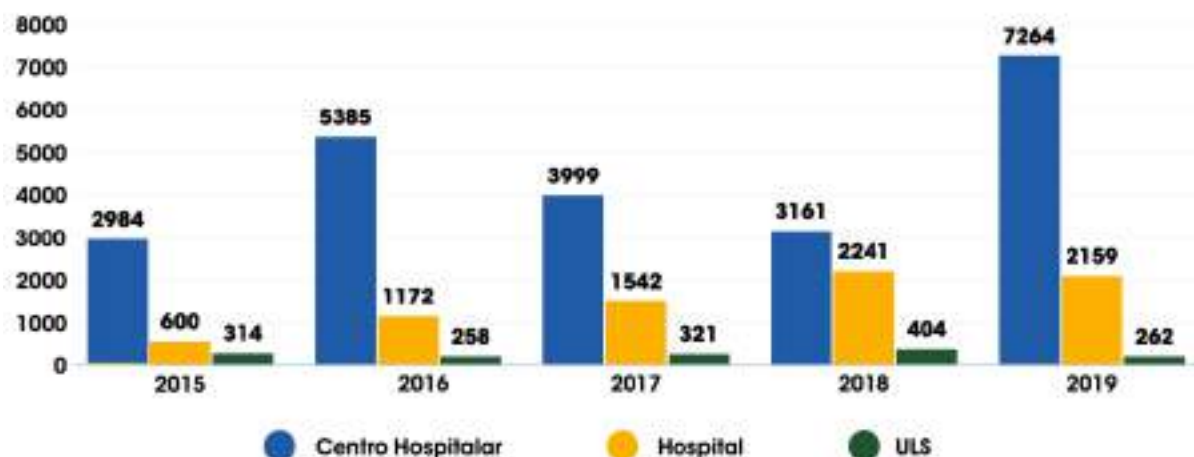
Fonte: Moore, Z. E., Avsar, P., Conaty, L., Moore, D., Patton, D., & O'Connor, T. (2019). A prevalência de úlceras de pressão na Europa, o que nos dizem os dados europeus: uma revisão sistemática. *Journal of Wound Care*, 28 11, 710-719.

No plano das políticas de saúde, o PNSD 2021–2026 apresenta informação relativa aos incidentes associados a UPP reportados entre 2015 e 2019 (gráfico 2), evidenciando um aumento expressivo em 2019, último ano com dados disponíveis (DGS, 2022). Paralelamente, o mesmo documento refere que entre 82,9% e 90,5% das instituições reportaram implementar práticas destinadas à avaliação, prevenção e tratamento de UPP, demonstrando o reconhecimento institucional da relevância desta problemática (DGS, 2022).

Face à variabilidade dos dados epidemiológicos disponíveis, quer a nível internacional quer nacional, torna-se evidente a dimensão e relevância da problemática das UPP no seio dos sistemas de saúde. A sua prevalência significativa, aliada ao impacto negativo que representa na qualidade de vida das pessoas e nos recursos assistenciais, reforça a necessidade de uma abordagem proactiva centrada na prevenção.

Assim, no ponto seguinte, aprofunda-se a relevância das estratégias preventivas no controlo das UPP, evidenciando-se o papel dos profissionais e, em particular, dos CF na implementação de práticas baseadas na evidência.

Gráfico 2- Evolução anual das notificações de incidentes de UPP por entidade (2015-2019)



Fonte: Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

1.1.3. Prevenção de UPP

A prevenção de UPP constitui um eixo prioritário na promoção da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. A orientação n.º 17/2011 da DGS refere que aproximadamente 95% das UPP são passíveis de prevenção, sublinhando a importância do conhecimento sobre fatores de risco, etiologia, avaliação de risco e identificação das características e categorias destas lesões, enquanto base para a seleção de estratégias preventivas eficazes (DGS, 2011; Carmo, 2023).

No mesmo sentido, a Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2024) destaca que a maioria das UPP pode ser evitada, reforçando a prevenção como prioridade nos cuidados de saúde. Este processo deve iniciar-se pela avaliação sistemática do risco, com recurso à escala adotada na instituição, permitindo a identificação precoce de pessoas em risco acrescido (Gaspar, 2021). Estes elementos integram pilares essenciais da prevenção e devem ser individualizados, atendendo ao perfil de risco de cada pessoa.

De igual modo, a avaliação do estado nutricional assume particular relevância, uma vez que a desnutrição e a desidratação aumentam substancialmente o risco de desenvolvimento de UPP. A par dos determinantes clínicos, importa considerar o impacto multidimensional destas lesões já que as UPP afetam significativamente a qualidade de vida, constituindo desafios físicos e psicológicos relevantes (Moore et al., 2019).

A dor pode assumir intensidade elevada, condicionando o sono, o conforto e a tolerância aos tratamentos e posicionamentos (Cesca et al., 2023). Adicionalmente, podem ocorrer complicações graves, como infeções, osteomielite, sépsis e morte, o que reforça a centralidade da prevenção (Cesca et al., 2023). Do ponto de vista psicológico, a RNAO (2024) salienta que a saúde mental pode ser comprometida pela perceção de insegurança, isolamento social, perda de autonomia e diminuição do conforto, associando-se a níveis elevados de depressão major.

A prevenção assume também relevância organizacional e económica. A evidência aponta para redução da prevalência de UPP quando são implementados programas preventivos estruturados (Moore et al., 2019). No mesmo sentido, Moore et al. (2019) apresentam a análise de 17 estudos, estimando custos de prevenção entre 2,65€ e 87,57€ por pessoa e custos de tratamento entre 1,71€ e 470,49€. Nos Estados Unidos da América, dados de 2019 indicam custos anuais na ordem dos 26 biliões de dólares associados a UPP adquiridas em hospitais (RNAO, 2024).

Neste contexto, Cesca et al. (2023) sublinham a importância de as instituições desenvolverem sistemas de cálculo e monitorização dos custos de prevenção e tratamento, como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir a sobrecarga dos profissionais e do sistema de saúde.

Assim, a eficácia da prevenção de UPP depende, em grande medida, do conhecimento, vigilância e atuação sistematizada dos profissionais de saúde. A capacitação destes profissionais é determinante para a identificação precoce do risco e para a implementação consistente de medidas preventivas baseadas na evidência, contribuindo para diminuir incidência e prevalência e para melhorar a qualidade de vida das pessoas cuidadas (Cesca et al., 2023; Sahay et al., 2024).

1.2. Pessoa com Deficiência Mental enquanto Grupo Vulnerável em Contexto Institucional

No contexto da saúde, entende-se por grupos vulneráveis segmentos populacionais com maior risco de contrair doenças, sofrer danos ou ter acesso limitado a cuidados de saúde, devido a fatores económicos, geográficos ou físicos (Ernstmeyer & Christman, 2022).

Considerando o desenvolvimento de UPP, certas populações apresentam vulnerabilidade acrescida, nomeadamente, pessoas hospitalizadas submetidas a procedimentos cirúrgicos, internamentos prolongados, alterações do estado de consciência, pessoas com lesões medulares, idosos residentes em estruturas residenciais ou unidades de cuidados continuados com alto grau de dependência (Gaspar, 2021).

Entre estes grupos, destacam-se pela suscetibilidade aumentada, pessoas com alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, nomeadamente a vulnerabilidade cutânea, a mobilidade reduzida, a diminuição da sensibilidade, a má circulação e a absorção nutricional comprometida (Sahay et al., 2024). Estes fatores não atuam de forma isolada, mas interagem entre si, potenciando o risco de desenvolvimento de UPP, especialmente quando se acumulam múltiplas condições predisponentes.

No contexto da USPC, onde foi realizado o diagnóstico de situação, a população é constituída por pessoas com deficiência mental. A *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [AAIDD] (2025) descreve a deficiência mental como um quadro caracterizado por limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, com início antes dos 22 anos. A OMS (2025), por sua vez, define-a como interrupção ou desenvolvimento incompleto do funcionamento mental, com alterações que influenciam o nível global de inteligência, considerando funções cognitivas, linguagem, motricidade e competências sociais.

Estas limitações podem comprometer competências conceptuais, sociais e práticas essenciais ao quotidiano (AAIDD, 2025). Adicionalmente, o atraso global do desenvolvimento, as dificuldades de perceção corporal e espacial e as disfluências comunicacionais descritas pelo ITAD (2025) podem limitar a capacidade da própria pessoa identificar o risco ou reconhecer sinais precoces de lesão, comprometendo a prevenção autónoma.

Importa igualmente considerar que o risco de UPP não se restringe à imobilidade. O excesso de movimento, sobretudo quando descoordenado, ineficaz ou associado a fricção repetida, pode também constituir fator de risco relevante, particularmente em áreas de proeminência óssea (Budri et al., 2020; Gaspar, 2021). Consoante as patologias associadas à deficiência mental, existem momentos com maiores níveis de agitação e de movimento, sendo por si um fato de risco acrescido.

No caso específico das pessoas com deficiência mental, estas vulnerabilidades tendem a intensificar-se com o envelhecimento progressivo, resultando numa conjugação de fatores intrínsecos e extrínsecos que aumenta significativamente o risco de compromisso da integridade cutânea (Carmo et al., 2023). Todavia, a ocorrência de UPP não depende exclusivamente das características individuais, sendo também influenciada pelo ambiente de cuidados e pelas práticas da equipa que interage com a pessoa (Cesca et al., 2023)

Neste sentido, torna-se essencial que os cuidadores estejam capacitados para identificar precocemente situações de risco e implementar medidas preventivas ajustadas, contribuindo para a proteção da integridade cutânea e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas institucionalizadas (Sahay et al., 2024). A evidência reforça que a capacitação dos cuidadores é uma estratégia fundamental para fortalecer conhecimentos, competências e gestão do risco, promovendo práticas preventivas eficazes (Carmo et al., 2023; Sahay et al., 2024).

Face ao exposto, as pessoas com deficiência mental evidenciam uma associação de fatores que potencia o risco de UPP, conferindo relevância e gravidade ao problema e sustentando a sua priorização no âmbito do PeS.

1.3. Cuidador Formal na Prevenção de Úlceras Por Pressão

A crescente institucionalização de pessoas com dependência funcional e défices cognitivos tem vindo a transferir progressivamente o eixo central dos cuidados para as equipas de CF, tornando estes profissionais elementos estruturantes na organização, continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Miranda, 2020; Figueiredo et al., 2021).

Miranda (2020) define o cuidador formal como um profissional remunerado que presta cuidados à pessoa e que deve deter competências gerais e específicas que promovam o autocuidado. De forma convergente, Guerra (2019) conceptualiza o cuidado formal como um serviço prestado a pessoas dependentes por profissionais que recebem remuneração pelo cuidado realizado. Estes profissionais assumem particular importância no acompanhamento de pessoas com dependência física ou patologias crónicas (Figueiredo et al., 2021).

Dada a proximidade quotidiana às pessoas cuidadas, os CF desempenham um papel central no bem-estar das mesmas e constituem frequentemente um elo entre a pessoa, a equipa de saúde e a família, facilitando a circulação de informação e influenciando as perceções sobre os cuidados prestados (Carmo, 2023; Miranda, 2020).

Neste sentido, os profissionais da USPC que prestam cuidados a pessoas com deficiência mental enquadram-se nesta designação.

Considerando o envelhecimento e a presença de patologias de base, é expectável que, em diferentes fases do ciclo de vida, algumas pessoas necessitem de apoio para satisfazer necessidades básicas, sobretudo quando a autonomia no autocuidado está comprometida (Miranda, 2020). Em situações de elevada dependência, défices cognitivos ou limitações comunicacionais — como frequentemente ocorre em pessoas com deficiência mental — a intervenção dos CF torna-se determinante. Grande parte das medidas preventivas, incluindo reposicionamentos, observação sistemática da pele, identificação de zonas de risco, vigilância da hidratação e utilização adequada de superfícies de apoio, depende diretamente da sua atuação diária (Cesca et al., 2023; NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).

Para além do impacto na qualidade de vida e bem-estar da pessoa, a prevenção eficaz contribui para a redução de custos institucionais associados a recursos humanos e materiais (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). Todavia, a literatura evidencia que a eficácia destas práticas está fortemente relacionada com o nível de formação, perceção de risco e valorização da prevenção por parte dos CF (Carmo, 2023).

Persistem, contudo, lacunas relevantes: muitos cuidadores desconhecem o impacto das UPP, os fatores de risco e as consequências associadas (Cesca et al., 2023; Sun et al., 2024). Vários estudos referem, ainda, baixos níveis de qualificação, com prestação de cuidados suportada sobretudo na experiência quotidiana e na observação de outros profissionais (Loureiro, 2016, citado por Miranda, 2020; Figueiredo et al., 2021; Sun et al., 2024).

Em estruturas que acolhem pessoas com deficiência mental, estas fragilidades podem ser intensificadas, dado que as limitações cognitivas e comunicacionais dificultam a expressão de desconforto, dor ou alterações cutâneas iniciais, aumentando a responsabilidade do cuidador na vigilância ativa e na decisão preventiva (ITAD, 2025).

Deste modo, torna-se essencial que as instituições promovam formação contínua, com vista ao aumento da qualificação dos CF, à melhoria da tomada de decisão e ao desenvolvimento de competências na resolução de problemas (Carmo, 2023). Sun e colaboradores (2024) reforçam que esta formação deve ser dinâmica e prolongada no tempo, favorecendo a consolidação de conhecimentos e uma maior satisfação profissional. Acresce que, para assegurar qualidade na prestação de cuidados, importa considerar as necessidades das pessoas institucionalizadas e minimizar vulnerabilidades e inseguranças dos cuidadores mais jovens ou menos experientes (Miranda, 2020).

Assim, a capacitação técnico-científica e relacional dos CF constitui um eixo estratégico na promoção da segurança e qualidade dos cuidados. A formação contínua contribui para o desenvolvimento de competência clínica, reforça a autonomia, melhora a comunicação em equipa e promove práticas baseadas na evidência, refletindo-se na redução da incidência de UPP e na melhoria da qualidade de vida (Miranda, 2020; Sahay et al., 2024). Neste sentido, os CF assumem centralidade enquanto grupo-alvo prioritário no âmbito do PeS.

Deste modo, a intervenção centrada na formação e capacitação dos CF ultrapassa uma dimensão exclusivamente pedagógica, constituindo uma necessidade clínica, ética e organizacional (Sun et al., 2024), o que sustenta a pertinência do presente projeto.

1.4. Referenciais Teóricos da Intervenção em Enfermagem Comunitária

A fundamentação teórica constitui um elemento estruturante na conceção, planeamento e avaliação de intervenções em Enfermagem Comunitária, garantindo coerência conceptual, rigor metodológico e sustentação científica às práticas desenvolvidas (Alligood, 2018). A seleção de modelos teóricos permite enquadrar a intervenção no corpo epistemológico da disciplina, assegurando que as estratégias implementadas são coerentes com os princípios da promoção da saúde, da prevenção da doença e do cuidado centrado na pessoa. Neste sentido, os referenciais teóricos selecionados sustentam, de forma integrada, a definição das estratégias de intervenção, a capacitação dos CF e a seleção de indicadores de processo e de resultado no âmbito do PeS.

No presente projeto, a escolha dos referenciais teóricos recai sobre três pilares da enfermagem contemporânea: o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Estes referenciais foram selecionados pela sua complementaridade conceptual e pela sua adequação à problemática em estudo, permitindo sustentar intervenções dirigidas à capacitação dos CF no domínio da prevenção das UPP.

Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender

O Modelo da Promoção da Saúde (MPS), desenvolvido por Nola Pender, baseia-se no pressuposto de que os comportamentos de saúde são influenciados por fatores individuais, experiências anteriores, perceções de benefícios/barreiras e apoio social (Sakraida & Wilson,

2018). O modelo enfatiza o papel ativo das pessoas no processo de saúde, valorizando a capacitação como via para a adoção de comportamentos saudáveis (Sakraida & Wilson, 2018).

Aplicado ao presente contexto, o MPS permite compreender e influenciar os comportamentos preventivos dos CF em ambiente institucional. A identificação de crenças, percepções e motivações relacionadas com a prevenção de UPP possibilita delinear estratégias educativas mais ajustadas às necessidades encontradas (Sakraida & Wilson, 2018). Melhorar a literacia em saúde dos cuidadores permite, assim, aumentar a percepção dos benefícios das práticas preventivas, reduzir barreiras percebidas e reforçar a autoeficácia na aplicação de cuidados (Sakraida & Wilson, 2018).

O MPS permite, assim, orientar a formação para a mudança comportamental sustentada, promovendo práticas seguras e a responsabilização dos profissionais como agentes de saúde.

Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

O Modelo dos Sistemas, proposto por Betty Neuman, conceptualiza a pessoa (ou grupo) como um sistema aberto em interação contínua com o meio, composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e desenvolvimentais (Lawson, 2018). Este modelo privilegia uma abordagem holística e preventiva, centrada na identificação e mitigação de fatores de stresse (que podem ser físicos, psicológicos, sociais ou ambientais) que possam comprometer o equilíbrio e a integridade do sistema (Lawson, 2018).

Neste caso, o modelo de Neuman é particularmente relevante para compreender a dinâmica dos CF enquanto sistema profissional sujeito a múltiplos fatores de *stress* – como a sobrecarga laboral, a ausência de formação contínua, a rotatividade institucional e a exposição constante a utentes com dependências importantes. Ao considerar estes fatores enquanto ameaças à estabilidade do sistema, justifica-se uma intervenção preventiva através da capacitação profissional.

A formação orientada para a prevenção das UPP surge, assim, como uma medida de prevenção primária, que visa fortalecer as linhas de defesa do sistema (Lawson, 2018), capacitando os cuidadores para a prestação de cuidados mais seguros, informados e resilientes. Neste enquadramento, a capacitação dos CF constitui uma estratégia de prevenção primária, dirigida à redução de *stressores* e à manutenção da integridade do sistema pessoa–ambiente.

Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

A Teoria do Défice de Autocuidado (TDAE), formulada por Dorothea Orem, parte da premissa de que o ser humano tem a capacidade e responsabilidade de cuidar de si, mas pode experimentar momentos em que essa capacidade se encontra comprometida (Berbiglia & Banfield, 2018). Nesses casos, o papel do enfermeiro é suprir ou apoiar o autocuidado, através de ações compensatórias, parciais ou educativas (Berbiglia & Banfield, 2018). A teoria estrutura-se em três componentes interligados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Embora originalmente centrada no utente, esta teoria é extensível aos contextos institucionais, onde os CF atuam como agentes substitutos do autocuidado junto de pessoas com incapacidades. Assim, a TDAE permite interpretar a necessidade de formação dos CF como uma resposta a um défice funcional no sistema de cuidados – não por parte da pessoa apenas, mas também do próprio cuidador, quando este não dispõe de conhecimentos.

A formação proposta neste projeto visa colmatar esse défice de autocuidado por interposta pessoa, reforçando o papel do CF enquanto “agente de autocuidado terapêutico” (Berbiglia & Banfield, 2018, p.199), capaz de suprimir as necessidades da pessoa com incapacidade. Esta teoria permite compreender a formação como um processo de empoderamento profissional, com impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

1.4.1. Articulação e Interligação entre os modelos

A articulação entre diferentes modelos teóricos permite construir uma visão mais ampla, profunda e integrada da prática de Enfermagem, especialmente quando se trata de intervenções complexas como a capacitação de profissionais em contextos institucionais.

Ao conjugar o MPS de Pender, o Modelo dos Sistemas de Neuman e a TDAE de Orem, é possível compreender a capacitação dos CF numa perspetiva multidimensional: como processo de mudança comportamental, resposta sistémica à exposição a fatores de stresse e estratégia compensatória do défice de autocuidado da pessoa. Esta visão integrada reforça a pertinência e a solidez teórica da intervenção, permitindo delinear ações mais eficazes, ajustadas às necessidades reais e sustentadas em evidência científica.

Apesar de distintos nas suas abordagens, estes três modelos convergem num ponto essencial: a promoção de respostas adaptativas e seguras em contextos de saúde complexos, através da capacitação dos indivíduos e grupos para lidar com necessidades concretas, reais e potencialmente evitáveis — como é o caso das UPP. Existem assim pressupostos comuns, nomeadamente, a valorização da pessoa como centro do cuidado, a importância da capacitação para a promoção da saúde e a atuação preventiva como estratégia essencial na prática de enfermagem (Berbiglia & Banfield, 2018; Lawson, 2018).

O MPS serve de base à motivação e ao comportamento preventivo, oferecendo um quadro teórico para compreender por que motivo os CF adotam — ou não — práticas seguras na prevenção das UPP. Esta abordagem está centrada na perceção que os cuidadores têm das barreiras, dos benefícios e da autoeficácia relativamente à implementação dessas práticas (Sakraida & Wilson, 2018). A capacitação dos destes profissionais visa precisamente alterar essas perceções, promovendo um compromisso ativo com comportamentos protetores e preventivos.

Já o Modelo dos Sistemas de Neuman permite ampliar essa visão, enquadrando os CF como parte de um sistema aberto, influenciado por *stressores* internos e externos. Ao considerar a prevenção primária como linha de defesa, o modelo justifica a capacitação como mecanismo de fortalecimento de defesas do sistema antes que ocorra uma rotura (como uma UPP). Aqui, a capacitação não é apenas uma estratégia educativa, mas também uma intervenção terapêutica dirigida à integridade funcional do sistema profissional (Lawson, 2018).

Complementarmente, a TDAE trata a responsabilidade da enfermagem (e por extensão dos CF) no suprimento de necessidades que a pessoa não consegue satisfazer autonomamente. Muitas pessoas em contexto institucional apresentam défices funcionais graves — motores, cognitivos e sensoriais — que as impedem de gerir o seu próprio risco. Assim, os CF atuam como agentes substitutivos do autocuidado, e a sua capacitação responde diretamente a um défice identificado no sistema de cuidados (Berbiglia & Banfield, 2018).

Em síntese, os CF podem ser compreendidos como agentes ativos de mudança comportamental (MPS), sistemas humanos influenciados por *stressores* (Neuman) e agentes de autocuidado terapêutico para pessoas com deficiência mental (TDAE), sustentando a intervenção numa perspetiva multidimensional e complementar. Na Figura 2 encontra-se a representação esquemática deste enquadramento conceptual, evidenciando a interligação dos três referenciais teóricos que sustentam a capacitação dos CF enquanto mecanismo central da prevenção de UPP neste contexto institucional específico.

Figura 2 - Esquema representativo do modelo conceptual desenvolvido para o projeto



Fonte: Elaboração própria

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

A complexidade inerente à prevenção das UPP em populações institucionalizadas com défices cognitivos e funcionais exige uma abordagem estruturada, sistemática e sustentada em evidência científica (Carmo, 2023). Neste contexto, a intervenção do EEECSF assume particular relevância, dada a sua competência para planear, implementar e avaliar intervenções de carácter comunitário, educativo e preventivo, orientadas para a promoção da saúde e redução de riscos em populações vulneráveis.

As pessoas com deficiência mental institucionalizadas apresentam limitações significativas ao nível do autocuidado, da perceção de risco e da comunicação de desconforto, o que potencia a instalação silenciosa e progressiva de lesões cutâneas (Miranda, 2020). Esta realidade torna imperativa a existência de sistemas de vigilância clínica contínua e de práticas preventivas padronizadas, que só são exequíveis através da capacitação dos CF enquanto agentes diretos do cuidado (Carmo, 2023). Neste âmbito, o EEECSF assume extrema importância na identificação de necessidades formativas, na elaboração de planos educativos ajustados ao contexto institucional e na monitorização da sua efetividade.

A capacitação dos CF constitui, assim, o eixo integrador das práticas preventivas, permitindo uma atuação sistematizada e segura, sustentada no desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e organizacionais. Assim, torna-se mais provável o reconhecimento precoce de sinais de risco e a adoção de medidas preventivas baseadas na evidência, contribuindo para a redução da incidência de UPP, para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o reforço da segurança da pessoa institucionalizada, em consonância com as orientações do PNSD 2021-2026.

Paralelamente, o EEECSF detém competências legais e científicas para intervir ao nível da organização dos cuidados, promovendo a articulação entre equipas, a implementação de protocolos clínicos e a criação de ambientes institucionais mais seguros. A sua intervenção assume, assim, um carácter estruturante, potenciando mudanças sustentadas nas práticas assistenciais e reforçando a cultura de segurança no seio das instituições.

Desta forma, a presente intervenção configura-se como uma resposta estratégica, necessária e diferenciadora na prevenção de UPP em pessoas com deficiência mental institucionalizadas, assumindo-se como um elemento-chave na proteção de uma população particularmente vulnerável, justificando assim a pertinência e relevância do projeto de intervenção desenvolvido no âmbito do presente trabalho.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

A compreensão do contexto onde se desenvolve uma intervenção comunitária constitui um elemento fundamental para a adequação das estratégias às necessidades reais da população. Neste sentido, o presente capítulo evidencia uma caracterização das unidades funcionais envolvidas — a USP, UCC e USPC. A informação disponibilizada foi retirada de documentos institucionais, que não são referenciados por motivos de confidencialidade. Esta contextualização permite enquadrar as especificidades da comunidade, os recursos disponíveis e as dinâmicas organizacionais mais relevantes.

A Unidade Local de Saúde (ULS) apresenta uma estrutura organizacional integrada e diversificada, composta por trinta unidades funcionais, incluindo Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, três UCC e uma USP (SNS, 2025), visando assegurar uma resposta coordenada e centrada nas necessidades da população no âmbito dos CSP.

O estágio I e estágio de natureza profissional foram realizados numa USP e UCC, respetivamente, integrante da ULS, no âmbito do percurso formativo conducente à especialização em Enfermagem Comunitária, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (Aviso n.º 6702/2021, de 13 de abril).

2.1. Unidade de Saúde Pública

Na sequência da reorganização do Serviço Nacional de Saúde, estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, os Agrupamentos de Centros de Saúde foram integrados com as unidades hospitalares, originando as atuais ULS, com o objetivo de promover uma gestão mais articulada e eficiente dos cuidados.

Neste contexto, a USP mantém autonomia técnica e organizativa, assumindo como missão a proteção e promoção da saúde, a prevenção da doença e a obtenção de ganhos sustentáveis em saúde na comunidade. A sua atuação baseia-se na monitorização do estado de saúde da população e dos seus determinantes, na vigilância epidemiológica, na avaliação do impacto das intervenções em saúde e na implementação de programas e projetos de âmbito nacional.

Compete ainda à USP o exercício da autoridade de saúde pública, nomeadamente na gestão de situações de risco sanitário e na defesa da saúde coletiva. A sua equipa multidisciplinar integra médicos especialistas em saúde pública, médicos internos, enfermeiros especialistas em saúde comunitária e de saúde pública, técnicos de saúde ambiental, higienistas orais e assistentes técnicos e operacionais, assegurando uma intervenção abrangente e integrada.

A organização da unidade assenta no desenvolvimento de programas e projetos em articulação com as restantes unidades funcionais da ULS e com diversas instituições da comunidade, favorecendo uma abordagem interinstitucional e baseada em evidência epidemiológica. Este enquadramento constitui um suporte essencial ao planeamento, implementação e avaliação de intervenções em saúde.

No âmbito das atividades desenvolvidas durante o estágio, destaca-se a participação em ações relacionadas com o Programa de Vigilância aos Estabelecimentos de Apoio Social, bem como a colaboração numa iniciativa de informação dirigida a pessoas com diagnóstico de Hepatite A, no contexto das Doenças de Notificação Obrigatória, através da elaboração de material informativo destinado ao esclarecimento da população.

2.2. Unidade de Cuidados na Comunidade

As UCC constituem unidades funcionais dos CSP orientadas para a prestação de cuidados de proximidade, de natureza domiciliária e comunitária, dirigidos sobretudo a pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade ou dependência (Decreto-Lei n.º 28/2008). Desenvolvem intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e apoio psicossocial, privilegiando uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade ao longo do ciclo de vida.

A unidade onde decorreu o estágio desenvolve a sua atuação numa lógica de proximidade e colaboração com a comunidade, promovendo parcerias interinstitucionais, reforçando a acessibilidade aos cuidados e incentivando a capacitação das populações, particularmente das mais vulneráveis. O funcionamento contínuo do serviço, incluindo fins de semana e feriados, assegura a continuidade dos cuidados prestados.

A UCC dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros com diferentes áreas de especialização, enfermeiros de cuidados gerais, médicos, assistente técnica e assistente operacional, contando com o apoio de profissionais partilhados da ULS, nomeadamente assistente social, fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista.

A intervenção desenvolve-se em articulação com entidades da comunidade, incluindo autarquias, instituições de solidariedade social, estabelecimentos de ensino e outros, participando em grupos de trabalho relacionados com áreas prioritárias como a proteção de crianças e jovens em risco, a prevenção da violência e a intervenção precoce na infância.

A atividade da unidade concretiza-se através de projetos dirigidos a diferentes grupos populacionais, abrangendo áreas como saúde materno-infantil, saúde escolar, saúde mental, promoção do envelhecimento saudável, vacinação, acompanhamento domiciliário integrado. Integra ainda a Equipa Comunitária de Cuidados Integrados (ECCI), assegurando resposta no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Em síntese, esta análise do contexto de intervenção permitiu compreender as características organizacionais e os recursos disponíveis para o desenvolvimento de estratégias de PeS, evidenciando a complexidade das necessidades da população e a importância de intervenções integradas e ajustadas à realidade local, fundamentais para o desenvolvimento das competências do EEECS.

2.3. Unidade de Saúde Parceira da Comunidade

A intervenção foi desenvolvida numa IPSS, da área da ULS do contexto da prática clínica, que presta apoio a mais de 90 pessoas adultas com deficiência mental. O edifício conta com cerca de 35 residentes em regime de lar e cerca de 30 pessoas com deficiência mental em regime de centro de dia, que permanecem na instituição até às 17 horas, em dias úteis.

A missão da instituição consiste em promover a qualidade de vida, o bem-estar e a felicidade das pessoas adultas com deficiência mental, bem como das suas famílias, através da prestação de serviços inovadores nas áreas de alojamento, reabilitação e ocupação. A intervenção institucional assenta numa abordagem centrada na pessoa, promovendo a participação ativa e a inclusão social através de estratégias terapêuticas e ocupacionais.

A IPSS possui uma equipa multidisciplinar, composta por CF e técnicos especializados, contando ainda com o apoio de um enfermeiro, que presta cuidados durante três a quatro horas semanais. Entre os residentes, cerca de quatro a cinco são utilizadores de cadeira de rodas, sendo garantida a realização de levante diário e de outros cuidados de higiene e conforto. Esta realidade reforça o papel dos CF enquanto principais agentes de vigilância diária e prevenção de complicações evitáveis, nomeadamente no domínio das UPP.

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O presente projeto foi estruturado segundo a metodologia do PeS proposta por Imperatori e Giraldes (1993), adotando-se este referencial como matriz orientadora de todo o percurso metodológico. Esta abordagem assenta numa lógica sistemática e racional de intervenção, permitindo organizar a ação em saúde de forma fundamentada, coerente e ajustada às necessidades identificadas.

O PeS tem como finalidade maximizar a utilização eficiente dos recursos disponíveis, direcionando-os para a resolução de problemas previamente priorizados e para o alcance de objetivos concretos e mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993). Para além da gestão eficiente de recursos, esta metodologia procura induzir mudanças consistentes e sustentáveis nos comportamentos e práticas com impacto na saúde, promovendo ganhos efetivos a nível individual e coletivo.

O modelo conceptualiza o planeamento como um processo sequencial composto por várias etapas interdependentes: diagnóstico de situação, definição de prioridades, estabelecimento de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas ou projetos e preparação da execução (Imperatori & Giraldes, 1993). Contudo, esta sequência não deve ser entendida como linear e rígida. Pelo contrário, trata-se de um processo dinâmico e adaptativo, no qual a recolha contínua de informação pode justificar reformulações, ajustamentos e redefinições ao longo do percurso, assegurando maior adequação à realidade concreta em análise.

À luz deste enquadramento teórico-metodológico, procede-se, nos pontos seguintes, à apresentação detalhada das diferentes etapas do PeS aplicadas ao desenvolvimento do presente projeto.

3.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação constitui a etapa inaugural e estruturante do PeS, assumindo-se como o momento de sistematização e interpretação da realidade de uma população específica, com vista à identificação fundamentada dos seus principais problemas e determinantes (Imperatori & Giraldes, 1993). Mais do que uma mera descrição do contexto, esta fase implica uma análise crítica e organizada da informação disponível, permitindo distinguir necessidades prioritárias e orientar decisões futuras.

De acordo com Tavares (1992), o diagnóstico deve apresentar-se como simultaneamente rigoroso, claro e aprofundado, mas compatível com os limites temporais e operacionais do projeto, culminando na definição objetiva dos problemas a intervir.

No âmbito desta fase, recorreu-se a uma abordagem quantitativa, de natureza descritiva e transversal. Esta opção metodológica permite recolher dados mensuráveis e objetivos, possibilitando a identificação de lacunas de conhecimento e padrões de resposta relevantes para a definição de prioridades (Polit & Beck, 2021).

A natureza descritiva justifica-se dado o objetivo de caracterizar os níveis de conhecimento dos CF relativamente à prevenção de UPP, sem manipulação de variáveis ou estabelecimento de relações de causalidade (Polit & Beck, 2021). A dimensão transversal decorre da recolha de dados num único momento temporal, não implicando acompanhamento longitudinal da população (Hill & Hill, 2012). Este desenho metodológico revela-se adequado à fase diagnóstica, permitindo sustentar de forma objetiva a definição de estratégias de intervenção subsequentes.

No início do estágio, foi realizada uma reunião entre as entidades envolvidas na prática clínica – USP e UCC – com o objetivo de identificar áreas prioritárias comuns aos dois contextos institucionais. A partir da análise dos respetivos Planos de Ação, foi consensualmente definida como prioritária a área da Segurança do Doente e Qualidade dos Cuidados, refletindo a convergência entre prioridades institucionais e necessidades identificadas na prática.

Uma das instituições parceiras acompanhadas por ambas as unidades, havia já evidenciado necessidades formativas dos seus profissionais, particularmente no que respeita à prevenção das UPP. Face a esta necessidade identificada, ficou acordado entre os intervenientes que o Projeto de Intervenção Comunitária se centraria nesta instituição, tendo como população-alvo os CF, com o propósito de identificar os conhecimentos e lacunas relativamente à prevenção das UPP.

Posteriormente, foi efetuada uma reunião entre todas as entidades envolvidas – USP, UCC e USPC – no sentido de apresentar o projeto e os objetivos do mesmo, planear a recolha de dados e as restantes dinamizações. A ata da reunião pode ser consultada no Apêndice II.

3.1.1. *População e Amostra*

No âmbito da investigação científica, a população é definida como o conjunto total de indivíduos que possuem uma ou mais características comuns e que são objeto de interesse de estudo (Hill & Hill, 2012). A amostra, por sua vez, corresponde a uma parte ou subconjunto da população, que representa esta última no projeto realizado (Gil, 2010).

Assim, tendo em conta que o projeto tem como objetivo principal contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos CF à pessoa com deficiência mental, no âmbito da prevenção das UPP, em contexto institucional, optou-se por uma amostra não probabilística e por conveniência. Esta opção metodológica encontra-se alinhada com os princípios do PeS, ao privilegiar o conhecimento aprofundado de uma população específica, diretamente implicada na problemática, com vista à definição de estratégias de intervenção ajustadas e exequíveis.

A população-alvo do estudo foi constituída por 17 CF, correspondendo à totalidade dos profissionais com funções ativas e contacto direto e continuado com as pessoas com deficiência mental institucionalizadas, no momento do diagnóstico de situação. Estes profissionais reuniam os critérios de inclusão definidos no protocolo metodológico, nomeadamente o exercício de funções na USPC e a prestação direta de cuidados às pessoas cuidadas. Como critérios de exclusão haviam sido definidos, cuidadores que não sabiam ler e/ou escrever (não existindo nenhum cuidador neste critério), aqueles que se encontravam ausentes durante o período de recolha de dados por motivo de licença (férias, baixa médica ou licença parental), bem como os profissionais que desempenhavam exclusivamente funções administrativas ou de coordenação.

Deste modo, mais do que uma amostra, trata-se de uma abordagem censitária, exaustiva, que procura integrar todos os elementos com relevância direta para os objetivos do estudo, permitindo o conhecimento exaustivo da realidade institucional definida (Carmo & Ferreira, 2008; Hill & Hill, 2012). A opção por uma abordagem censitária permite, assim, maximizar a validade interna do estudo e garantir que as estratégias de intervenção delineadas respondem à totalidade da população diretamente envolvida na prestação de cuidados.

A reduzida dimensão da população em estudo não compromete o rigor metodológico nem a validade interna da investigação. Pelo contrário, a opção pela inclusão da totalidade da população acessível constitui um reforço da consistência dos dados obtidos, assegurando representatividade integral do contexto institucional e eliminando potenciais vieses associados a processos de amostragem seletiva.

Conforme defendem Hill & Hill (2012), em estudos quantitativos de natureza descritiva desenvolvidos em contextos organizacionais circunscritos — como lares ou instituições sociais — a validade da investigação depende sobretudo da adequação entre a população estudada e os objetivos definidos, sendo a coerência metodológica mais determinante do que a dimensão numérica da amostra. Assim, quando o universo é limitado e totalmente abrangido, garante-se maior fidelidade à realidade observada e maior precisão na interpretação dos resultados.

Importa ainda considerar que o presente projeto se insere no âmbito do Estágio I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Neste enquadramento, a delimitação da escala de intervenção responde a critérios de exequibilidade, aprofundamento analítico e pertinência contextual. A literatura e a experiência acumulada em projetos de intervenção académica demonstram que estudos com populações reduzidas, mas integralmente incluídas, são metodologicamente adequados e particularmente recomendáveis quando orientados para a transformação concreta de contextos locais específicos.

Deste modo, a dimensão da população-alvo não deve ser interpretada como uma limitação, mas antes como uma escolha metodológica consciente e eticamente fundamentada. Esta opção assegura qualidade científica, coerência com os objetivos delineados e elevada aplicabilidade prática dos resultados à realidade institucional em análise, reforçando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

3.1.2. Considerações Éticas

A dimensão ética constitui um eixo estruturante da prática profissional e da investigação em enfermagem. O *International Council of Nurses* (ICN) afirma que os enfermeiros têm o dever de salvaguardar os direitos humanos em todas as circunstâncias, incluindo no âmbito da produção científica (ICN, 2021). Paralelamente, a investigação em saúde exige especial atenção à vulnerabilidade dos participantes, entendendo-se que esta aumenta à medida que diminui a capacidade de participação autónoma na tomada de decisão (Nunes, 2020).

Esta preocupação é relevante quando se trata de uma população-alvo que trabalha em contextos institucionais específicos, muitas vezes sujeitos a dinâmicas hierárquicas e laborais que podem influenciar a sua participação voluntária. Neste sentido, a consideração dos princípios éticos assume um papel transversal ao PeS, garantindo que o diagnóstico, a intervenção e a avaliação decorrem de forma responsável, respeitadora e socialmente justa.

No decurso da definição da temática e previamente ao início da recolha de dados, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ESSATLA (Apêndice III), bem como às entidades envolvidas no estágio e no projeto – nomeadamente a USP, a UCC e a própria instituição-alvo (Apêndices IV, V e VI, respetivamente). Além disso, foi pedida autorização à autora do instrumento de recolha de dados, o *Questionário aos Cuidadores Formais*, tendo-se obtido parecer positivo para a sua utilização (Apêndice VII).

Ao longo do desenvolvimento do projeto, foram observados de forma rigorosa os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde descritos por Nunes (2020): autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A participação foi inteiramente voluntária, assegurando-se que nenhum profissional se sentiu coagido ou condicionado na sua decisão.

Foram também implementadas medidas destinadas a garantir a confidencialidade e anonimização dos dados recolhidos, impedindo qualquer forma de identificação direta ou indireta dos participantes. Os princípios orientadores do estudo foram explicitados de forma clara e acessível, através da entrega de um Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice VIII), no qual se detalhou a finalidade da investigação, os procedimentos envolvidos, a natureza voluntária da participação e o direito de desistência em qualquer momento, sem prejuízo ou consequência.

Salienta-se que todos os CF envolvidos consentiram voluntariamente a sua participação no projeto. Para o efeito, foi-lhes previamente solicitada autorização formal, tendo sido devidamente esclarecidos quanto aos objetivos, à finalidade e às implicações da sua participação. Incluem-se três cuidadores que apenas integraram a fase de intervenção, por terem sido contratados após a realização da colheita de dados, tendo-lhes igualmente sido prestada informação clara e solicitada a respetiva anuência para participação nas atividades desenvolvidas.

Deste modo, procurou-se assegurar que o projeto respeitasse não apenas os requisitos formais da investigação científica, mas também os valores éticos que sustentam a prática profissional em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

3.1.3. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

A recolha de dados constitui uma etapa fundamental em qualquer investigação, sendo essencial garantir o rigor para que as informações obtidas sejam válidas e confiáveis. Numa etapa preliminar foi realizada uma pesquisa exploratória em várias bases de dados (Medline e CINAHL Complete) e Google Scholar, de forma a encontrar instrumentos de recolha de dados que possam dar resposta ao objetivo delineado.

No âmbito do diagnóstico de situação que fundamenta o presente projeto, foi aplicado o questionário construído por Carmo e colaboradores (2023) (Anexo I), mediante autorização formal dos autores. O instrumento foi concebido para avaliar conhecimentos, práticas, atitudes e necessidades formativas dos cuidadores formais no domínio da prevenção de UPP, apresentando propriedades psicométricas consideradas adequadas pelas autoras, o que sustenta a sua validade e fiabilidade para utilização em contextos institucionais comparáveis (Carmo et al., 2023).

O questionário é constituído por quatro secções distintas, perfazendo um total de 23 questões, integrando diferentes tipologias de itens — respostas dicotómicas, escolha múltipla, resposta aberta e escala tipo *Likert* — o que possibilita uma caracterização abrangente e estruturada da população-alvo. Sendo assim, o questionário apresenta:

- *Secção A – Dados Sociodemográficos (Questões 1 a 6):* Esta secção contempla questões de resposta fechada, de escolha múltipla ou dicotómica, com o objetivo de caracterizar os participantes em termos de idade, sexo, habilitações académicas, e outros elementos relevantes. Estes dados permitem traçar o perfil sociodemográfico dos CF e contextualizar os resultados obtidos nas secções seguintes, contribuindo para a compreensão de eventuais relações entre variáveis.
- *Secção B – Percurso Profissional e Formativo (Questões 7 a 11):* Nesta secção incluem-se questões de resposta fechada (dicotómicas ou de escolha múltipla) e de resposta aberta. Pretende-se caracterizar o percurso profissional e formativo dos CF, identificando o tempo de experiência na área, o tipo de vínculo contratual, a formação inicial e contínua recebida, bem como o contexto institucional em que exercem funções (por exemplo, estruturas residenciais para idosos, unidades de cuidados continuados, entre outras). Estas informações permitem analisar o grau de preparação dos profissionais e identificar possíveis lacunas no percurso formativo, fundamentais para orientar ações futuras de capacitação.

- *Secção C – Conhecimentos sobre a Problemática das Úlceras por Pressão (Questões 12 a 16):* Esta secção é constituída por questões de resposta dicotómica (verdadeiro ou falso), centradas na identificação dos conhecimentos dos participantes sobre os fatores de risco associados ao desenvolvimento de UPP. Os itens abordam dimensões como: imobilidade, nutrição, fricção e pressão, incontinência, hidratação e avaliação da pele. A análise das respostas permite inferir o nível de literacia dos CF relativamente à problemática, bem como identificar necessidades formativas específicas neste domínio.
- *Secção D – Estratégias Preventivas e Práticas Atuais (Questões 17 a 23):* A última secção tem como finalidade avaliar o conhecimento prévio, as atitudes e os comportamentos dos CF no que diz respeito à prevenção de UPP. As questões são de resposta fechada e utilizam uma escala tipo *Likert* (ex.: nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre), permitindo aferir a frequência e consistência com que os profissionais aplicam determinadas medidas preventivas, tais como a mudança de decúbito, a inspeção da pele, a hidratação cutânea, o uso de dispositivos de alívio de pressão e o registo de observações. Esta secção permite ainda avaliar o grau de autonomia e iniciativa dos cuidadores na aplicação de boas práticas.

Com vista à adequação do instrumento ao contexto institucional específico, foi realizada uma revisão linguística da nomenclatura utilizada nos enunciados das questões, substituindo expressões dirigidas à realidade do domicílio por outras mais consensuais com o ambiente organizacional, que pode ser consultada no Apêndice I. Importa salientar que esta adaptação não implicou alterações no conteúdo substantivo das questões, tendo-se mantido a integridade estrutural do questionário original.

Adicionalmente, foram modificadas duas questões do questionário original para melhor adequação ao contexto do presente projeto. Estas alterações foram validadas por um painel de cinco peritos, criteriosamente selecionados com base na sua experiência profissional e académica nas áreas da enfermagem comunitária, cuidados continuados e prevenção de UPP. Os peritos avaliaram as questões quanto à clareza, relevância, coerência linguística e alinhamento com os objetivos do estudo, tendo sido introduzidos ajustes formais de acordo com as sugestões recebidas. Este processo reforçou a validade de conteúdo e a adequação do instrumento à realidade em estudo.

Os dados recolhidos através deste questionário constituíram a base empírica do diagnóstico de situação, permitindo identificar lacunas de conhecimento e áreas prioritárias de intervenção, que sustentaram a definição das estratégias implementadas no presente projeto.

A recolha de dados decorreu entre 9 e 19 de junho de 2025, em contexto institucional, com participação voluntária da totalidade da população-alvo, assegurando-se condições de privacidade e confidencialidade durante o preenchimento dos questionários.

3.1.4. Procedimentos de análise de dados

O processamento e análise dos dados recolhidos foram efetuados com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 30.0. A estratégia analítica adotada foi congruente com o desenho metodológico do estudo — de natureza quantitativa, descritiva e transversal — privilegiando uma abordagem estatística essencialmente descritiva.

A análise teve como finalidade sistematizar e interpretar as variáveis relacionadas com os conhecimentos dos CF acerca das UPP, permitindo identificar tendências, padrões de resposta e áreas de maior ou menor consistência conceptual, com vista a fundamentar a definição de estratégias de intervenção comunitária.

Numa primeira fase, procedeu-se à realização de estatística descritiva, metodologia amplamente utilizada em estudos com estas características, por possibilitar a organização e síntese de conjuntos de dados de forma clara e interpretável (Polit & Beck, 2021). Foram calculadas medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil) para variáveis quantitativas ou ordinais, sempre que aplicável.

A apresentação dos resultados foi realizada de forma agregada, através de tabelas e representações gráficas, assegurando-se a inexistência de qualquer elemento passível de identificação individual dos participantes.

Complementarmente à análise descritiva, foi utilizada estatística inferencial com o objetivo de aprofundar a compreensão das relações entre variáveis. Uma vez que os pressupostos de normalidade dos dados não estavam garantidos, optou-se pela aplicação do teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, o qual é adequado para a comparação de três ou mais grupos independentes quando as variáveis são de nível ordinal ou quando não seguem uma distribuição normal (Marôco, 2021). Este teste permitiu verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos e atitudes dos(as) participantes relativamente à prevenção de UPP, em função dos anos de experiência profissional enquanto cuidador(a). O nível de significância estatística adotado foi de 0,05.

Contudo, a análise dos dados não se limitou à leitura isolada dos resultados estatísticos. Procedeu-se a uma interpretação integrada dos diferentes domínios do questionário, considerando simultaneamente as dimensões sociodemográfica, formativa e prática profissional. Esta abordagem permitiu identificar padrões de resposta, lacunas de conhecimento, fragilidades na aplicação de medidas preventivas e fatores contextuais que podem condicionar a atuação dos CF.

Assim, a consequente análise dos resultados permitiu sustentar, de forma objetiva, o diagnóstico de situação e apoiar a definição de prioridades e a seleção das estratégias de intervenção no âmbito do PeS.

3.1.5. Análise e interpretação dos resultados

De acordo com a metodologia do PeS, a análise e interpretação de dados assume um papel fundamental na construção de um diagnóstico de situação rigoroso e orientado para a tomada de decisão (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa permite identificar e compreender as necessidades em saúde da população-alvo, servindo de base para a definição de prioridades e para a posterior elaboração de estratégias de intervenção adequadas e eficazes (Melo, 2020).

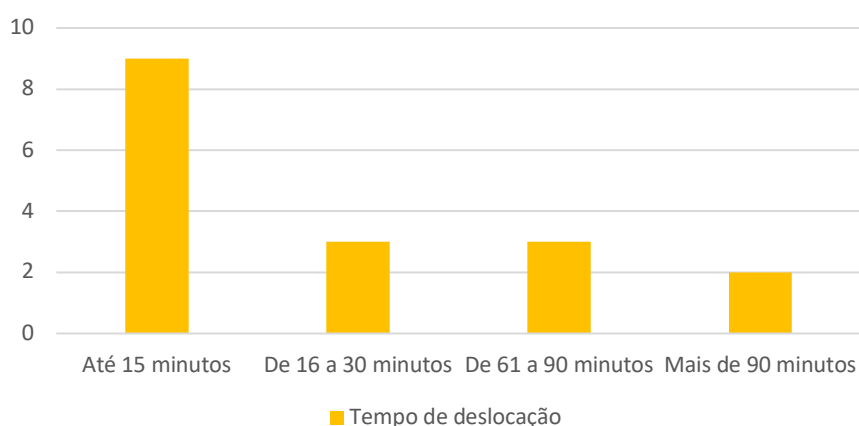
A amostra final do estudo foi constituída por 17 participantes, correspondendo ao total da população, no momento do preenchimento dos questionários. A maioria dos inquiridos (41%; n=7) situava-se na faixa etária dos 41 aos 60 anos, sendo predominante o sexo feminino, com 82% (n=14). Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maior proporção de participantes era solteira (36%; n=6) (quadro 1).

No que se refere ao nível de escolaridade, a maioria dos respondentes possuía o ensino básico – 3.º ciclo (47%; n=8) – ou o ensino secundário (41%; n=7). Apenas um participante declarou ter competências ao nível do “saber ler e escrever” e outro participante apresentou formação superior ao nível da licenciatura. Este fator poderá ter implicações na aquisição e consolidação de conhecimentos técnicos e científicos mais aprofundados, exigindo estratégias pedagógicas ajustadas a diferentes níveis de literacia em saúde (DGS, 2023).

Quadro 1-Distribuição da população-alvo, segundo sexo, idade e estado civil

	n=17	%
Questão 1 – Sexo		
Feminino	14	82
Masculino	3	18
Questão 2 – Idade		
< 25 anos	4	24
25 – 40 anos	5	29
41 – 60 anos	7	41
Mais de 60 anos	1	6
Questão 3 – Estado Civil		
Solteiro(a)	6	35
Casado(a)	4	24
Divorciado(a)	3	18
União de Facto	4	24

Foi ainda analisado o tempo despendido nas deslocações para o local de trabalho (gráfico 4), tendo a maioria dos participantes (53%; n=9) referido um tempo inferior a 15 minutos, o que poderá representar um fator protetor relativamente ao desgaste diário associado ao transporte. No entanto, 18% dos participantes (n=3) indicaram tempos de deslocação entre 61 e 90 minutos, o que, de acordo com Lawson (2018), poderá constituir um fator de stresse com impacto potencial na estabilidade do sistema individual dos CF.

Gráfico 3 - Tempo despendido na deslocação para o trabalho

Relativamente ao estado de saúde autorreferido, destacam-se as queixas de dores articulares e/ou musculares, reportadas por 35% dos participantes (n=6). A incidência destas condições pode ser interpretada como uma consequência direta das exigências da sua função, frequentemente associadas a posturas incorretas, cargas físicas elevadas e ausência de pausas adequadas. Estes dados reforçam a importância de integrar futuras ações de promoção da saúde e prevenção da doença dirigidas aos próprios profissionais, enquanto agentes de cuidado.

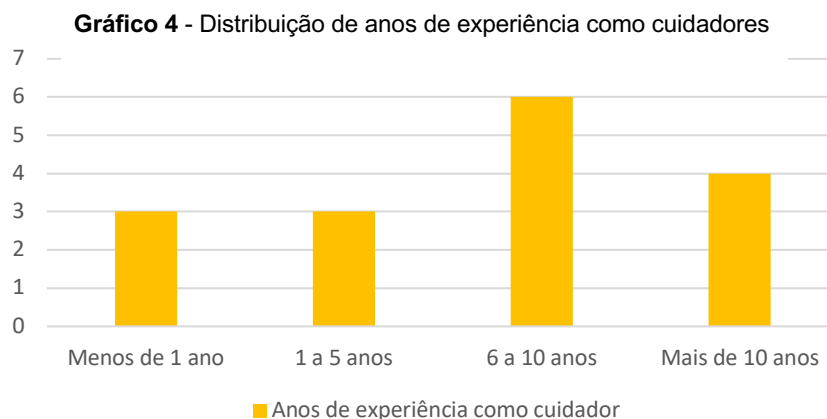
De igual modo, a hipertensão arterial, as varizes e as cefaleias surgiram com uma prevalência de 29% cada (n=5), refletindo a existência de fatores de risco que podem exigir um acompanhamento particular no contexto da promoção da saúde ocupacional dos CF.

Quadro 2-Problemas de saúde que afetam a população-alvo

Problemas de Saúde	n	%
Dores articulares ou musculares	6	35
Hipertensão arterial	5	29
Varizes	5	29
Dores de cabeça	5	29
Insónias	4	24
Diabetes	1	6
Outro	1	6

Apresentam-se os dados sobre a caracterização profissional e de formação. A totalidade da amostra é constituída por auxiliares de ação direta (100%; n=17), sendo que a maioria possui vínculo contratual efetivo na USPC (82%; n=14). Apenas dois participantes exercem funções como prestadores de serviços (12%), e um possui contrato de trabalho a termo certo. Esta estabilidade contratual pode representar uma oportunidade estratégica para a capacitação contínua dos profissionais, potenciando a aquisição e consolidação de competências.

No que diz respeito à experiência profissional enquanto CF, como demonstra o gráfico 4, 18% dos participantes (n=3) referem ter menos de um ano de experiência ou “entre um a cinco anos”. A maior proporção (35%; n=6) possui entre seis a dez anos de experiência, e 23% (n=4) têm mais de dez anos de prática na área.

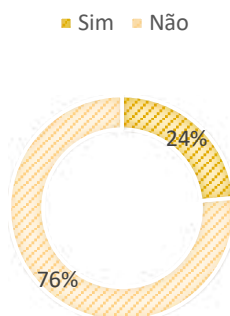


Relativamente à carga horária semanal, observa-se que a maioria dos inquiridos (94%; n=16) desempenha funções entre 36 a 40 horas por semana, sendo que apenas um participante referiu uma carga inferior a 25 horas. Quanto ao regime de horário, 59% (n=10) trabalham por turnos, enquanto 41% (n=7) têm horário fixo. A prevalência do regime por turnos, poderá gerar desafios adicionais na articulação entre formação, descanso e qualidade dos cuidados prestados, o que pode ser mais um *stressor* associado a estes profissionais (Lawson, 2018).

Quando questionados sobre a possibilidade de mudança de profissão, 76% dos participantes (n=13) manifestaram intenção de permanecer na área (gráfico 5), o que poderá traduzir uma elevada motivação intrínseca e identificação com a função desempenhada, contribuindo para a redução da rotatividade. Por outro lado, 24% (n=4) indicaram que considerariam mudar de profissão. A maioria dos profissionais inquiridos (82%; n=14) não exerce qualquer outra atividade profissional paralela.

Gráfico 5 - Distribuição por opinião se consideravam a mudança de profissão

MUDANÇA DE PROFISSÃO

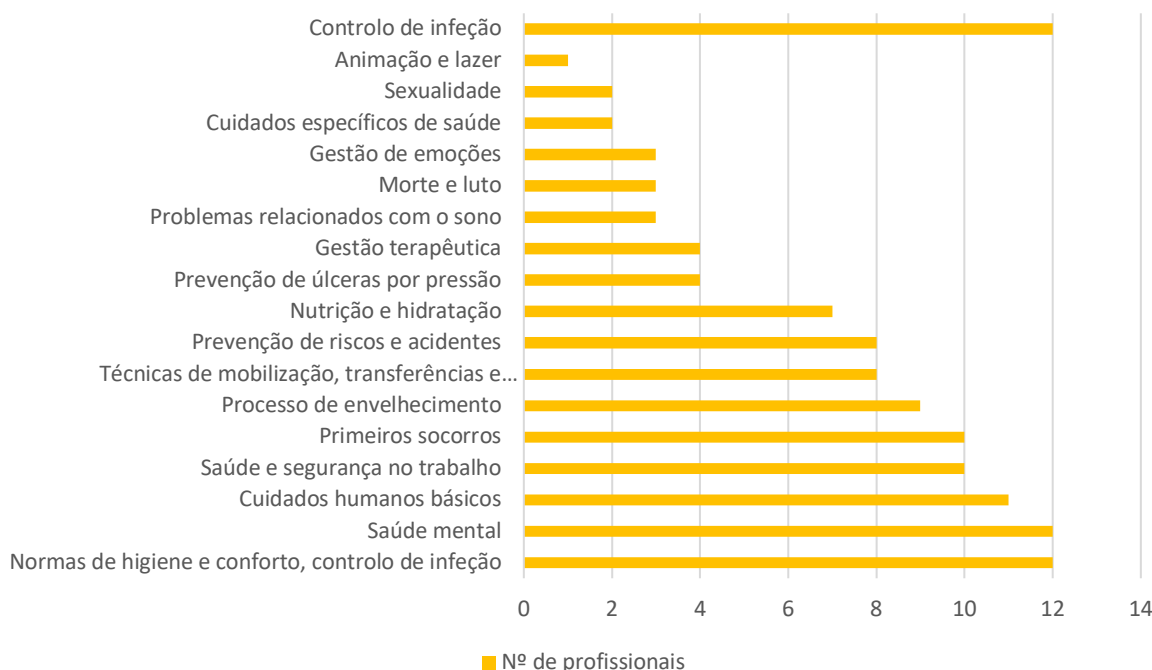


No que respeita à formação na área, 41% dos participantes (n=7) indicaram ter frequentado formação prévia, ao passo que 59% (n=10) referiram não possuir essa formação. Entre os que referiram já ter recebido formação, 18% (n=3) participaram há mais de um a três anos, e

12% (n=2) há mais de três anos. A maioria da amostra afirma não ter formação, o que poderá indicar a necessidade intervir junto desta população-alvo, atualizando os conteúdos com as mais recentes evidências científicas.

A esmagadora maioria dos participantes (94%; n=16) reconhece que a instituição disponibiliza formação profissional contínua, um ponto positivo e recomendado pelas boas práticas. Mano (2023) refere que os CF desempenham um papel importante no cuidado e, por isso, a sua capacitação está na base de um grande contributo para a promoção da saúde e a prevenção de complicações relacionadas com as UPP. As três temáticas mais referidas como abordadas nestas formações foram: “normas de higiene e conforto”, “controlo de infeção” e “saúde mental” (71%). Os resultados referentes às restantes temáticas de formação podem ser consultados no gráfico 6.

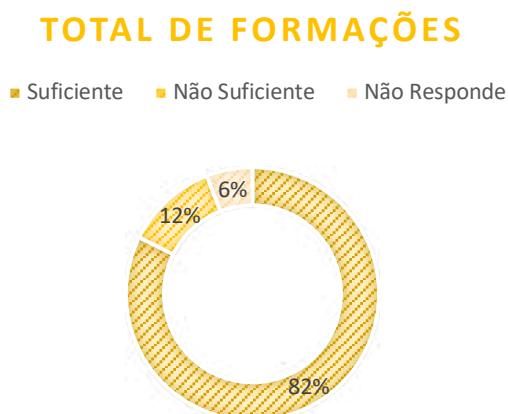
Gráfico 6 - Distribuição por áreas de formação já frequentada pelos CF



É de referir que, considerando a temática que envolve este trabalho, destaca-se a participação de 47% (n=8) em formações sobre “técnicas de mobilização, transferências e posicionamentos” e de 41% (n=7) em “prevenção de úlceras por pressão”.

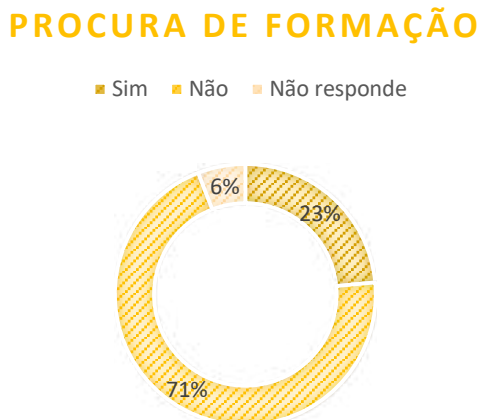
No que se refere à perceção quanto à suficiência das ações formativas recebidas para o desempenho das suas funções, 82% (n=14) consideram-nas adequadas, enquanto 12% (n=2) consideram-nas insuficientes (gráfico 7).

Gráfico 7 - Distribuição por opinião acerca da suficiência das formações frequentadas



No que diz respeito à procura de formação por iniciativa própria fora da instituição, 71% dos profissionais (n=12) referiram não o fazer, especialmente na área de intervenção e cuidados prestados, ao passo que 24% (n=4) afirmaram procurar esse tipo de formação de forma autónoma, como espelhado no gráfico 8.

Gráfico 8 - Distribuição por procura de formação externa à instituição de origem



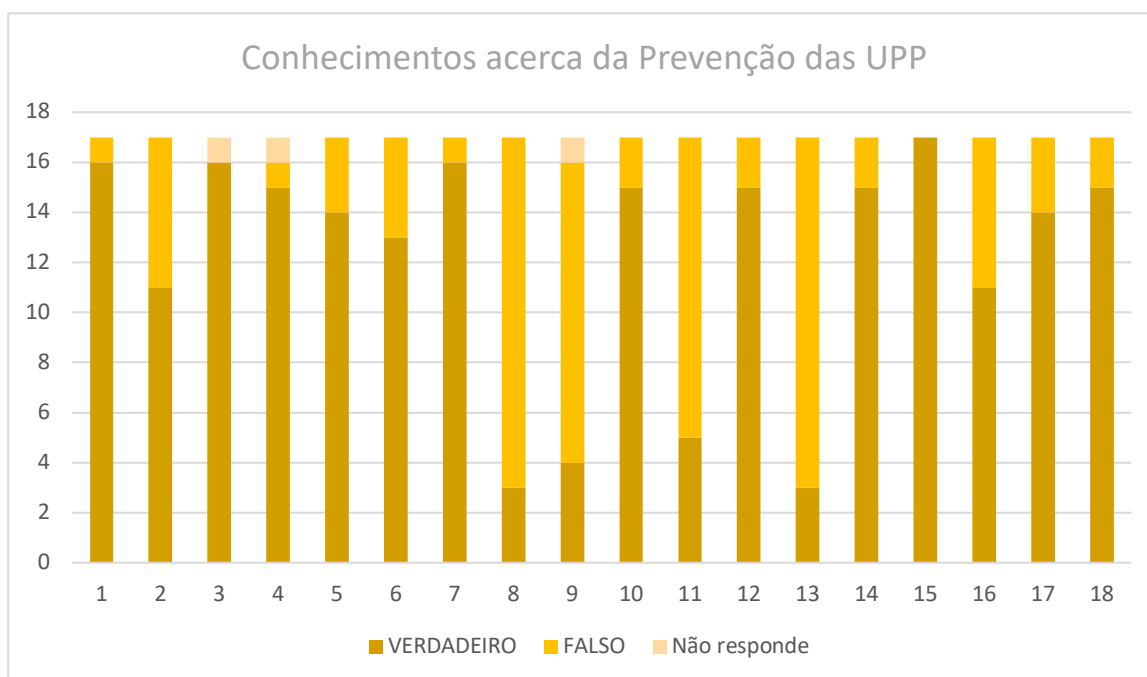
Relativamente ao hábito de leitura e pesquisa sobre temáticas relacionadas com a área de trabalho, 65% (n=11) dos participantes indicaram realizá-lo com regularidade. Desses, 41% (n=7) recorrem à Internet, 12% (n=2) utilizam redes sociais ou livros, e 35% (n=6) não especificaram a fonte.

Por fim, na questão de resposta aberta, onde se solicitou a indicação três temas que os participantes gostariam de ver abordados em futuras formações, sobressaem os temas da gestão das emoções, primeiros socorros e evacuação em caso de incêndio, saúde do idoso

e cuidados em fim de vida, revelando áreas sentidas como prioritárias e com necessidade de aprofundamento. Ainda que a área da prevenção das UPP não tenha sido abordada, as restantes secções dos questionários demonstram lacunas no conhecimento e nas estratégias que são importantes de abordar.

Na secção seguinte, com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos participantes relativamente à prevenção de UPP, foi aplicada uma escala composta por afirmações de tipo dicotómico (verdadeiro/falso), cujos resultados se apresentam no gráfico 9.

Gráfico 9 - Distribuição pelas respostas dadas na escala acerca dos conhecimentos



De uma forma geral, os dados demonstram um nível de conhecimento satisfatório por parte dos CF, sendo que 94% dos inquiridos (n=16) identificaram corretamente a definição de UPP como uma ferida localizada na pele, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e forças de torção. A quase totalidade dos participantes (94%; n=16) reconhece corretamente a existência de diferentes graus de evolução das UPP. Igualmente, 88% (n=15) estabelecem a relação entre a presença de UPP e o estado de desidratação.

Contudo, existiram várias questões onde se evidenciam lacunas importantes no conhecimento acerca da prevenção de UPP, tais como: 88% (n=15) dos CF concordam com a prática de massajar com creme hidratante a pele ruborizada, apesar de tal prática não ser recomendada nos casos de rubor persistente, o que poderá refletir uma conceção errada enraizada na prática informal; 29% (n=5) considera que rugas nos lençóis não poderão provocar lesões

cutâneas em pessoas acamadas; 65% (n=11) consideram que uma pessoa deve ser arrastada com cuidado – o que constitui uma má prática de reposicionamento no leito, aumentando a fricção e cisalhamento que podem dar origem a uma UPP.

Excluída a questão 15 “A cama de um doente deve estar sempre limpa, seca, sem rugas e sem migalhas de comida” onde os participantes tiveram uma taxa de 100% de resposta certa, todas as outras questões tiveram participantes que consideraram respostas incorretas.

Na última parte do questionário, relativamente aos comportamentos e atitudes dos participantes acerca da prevenção de UPP, estes foram avaliados através de uma escala de autorrelato, com itens avaliados de 1 a 10, em que 1 corresponde a “nunca” e 10 a “sempre”. Estas afirmações estavam relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa com maior dependência, que abordava as dimensões avaliadas na Escala de *Braden*.

De forma geral, os participantes revelaram atitudes e comportamentos positivos no que se refere à prevenção de UPP. Esta tendência é particularmente evidente nas afirmações de teor positivo, como por exemplo a questão 1: “tenho conhecimento de como prevenir as úlceras por pressão e coloco-os em prática quando presto cuidados aos utentes”, cuja média foi de $M=8,6$ ($DP=2,2$), com mediana de 10 ($IQR=7-10$).

Em contraste, as afirmações relacionadas com dificuldades na implementação das medidas preventivas revelam médias e medianas próximas do ponto médio da escala, sugerindo dificuldades moderadas. A principal limitação identificada é a falta de tempo, cuja média foi de $M=4,8$ ($DP=4,0$) e mediana de 5 ($IQR=1-10$), demonstrando uma grande variabilidade nas respostas.

A escassez de recursos surge como uma segunda limitação, com média de $M=4,4$ ($DP=4,1$) e mediana de 2 ($IQR=1-10$), o que sugere uma dificuldade ligeiramente inferior, mas ainda significativa e igualmente variável. Estes dados apontam para a influência de fatores contextuais, como a gestão de tempo e a disponibilidade de materiais, na implementação prática dos conhecimentos por parte dos CF.

Com o objetivo de avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de experiência profissional e os comportamentos e atitudes dos CF relativamente à prevenção de UPP, foi aplicado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*. Este teste foi escolhido por não estarem reunidos os pressupostos de normalidade necessários à aplicação de testes paramétricos. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Os resultados encontram-se sistematizados no Apêndice IX. De acordo com a análise inferencial realizada, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos definidos pelos anos de experiência enquanto cuidador(a) e os comportamentos e atitudes relativos à prevenção de UPP ($p > 0,05$). Assim, conclui-se que, no presente estudo, não foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre o tempo de experiência profissional e os comportamentos e atitudes adotados nesta área.

Contudo, numa análise descritiva das médias das ordenações (Mkr), observa-se uma tendência para que os cuidadores com menos anos de experiência apresentem valores ligeiramente inferiores relativamente aos seus comportamentos e atitudes preventivas. Tal pode sugerir que, ainda que a diferença não seja estatisticamente significativa, cuidadores com mais experiência profissional poderão apresentar práticas ligeiramente mais consolidadas, o que poderá constituir uma oportunidade para reforçar a capacitação dos profissionais com menor tempo de exercício na área.

3.1.6. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos permitem caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos CF e analisar a sua relação com os conhecimentos, atitudes e práticas no âmbito da prevenção de UPP. Seguidamente, discutem-se os aspetos mais relevantes à luz do enquadramento teórico e dos objetivos do projeto.

A predominância do sexo feminino e da faixa etária compreendida entre os 41 e os 60 anos encontra-se em consonância com o perfil tradicional dos profissionais de cuidados diretos em contexto institucional, geralmente caracterizado por uma força de trabalho maioritariamente feminina e com experiência acumulada (Figueiredo, 2021). A estabilidade contratual observada constitui, igualmente, um fator facilitador da implementação de estratégias de capacitação contínua (Sakraida & Wilson, 2018), potenciando a consolidação de práticas sustentadas na evidência científica e a uniformização dos cuidados prestados.

No que respeita ao conhecimento sobre UPP, Sun e colaboradores (2024) referem que a compreensão dos cuidadores acerca desta problemática tende a revelar-se vaga e insuficiente. Contudo, os resultados obtidos no presente estudo evidenciam níveis globais de conhecimento considerados satisfatórios, convergindo com os achados de Carmo e colaboradores (2023). Ainda assim, a análise detalhada das respostas permitiu identificar lacunas em domínios específicos, particularmente em práticas relacionadas com mobilização

e com a interpretação precoce de sinais clínicos, como a presença de eritema sobre proeminências ósseas, conforme salientado pelas recomendações internacionais (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).

Estes resultados sugerem que, apesar da existência de conhecimentos gerais adequados, persistem concepções menos fundamentadas ou práticas enraizadas na experiência informal (Sun et al., 2024), que podem comprometer a eficácia das medidas preventivas. Tal reforça a perspectiva de que o conhecimento sobre medidas preventivas não é homogêneo e pode influenciar diretamente a qualidade da prevenção implementada (Mano, 2023).

Conseqüentemente, os dados obtidos sustentam a relevância da formação contínua, estruturada e atualizada, enquanto estratégia fundamental para a capacitação dos profissionais (Sun et al., 2024), com impacto direto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Miranda, 2020). A educação dos CF na área da prevenção das UPP assume-se, assim, como uma intervenção prioritária para a redução da incidência destas lesões e para a promoção de ganhos em saúde (Mano, 2023).

Por outro lado, as limitações associadas ao tempo disponível e à escassez de recursos emergem como fatores condicionantes da aplicação sistemática das boas práticas. Estes constrangimentos podem constituir *stressores* no quotidiano profissional dos CF (Lawson, 2018; Miranda, 2020), interferindo na operacionalização dos conhecimentos adquiridos. Assim, os achados reforçam a necessidade de implementar não apenas estratégias formativas, mas também medidas organizacionais que promovam melhores condições de trabalho, favorecendo a qualidade e segurança dos cuidados.

3.1.7. Problemas identificados

A identificação de necessidades em saúde constitui uma etapa estruturante no âmbito do PeS, na medida em que sustenta o diagnóstico comunitário, orienta a definição de prioridades e fundamenta a seleção de estratégias de intervenção ajustadas ao contexto específico (Imperatori & Giraldes, 1993). Este processo implica uma leitura analítica que ultrapassa a mera descrição de carências manifestadas, integrando igualmente necessidades não explicitadas que, ainda assim, produzem impacto relevante no bem-estar, na segurança e na funcionalidade da população-alvo.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), as necessidades podem ser agrupadas em duas categorias fundamentais. Por um lado, as necessidades expressas, que correspondem às solicitações verbalizadas pelos indivíduos relativamente a cuidados ou serviços. Contudo, a sua expressão não garante, por si só, correspondência com necessidades clinicamente prioritárias. Por outro lado, as necessidades não expressas ou latentes são aquelas identificadas pelo profissional de saúde através da análise integrada dos dados recolhidos, da observação do contexto e da discrepância entre práticas existentes e recomendações baseadas na evidência. A identificação destas últimas exige capacidade crítica, competência técnica e compreensão contextual.

A articulação entre estes diferentes níveis de necessidade, aliada ao respeito pelos valores, crenças e representações sociais da população, constitui condição essencial para assegurar a pertinência, legitimidade e eficácia das intervenções planeadas.

Com base na análise dos dados obtidos através do *Questionário aos Cuidadores Formais*, foram identificados um conjunto de problemas prioritários que afetam direta ou indiretamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados na USPC. São eles:

Problema 1 – Lacunas significativas de conhecimento sobre a prevenção de úlceras por pressão

Os CF da USPC evidenciam lacunas relevantes ao nível dos seus conhecimentos teóricos e práticos sobre a prevenção de UPP, o que compromete a segurança dos utentes e favorece a adoção de práticas desajustadas à evidência científica atual.

A magnitude deste problema é elevada, sendo confirmada pelas seguintes evidências empíricas: 29% dos CF consideram, incorretamente, que as rugas nos lençóis não constituem um fator de risco; 35% acreditam que os utentes podem ser “arrastados com cuidado” como forma legítima de mobilização; e 88% defendem a massagem da pele ruborizada, prática desaconselhada pelas normas de boas práticas. Estes dados sustentam a existência de mitos e conhecimentos desatualizados, justificando uma intervenção formativa estruturada e baseada em evidência.

Problema 2 – Défice de formação específica na área dos cuidados a pessoas dependentes

Os cuidadores da USPC apresentam um défice expressivo de formação específica na área dos cuidados a pessoas dependentes, especialmente no que respeita à prevenção de UPP.

Esta lacuna compromete a competência técnica e a capacidade de resposta dos profissionais perante situações clínicas de risco.

Posto isto, o problema revela uma magnitude preocupante, na medida em que 59% dos CF inquiridos afirmaram nunca ter recebido formação prévia nesta área. A ausência de formação inicial estruturada limita a adoção de práticas fundamentadas e impede a criação de uma cultura de cuidados preventivos no contexto institucional.

Problema 3 – Dificuldades na aplicação prática dos conhecimentos devido a constrangimentos organizacionais

Os CF da USPC enfrentam obstáculos significativos na aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, motivados por constrangimentos organizacionais, como a escassez de tempo, recursos humanos limitados e défice de materiais de apoio à prática clínica.

Embora de natureza predominantemente qualitativa, este problema apresenta-se como transversal e persistente. Foi identificado através das respostas dos CF, que referem, de forma recorrente, a falta de tempo e de condições adequadas como fatores que dificultam a prestação de cuidados preventivos eficazes. Estes elementos contextuais limitam a eficácia de qualquer intervenção formativa, sendo necessário equacionar medidas de reorganização do trabalho e reforço institucional.

Problema 4 – Desatualização formativa na área dos cuidados a pessoas dependentes

Entre os CF da USPC que reportam ter recebido formação na área dos cuidados a pessoas dependentes, verifica-se uma problemática adicional: a desatualização dessa formação, o que reduz a eficácia do conhecimento adquirido face às práticas atuais.

A magnitude deste problema é moderada, sendo que 18% dos CF indicaram ter frequentado formação há mais de 1 a 3 anos, e 12% há mais de 3 anos. Estes dados evidenciam que cerca de 30% dos profissionais com formação não a renovaram recentemente, colocando em causa a adequação das suas práticas às recomendações atuais e às diretrizes clínicas baseadas na evidência.

Embora relacionado com o défice formativo identificado anteriormente, este problema distingue-se por incidir especificamente sobre a atualização temporal dos conhecimentos adquiridos, justificando a sua análise autónoma.

Problema 5 – Baixa procura ativa de formação externa

Os CF da USPC demonstram reduzida iniciativa na procura de formação contínua externa à instituição, o que pode refletir, entre outros fatores, baixos níveis de motivação para o desenvolvimento profissional contínuo, ou uma perceção diminuída da necessidade de atualização.

Este problema assume uma magnitude considerável, com 71% dos CF a referirem não procurar, por sua iniciativa, oportunidades formativas externas. Esta evidência aponta para uma fraca proatividade e autorresponsabilização no processo formativo, comprometendo a construção de uma cultura de melhoria contínua e de atualização profissional sustentada.

3.2. Definição de prioridades

A definição de prioridades permite estabelecer uma hierarquização racional dos problemas identificados, orientando a tomada de decisão e a alocação de recursos para as áreas de maior impacto em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Por sua vez, a hierarquização dos problemas segue os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade (Imperatori & Giraldes, 1993), que permite uma análise objetiva da relevância dos problemas identificados. A aplicação destes critérios possibilitou a atribuição de uma pontuação a cada problema identificado, culminando numa ordenação hierárquica do mais prioritário ao menos prioritário, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Priorização dos problemas identificados segundo os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade

Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
P1	3	3	3	9
P2	1	2	2	5
P3	1	3	2	6
P4	0	2	2	4
P5	2	1	1	4

Contudo, reconhecendo-se que o PeS deve assumir uma abordagem participativa e intersectorial, a hierarquização obtida não se baseou exclusivamente na análise quantitativa. Esta foi igualmente sujeita a validação conjunta com os diferentes intervenientes envolvidos no processo, nomeadamente os responsáveis institucionais, um representante dos cuidadores e a equipa de enfermagem comunitária, garantindo que as prioridades definidas refletiam não apenas a análise técnica dos dados, mas também a realidade organizacional, os recursos disponíveis e a exequibilidade das ações propostas.

Da análise dos resultados obtidos, verificou-se que o Problema 1 (P1) apresentou a pontuação mais elevada, evidenciando elevada magnitude, forte impacto na qualidade dos cuidados e elevada vulnerabilidade à intervenção. Seguiu-se o Problema 3 (P3), cuja relevância se encontra associada às dificuldades na transposição do conhecimento teórico para a prática, condicionadas por constrangimentos organizacionais e estruturais.

Deste modo, após a priorização quantitativa e validação conjunta com os intervenientes institucionais, foram definidos como problemas prioritários para a intervenção comunitária:

- **P1** – Lacunas significativas de conhecimento dos CF relativamente à prevenção de UPP;
- **P3** – Dificuldades na aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, associadas a constrangimentos organizacionais.

A seleção destes problemas justifica-se pela sua influência direta na qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como pelo seu potencial de modificação através de estratégias de capacitação, reorganização de práticas e reforço da articulação entre os diferentes profissionais envolvidos.

Da identificação dos problemas prioritários resultaram os seguintes diagnósticos de enfermagem, formulados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2015):

- **D1** – Conhecimento insuficiente dos cuidadores formais sobre a prevenção de úlceras por pressão;
- **D2** – Prática de cuidados preventivos de úlceras por pressão comprometida.

Importa ainda referir que foi realizada uma reunião com a USPC, a unidade de saúde e a equipa do projeto de intervenção comunitária, considerados os peritos na área de atuação,

durante a qual foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação e discutidos os problemas identificados. A respetiva ata da reunião encontra-se disponível no Apêndice X.

Durante este momento de partilha e reflexão conjunta foram debatidas as estratégias de intervenção e os tempos necessários para a implementação do projeto. Ficou consensual que, embora a intervenção proposta incidisse prioritariamente sobre dois problemas concretos, as ações desenvolvidas poderiam ter repercussões positivas noutros domínios identificados, contribuindo de forma indireta para a melhoria global das práticas institucionais. Estes aspetos poderão ser posteriormente aprofundados pela instituição, assegurando a continuidade e sustentabilidade das melhorias introduzidas.

3.3. Definição de objetivos

A definição de objetivos representa uma etapa estruturante no âmbito do PeS, uma vez que operacionaliza os problemas identificados no diagnóstico de situação, convertendo-os em metas concretas de intervenção, orientadas para a mudança e passíveis de avaliação num determinado horizonte temporal (Imperatori & Giraldes, 1993). Os objetivos devem ser claros, exequíveis, mensuráveis e coerentes com o diagnóstico de situação, funcionando como referência para a posterior seleção de estratégias.

Neste sentido, e em consonância com os problemas priorizados, foi definido um objetivo geral do projeto e, conseqüentemente, três objetivos específicos:

Objetivo geral

- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos CF à pessoa com deficiência mental, no âmbito da prevenção das UPP, em contexto institucional.

Objetivos específicos

- (1) Promover a aquisição de conhecimentos teóricos dos CF sobre a prevenção de UPP na pessoa com deficiência mental;
- (2) Desenvolver competências práticas para a correta implementação de medidas preventivas de UPP na pessoa com deficiência mental;
- (3) Implementar estratégias de articulação entre os membros da equipa, visando reforçar a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Concomitantemente à definição dos objetivos, torna-se essencial estabelecer metas e indicadores de execução e de resultado, que permitam monitorizar o desenvolvimento da intervenção e avaliar o seu impacto (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste enquadramento, a definição das metas e dos indicadores foi estruturada em alinhamento com os objetivos estabelecidos, assegurando a coerência interna do processo de PeS.

As metas traduzem os objetivos estratégicos em resultados concretos, quantificáveis e temporalmente delimitado, enquanto os indicadores permitem monitorizar quer a execução das atividades, quer os resultados obtidos ao nível dos conhecimentos, competências práticas e organização dos cuidados.

Foram contemplados indicadores de processo e de resultado, possibilitando uma avaliação integrada da intervenção. Os indicadores de processo permitem acompanhar a implementação das atividades planeadas, nomeadamente a realização das sessões formativas, a produção de materiais educativos e a aplicação de instrumentos de avaliação. Os indicadores de resultado permitem aferir o impacto da intervenção ao nível da aquisição de conhecimentos, do desenvolvimento de competências práticas e da melhoria da organização dos cuidados prestados pelos CF.

De forma complementar, considerou-se ainda a tendência expectável dos indicadores e a sua projeção num horizonte temporal próximo, assumindo-se esta previsão como elemento orientador do planeamento. No Quadro 4 apresentam-se as metas e os indicadores definidos para o presente projeto.

No primeiro objetivo específico, centrado na aquisição de conhecimentos teóricos sobre a prevenção das UPP, as metas e os indicadores incidem sobre áreas identificadas como críticas no diagnóstico de situação. A utilização de indicadores baseados na taxa de respostas corretas em itens específicos do questionário permite avaliar de forma objetiva a evolução do conhecimento dos CF. Complementarmente, a definição de metas associadas à produção de materiais educativos reforça a sustentabilidade da intervenção e a consolidação dos conteúdos abordados.

Relativamente ao segundo objetivo específico, orientado para o desenvolvimento de competências práticas, privilegiaram-se indicadores de resultado baseados na observação direta da execução de técnicas, através de grelhas de avaliação estruturadas. Esta opção metodológica permite avaliar a transposição do conhecimento para a prática, assegurando uma avaliação objetiva e adequada ao contexto institucional.

Quadro 4 - Metas e indicadores relacionados com os objetivos específicos

Objetivo Específico	Metas	Indicadores
(1) Promover a aquisição de conhecimentos teóricos pelos CF sobre prevenção de UPP em pessoas com deficiência mental.	<p>M1) Realizar 100% das sessões de formação</p> <p>M2) Participação de, pelo menos, 95% dos CF.</p> <p>M3) Diminuir para 10% o nº de CF que desconhecem o risco das rugas nos lençóis</p> <p>M4) Diminuir para 10% o nº de CF que consideram uma boa prática arrastar utentes</p> <p>M5) Diminuir para 10% o nº de CF que defendem a massagem em pele ruborizada</p> <p>M6) Criação de um Ebook com informações-chave acerca da prevenção de UPP</p>	<p>1) Taxa de realização das sessões de formação</p> <p>2) Taxa de participantes na sessão de formação</p> <p>3,4 e 5) Taxa de respostas corretas na aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre prevenção de UPP</p> <p>6) Número de materiais de apoios construídos</p>
(2) Desenvolver competências práticas para a correta utilização de medidas preventivas de UPP em pessoas com deficiência mental.	<p>M1) Realizar 100% das sessões de formação</p> <p>M2) Participação de, pelo menos, 95% dos CF.</p> <p>M3) Que 90% dos CF saibam identificar corretamente as áreas de risco de pressão</p> <p>M4) Atingir 90% das técnicas de posicionamento em cama e cadeira, executadas corretamente</p> <p>M5) Atingir 90% da técnica de transferência entre cama-cadeira, executada corretamente</p>	<p>1) Taxa de realização das sessões de formação</p> <p>2) Taxa de participantes na sessão de formação</p> <p>3) Taxa de respostas corretas na realização de exercício prático</p> <p>4) Taxa de posicionamentos realizados de forma correta, conforme grelha de avaliação</p> <p>5) Taxa de transferências realizadas de forma correta, conforme grelha de avaliação</p>
(3) Implementar estratégias que favoreçam a articulação de cuidados entre a equipa, reforçando a continuidade e a segurança dos cuidados.	<p>M1) Realização de 2 reuniões com a instituição</p> <p>M2) Aplicação da escala de <i>Braden</i> a 100% dos residentes da USPC</p> <p>M3) Implementação do sistema de estratificação de risco em 100% dos residentes da USPC</p> <p>M4) Divulgação do sistema de estratificação de risco na USPC, através de um Poster físico</p> <p>M5) Utilização do sistema de estratificação de risco e atualização das cores de identificação corretas pela USPC</p>	<p>1) Taxa de realização das reuniões</p> <p>2) Taxa de residentes com avaliação da escala de <i>Braden</i></p> <p>3) Taxa de residentes identificados com o sistema de estratificação de risco</p> <p>4) Número de materiais de apoio construídos</p> <p>5) Realização de auditoria no próximo ano civil (data a confirmar)</p>

No terceiro objetivo específico, relacionado com a articulação de cuidados e a segurança da pessoa institucionalizada, as metas e os indicadores definidos permitem avaliar a implementação de estratégias organizacionais e a sua repercussão na continuidade e qualidade dos cuidados, integrando uma perspetiva de monitorização da sustentabilidade das melhorias introduzidas.

De forma global, as metas e os indicadores definidos apresentam coerência com os problemas prioritizados, com os diagnósticos de enfermagem formulados e com os objetivos do projeto, assegurando clareza, mensurabilidade, relevância e exequibilidade na avaliação da intervenção, em consonância com a metodologia do PeS.

3.4. Seleção de Estratégias

As estratégias selecionadas, entendidas como “técnicas específicas e organizadas” (p.65) permitem definir um processo adequado e personalizado que leve à diminuição ou eliminação dos problemas de saúde encontrados no diagnóstico de situação (Imperatori & Giraldes, 1993). Estas estratégias funcionam como linhas orientadoras gerais que permitem operacionalizar os objetivos definidos, assegurando coerência, intencionalidade e continuidade entre o diagnóstico, os objetivos e as ações a desenvolver.

Embora não correspondam, por si só, a atividades concretas, estas orientações definem o modo de atuação e o enquadramento conceptual da intervenção, funcionando como uma ponte entre os objetivos e as ações, garantindo direção, foco e consistência ao projeto.

A seleção das estratégias foi realizada de forma participada, em articulação com a equipa de execução do projeto e com a USPC, tendo sido ponderada a sua exequibilidade face ao tempo disponível, aos recursos existentes e aos diferentes *stakeholders* envolvidos. As estratégias encontram-se apresentadas por ordem lógica de execução:

- 1) **Assegurar o compromisso institucional e o apoio da equipa técnica na implementação, monitorização e sustentabilidade do projeto.** O envolvimento da Direção Técnica da USPC revelou-se determinante para o sucesso da intervenção. A realização de reuniões formais ao longo do projeto permitiu o alinhamento estratégico entre os diferentes intervenientes, a validação das etapas do projeto, a monitorização contínua das estratégias implementadas e a apreciação sistemática do seu grau de execução e impacto. Para além de favorecer a construção de uma relação de confiança, este acompanhamento sistemático contribuiu para a consecução dos

objetivos definidos. A presença ativa da Direção Técnica em todos os momentos formativos reforçou o compromisso institucional e aumentou a probabilidade de sustentabilidade das mudanças introduzidas.

- 2) Implementar um modelo estruturado de identificação e classificação do risco de desenvolvimento de UPP**, baseado em critérios previamente definidos e sustentados na evidência científica (DGS, 2011; Gaspar, 2021; NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). Durante o estágio foi desenvolvido um sistema cromático de estratificação do risco, fundamentado na literatura mais recente e nos resultados da Escala de *Braden* aplicada a cada pessoa com deficiência mental institucionalizada. A cada nível de risco — muito alto risco, alto risco, risco moderado e risco suave — foi associada uma cor específica, permitindo uma identificação visual imediata.

Após a avaliação do risco, a pessoa passou a estar identificada com a cor correspondente junto do seu espaço pessoal, facilitando a identificação rápida e intuitiva do nível de risco de cada residente. Esta estratégia inovadora foi pensada como instrumento de apoio à tomada de decisão, facilitando assim a priorização de intervenções preventivas e uniformizadas entre profissionais.

Complementarmente, foi elaborado um instrumento de consulta rápida, onde constam os níveis de risco, as cores associadas e as intervenções preventivas recomendadas para cada nível (Apêndice XI), promovendo a uniformização e a segurança dos cuidados prestados.

No decurso da implementação desta estratégia e no âmbito do sistema “AlertUPP”, procedeu-se à sua adaptação no contexto da UCC, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com a finalidade de promover o envolvimento da equipa e sensibilizar os profissionais para a problemática das UPP. Para esse efeito, foram disponibilizados materiais para cada enfermeiro responsável identificar os respetivos utentes com a cor vermelha ou amarela - Alto Risco ou Baixo Risco de UPP, respetivamente – nos seus processos clínicos físicos (Apêndice XII). Esta adaptação encontra-se alinhada com a avaliação do risco realizada no sistema SClinico, de acordo com as orientações da DGS (2011), tendo sido ajustado o instrumento de consulta à realidade da unidade, que pode ser consultado no Apêndice XIII.

- 3) Promover o desenvolvimento de competências dos profissionais/cuidadores formais através de processos educativos estruturados,** favorecendo a capacitação, o autocuidado e a prática baseada na evidência. Esta estratégia foi planeada primeiramente, junto da equipa de execução do projeto e dos *stakeholders* envolvidos no projeto, onde foi construído um plano para cada momento onde se evidenciaram os objetivos de cada sessão de educação para a saúde (Apêndice XIV). De seguida, foram realizadas duas sessões de natureza teórica e duas sessões de cariz prático (Apêndice XV e XVI), bem como de momentos educativos informais, ajustados ao nível de literacia dos participantes.

As ações formativas privilegiaram uma abordagem participativa e contextualizada, centrada nas necessidades identificadas no diagnóstico de situação. Em ambas as formações participaram *stakeholders* e peritos de diferentes áreas, que contribuíram com conhecimento especializado em domínios fundamentais da prevenção de UPP, nomeadamente a importância da nutrição, a utilização adequada de materiais de apoio e o uso de ácidos gordos hiperoxigenados como medida preventiva em áreas de risco de UPP.

- 4) Produzir materiais educativos acessíveis e adequados ao contexto institucional,** com o objetivo de reforçar a aprendizagem, padronizar procedimentos e facilitar a implementação do projeto. Para além do *poster* informativo anteriormente referido, foi elaborado e disponibilizado um *ebook* de boas práticas (Apêndice XVII), concebido como recurso de apoio à prática diária dos CF.

Este material integra, de forma sistematizada, os conteúdos abordados nas sessões formativas, nomeadamente conceitos-chave, estratégias preventivas e recomendações baseadas na evidência. O *ebook* ficou disponível na USPC em formato digital, facilitando o acesso, tendo em conta que os CF utilizam *tablets* para os registos diários na aplicação MyDailyCare, utilizada pela instituição.

- 5) Garantir a disseminação estruturada do projeto,** de forma a aumentar a sua visibilidade, promover o envolvimento dos intervenientes-chave e reforçar a adesão às práticas propostas. Ao longo do período de estágio, o projeto foi apresentado às equipas da UCC e da USP, bem como divulgado no Congresso ELO 2025, através da comunicação oral do diagnóstico de situação em saúde (Apêndice XVIII). Paralelamente, foram desenvolvidas estratégias de divulgação em saúde digital, com a publicação de conteúdos na página de Facebook da UCC (Apêndice XIX). O Dia Mundial STOP UPP, assinalado a 20 de novembro de 2025, foi igualmente celebrado

com atividades e mensagens-chave dirigidas aos profissionais de saúde (Apêndice XX), tendo sido dada informação à ULS sobre as ações realizadas (Apêndice XXI).

- 6) Promover a articulação interinstitucional e interdisciplinar**, com vista à otimização de recursos, ao reforço da capacidade de resposta e à garantia da sustentabilidade e continuidade da intervenção. Neste âmbito, foi estabelecida uma parceria entre a instituição, a UCC e a USP, com o objetivo de dar continuidade ao projeto para além do período de estágio. Foram definidos profissionais de referência nas diferentes unidades de saúde e disponibilizados os materiais desenvolvidos, permitindo a replicação da intervenção e a sua extensão a outras instituições da ULS, potenciando o impacto do projeto a médio e longo prazo.

De forma global, as estratégias selecionadas asseguram a operacionalização dos objetivos definidos, garantindo coerência metodológica entre o diagnóstico de situação, a intervenção proposta e a avaliação dos seus resultados, em consonância com a metodologia do PeS.

3.4.3. Estrutura de Gestão do Projeto

A estrutura de gestão do projeto foi organizada com base na *Work Breakdown Structure* (WBS), que corresponde à divisão do projeto em diferentes componentes ou fases. Este procedimento permite organizar de forma sistemática as várias etapas do projeto, facilitando a sua apresentação, a análise da sua pertinência e dos objetivos definidos, bem como a identificação dos recursos envolvidos, dos custos associados e dos potenciais ganhos em saúde.

Neste enquadramento, foi desenvolvida a WBS do projeto, possibilitando a representação estruturada da estratégia delineada segundo a metodologia do PeS, ilustrado na Figura 2

Figura 3 - Work Breakdown Structure do Projeto



3.5. Preparação e Execução do Projeto

Todas as etapas tratadas até esta fase culminam no planeamento operacional, onde são espelhadas a atividades a realizar, os responsáveis pela sua execução, os locais de implementação, o enquadramento temporal e as respetivas finalidades.

Para o efeito, foi elaborado um cronograma (Apêndice XXII), onde se pode consultar a organização e planificação de todas as etapas de planeamento. As etapas de preparação e execução do projeto constituem fases determinantes para a concretização das estratégias delineadas e para a consecução dos objetivos definidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Considerando a problemática já mencionada, foi então desenvolvido o projeto intitulado **“Formar para Cuidar: O desafio das Úlceras por Pressão em contexto institucional”**.

Concomitantemente, foi concebido um logotipo (representado na figura 4) como elemento de identidade visual e comunicacional, com o objetivo de reforçar a visibilidade, a coerência e a memorização da intervenção junto dos diferentes intervenientes.

Para além da sua função simbólica, o logótipo procurou transmitir os valores subjacentes ao projeto, nomeadamente o cuidado centrado na pessoa, representado pelas mãos que envolvem o símbolo do cuidado e a importância da envolvência de todos os pares para a prevenção de UPP, representada pela fluidez dos elementos, existindo uma centralização das camadas da pele como um elemento vulnerável que deve ser tratado e respeitado. A escolha cromática – vermelho e azul – não foi aleatória, estando associada ao simbolismo do risco e da vulnerabilidade acrescida e, por outro lado, à segurança, ao cuidado e à proteção proporcionada pelas equipas.

Figura 4 - Logótipo desenvolvido para o projeto de intervenção



Fonte: Elaboração própria

A utilização consistente do logótipo nos materiais educativos e momentos formativos contribuiu para reforçar a identidade do projeto, facilitou a sua apropriação pelos CF e potenciou o envolvimento dos diferentes intervenientes ao longo do processo de intervenção.

Este projeto enquadra-se predominantemente no âmbito da prevenção primária, ao incidir na capacitação dos CF, na promoção de práticas preventivas das UPP em contexto institucional. Paralelamente, integra componentes de prevenção secundária, através da avaliação sistemática do risco, da vigilância ativa da integridade cutânea e da identificação precoce de situações suscetíveis de evolução para lesão, permitindo a implementação atempada de medidas preventivas ajustadas. Esta abordagem integrada reforça a eficácia da intervenção e está alinhada com os princípios da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública.

Assim, tendo em conta os diagnósticos identificados, os objetivos delineados e as estratégias envolvidas, foram realizadas diversas atividades que se encontram sistematizadas no Quadro 5, permitindo assim uma visão global do planeamento, da execução e da articulação com os objetivos e estratégias do projeto.

Importa referir que algumas estratégias, nomeadamente a promoção da articulação interinstitucional e interdisciplinar, assumiram um carácter transversal, encontrando-se integradas em diferentes atividades ao longo do projeto, mais do que materializadas numa única ação específica.

Quadro 5 - Planejamento operacional das atividades do projeto de intervenção comunitária

Atividade	Objetivo	Estratégia	Responsável	Data	Local
1. Reunião com USP, UCC e USPC	Apresentar os intervenientes, clarificar o projeto e promover o alinhamento institucional	1	Mestranda, Enf ^a Orientadora da USP, Enf ^a Orientadora da UCC e Direção Técnica da USPC	5 de junho de 2025	USPC
2. Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação às unidades de saúde envolvidas	Apresentar os resultados obtidos, envolvendo as equipas no projeto	1	Mestranda	16 de julho e 9 de setembro de 2025	USP UCC
3. Reunião para apresentação dos resultados do diagnóstico e definição de estratégias	Validar o diagnóstico de situação, priorizar problemas e definir estratégias e timings de intervenção	1	Mestranda, Enf ^a Orientadora da UCC e Direção Técnica da USPC	19 de setembro de 2025	USPC
4. Avaliação do risco de UPP através da escala de <i>Braden</i>	Avaliar o risco individual de UPP em todos os residentes da USPC	2	Mestranda e Direção Técnica da USPC	13 de outubro de 2025	USPC
5. Aplicação do sistema de estratificação de risco "AlertUPP" (na USPC e UCC)	Implementar o sistema cromático de estratificação do risco de UPP	2	Mestranda	24 de outubro e 2 de dezembro de 2025	USPC
6. Sessão formativa teórica	Promover a aquisição de conhecimentos teóricos sobre prevenção de UPP	3	Mestranda; <i>Stakeholders</i>	30 outubro/ 6 novembro de 2025	USPC
7. Sessão formativa prática	Desenvolver competências práticas na aplicação de medidas preventivas de UPP	3	Mestranda; <i>Stakeholders</i>	10 e 18 de novembro de 2025	USPC
8. Elaboração de eBook de boas práticas	Reforçar a aprendizagem e padronizar procedimentos de prevenção de UPP	4	Mestranda	outubro e novembro de 2025	USPC
9. Apresentação dos resultados do projeto	Divulgar os resultados da intervenção junto da equipa de saúde	6	Mestranda	9 de dezembro de 2025	UCC
10. Apresentação do Diagnóstico de Situação em Congresso, através de comunicação oral	Disseminar o diagnóstico de situação e dar visibilidade científica ao projeto	6	Mestranda	27 de novembro de 2025	Congresso ELO 2025

Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se aquelas que assumiram um caráter estruturante e nuclear para a intervenção, quer pelo seu contributo direto para a concretização dos objetivos definidos, quer pelo seu potencial de impacto na prática quotidiana dos CF. Assim, seguidamente procede-se à descrição detalhada das atividades consideradas centrais no âmbito do projeto, nomeadamente a implementação do sistema de estratificação do risco de UPP e as sessões formativas teóricas e práticas, explicitando-se a sua metodologia, enquadramento e contributo para a prevenção das UPP em contexto institucional.

Atividade 5 – Implementação do sistema de estratificação de risco de UPP “AlertUPP”

Uma das atividades estruturantes do projeto consistiu no desenvolvimento e implementação de um sistema cromático de estratificação do risco de UPP, desenvolvido com base na evidência científica mais recente e nos resultados da aplicação da Escala de *Braden* às pessoas com deficiência mental institucionalizadas. Este sistema permitiu classificar as pessoas em diferentes níveis de risco — muito alto risco, alto risco, risco moderado e risco suave — associando a cada nível uma cor específica, facilitando a identificação visual imediata do risco. Assim, após a avaliação do risco, cada pessoa passou a estar identificada, junto do seu espaço pessoal, com a cor correspondente, permitindo aos CF adequar as intervenções preventivas de forma consistente e a mais adequada possível ao nível de risco identificado.

Com vista à sustentabilidade da intervenção, foi definido um plano de manutenção do sistema, no qual se estabeleceu que a reavaliação do risco seria realizada com periodicidade mensal e sempre que ocorressem alterações clínicas relevantes, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem a atualização da Escala de *Braden* e a consequente redefinição da cor atribuída. A integração deste procedimento nas rotinas assistenciais foi articulada com a equipa de coordenação do projeto e a USPC, prevendo-se momentos específicos de verificação e auditorias, com o objetivo de monitorizar a correta aplicação do sistema e garantir a sua continuidade ao longo do tempo.

O sistema “AlertUPP”, foi apresentado e explicado durante as sessões formativas teóricas, garantindo que todos os CF compreendessem o seu significado, finalidade e implicações práticas na prestação de cuidados. Paralelamente, foi elaborado um *poster* informativo como instrumento de consulta rápida, o qual permaneceu disponível na instituição como suporte permanente à tomada de decisão e à uniformização das práticas preventivas.

Importa, contudo, salientar que o sistema cromático constitui um mecanismo de alerta visual e não substitui a elaboração e consulta do plano individual de cada pessoa. A cor atribuída

funciona como sinalizador de risco, implicando obrigatoriamente a consulta das medidas preventivas recomendadas para cada nível, conforme definido nos materiais de apoio disponibilizados. Esta nota de segurança visa prevenir o risco de simplificação excessiva, assegurando que a comunicação visual não compromete a complexidade e individualização do cuidado.

Esta estratégia encontra respaldo na literatura, que destaca a importância da identificação precoce e sistemática do risco como elemento central na prevenção das UPP, sobretudo em populações vulneráveis (DGS, 2011; NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025). A utilização de sistemas visuais simples e padronizados facilita a comunicação entre profissionais, promove a continuidade dos cuidados e reduz a variabilidade das práticas, contribuindo para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados.

Atividade 6 – Sessão teórica “Úlceras por Pressão: conhecer, reconhecer e prevenir”

A realização de uma sessão de educação para a saúde, dirigida à população-alvo, teve como objetivo principal capacitar os CF da USPC para a prevenção de UPP em pessoas com deficiência mental.

As sessões, realizadas a dois grupos diferentes de CF, com duração aproximada de 90 minutos, tiveram por base uma metodologia pedagógica ativa e participativa, privilegiando a exposição dialogada, a discussão de casos e o esclarecimento de dúvidas emergentes da prática quotidiana dos cuidadores. Esta opção metodológica encontra-se alinhada com os princípios da educação de adultos, segundo os quais a aprendizagem é mais eficaz quando parte das experiências prévias dos participantes e se relaciona diretamente com o seu contexto real de atuação (Knowles et al., 2020).

Durante as sessões foram abordados conteúdos fundamentais, nomeadamente: conceito e classificação das UPP, fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, importância da avaliação sistemática do risco, medidas preventivas baseadas na evidência e consequências clínicas e humanas associadas ao desenvolvimento destas lesões. Foi ainda apresentado e explicado o sistema de estratificação de risco desenvolvido no âmbito do projeto, bem como o respetivo código de cores, de forma a garantir a sua correta interpretação e aplicação pelos CF.

A realização destas sessões permitiu não só uniformizar conceitos e práticas, como também reforçar o papel dos cuidadores enquanto elementos ativos na prevenção das UPP, promovendo a literacia em saúde e a responsabilização profissional. Esta intervenção

encontra suporte na evidência científica, que reconhece a formação dos cuidadores como uma estratégia eficaz na redução da incidência de UPP em contextos institucionais (Carmo et al., 2023; Miranda, 2020; NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025; Sun et al., 2024).

Atividade 7 – Sessão prática “Da observação à ação: Práticas seguras na prevenção de UPP”

Complementarmente às sessões teóricas, foram dinamizadas duas sessões formativas de caráter prático, com o objetivo principal de capacitar os CF para a aplicação prática de técnicas corretas de posicionamento e mobilização, utilização de superfícies de apoio e técnica correta de transferência, contribuindo diretamente para a qualidade e segurança dos cuidados. Estas sessões incluíram momentos de demonstração e treino supervisionado de posicionamentos, transferências e utilização adequada de superfícies de apoio, fundamentais na redução da pressão prolongada e do risco de lesão tecidual.

A abordagem prática permitiu a transposição do conhecimento teórico para a ação concreta, facilitando a integração das boas práticas na rotina diária dos cuidadores. Durante estas sessões, os participantes tiveram acesso a diversos materiais de apoio disponibilizados pela instituição e pelos *stakeholders*, nomeadamente superfícies de redistribuição de pressão e outros dispositivos auxiliares, promovendo o contacto direto com os recursos disponíveis no contexto real de cuidados.

A evidência aponta que a formação prática, baseada na demonstração e no treino, é determinante para a melhoria da adesão às práticas preventivas e para o aumento da confiança dos cuidadores na execução dos cuidados (Cesca et al., 2023). Neste sentido, estas sessões constituíram um espaço privilegiado para a clarificação de dúvidas, correção de técnicas e reforço da segurança na prestação de cuidados, contribuindo diretamente para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com deficiência mental. Esta atividade permitiu operacionalizar os indicadores de resultado definidos, nomeadamente ao nível da execução correta das técnicas preventivas.

Em síntese, a preparação e execução do projeto desenvolveram-se de forma faseada, intencional e articulada, procurando garantir a coerência entre o diagnóstico de situação, os objetivos definidos e as estratégias selecionadas. As atividades implementadas — nomeadamente a implementação do sistema de estratificação do risco de UPP e as sessões formativas teóricas e práticas — permitiram responder de forma integrada às necessidades identificadas, promovendo simultaneamente a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de competências práticas e a melhoria da organização dos cuidados. A

aposta numa abordagem educativa estruturada, aliada à introdução de instrumentos facilitadores da tomada de decisão clínica, contribuiu para a capacitação dos CF e para o reforço da segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa com deficiência mental.

A intervenção foi desenvolvida em estreita articulação com os diferentes intervenientes institucionais e orientada para a sustentabilidade das práticas implementadas, refletindo o papel do EEECSF enquanto facilitador de processos de mudança, promotor da literacia em saúde e agente de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Berbiglia & Banfield, 2018; Lawson, 2018).

3.5.1. *Recursos Humanos e Análise Orçamental*

A implementação do projeto implicou a mobilização de diferentes recursos humanos e materiais, cuja participação foi essencial para o desenvolvimento das atividades formativas, para a implementação do sistema cromático de estratificação de risco e para a articulação institucional necessária ao alcance dos objetivos definidos.

A clarificação prévia dos papéis e responsabilidades dos intervenientes permitiu assegurar uma gestão eficiente dos recursos disponíveis, favorecendo o trabalho colaborativo e a coordenação entre os diferentes elementos envolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta organização contribuiu diretamente para a concretização dos três objetivos específicos do projeto: promoção de conhecimentos teóricos, desenvolvimento de competências práticas e implementação de estratégias de articulação de cuidados.

Os recursos humanos mobilizados incluíram a equipa de coordenação, responsável pelo planeamento e supervisão das atividades, a equipa de execução, responsável pela dinamização das sessões formativas e implementação das estratégias, e os *stakeholders* institucionais, que garantiram apoio organizacional e operacional. No Quadro 6 apresentam-se os recursos humanos envolvidos e respetivas funções.

Quadro 6 - Recursos humanos e *stakeholders* envolvidos no projeto

Recursos Humanos e Stakeholders do Projeto	
Sponsors	USP, UCC, USPC
Enfermeira Responsável do Projeto	Enfermeira Orientadora da UCC
Equipa de Gestão do Projeto	Enfermeira Mestranda Enfermeira Orientadora da UCC Enfermeira Orientadora da USP Professor Orientador
Equipa de Execução do Projeto	Enfermeira Mestranda Enfermeira Orientadora da UCC
Clientes do Projeto	Cuidadores Formais da USPC
Stakeholders	UCC e USP Direção Técnica da USPC Equipa de Enfermagem da USPC Nutricionista da UCC WinnCare Bbraun Urigo Medical Portugal

Por sua vez, também a análise orçamental constitui uma etapa essencial no PeS, uma vez que permite avaliar a viabilidade económica da intervenção e assegurar uma utilização racional dos recursos disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os custos associados aos recursos humanos correspondem a uma estimativa teórica do tempo de trabalho envolvido, não implicando encargos financeiros diretos para a instituição. Os encargos identificados relacionaram-se sobretudo com a produção de materiais educativos e com a disponibilização pontual de recursos materiais de apoio às sessões formativas.

Este projeto não usufruiu de qualquer tipo de financiamento externo, tendo os custos sido suportados pela Mestranda e pelos *stakeholders* envolvidos no projeto. No Quadro 7 apresenta-se a análise orçamental do projeto.

A utilização maioritariamente de recursos já existentes na instituição contribuiu para a viabilidade e sustentabilidade da intervenção, demonstrando a sua exequibilidade em contextos com limitações de financiamento.

Quadro 7 - Previsão orçamental do projeto

Orçamento do Projeto				
	Recursos	Custo	Quantidade	Total
Recursos Humanos	Enfª Mestranda	10,21€	20 horas/sem	2042€
	Enfª Supervisora (UCC)	10,55€	5 horas/sem	527,50€
	Diretora Técnica da USPC	10€	5 horas	50€
Recursos Materiais	Computador com Microsoft PowerPoint	700€	1	700€
	Projektor	85€	1	85€
	Tela de projeção	105€	1	105€
	Impressora	80€	1	80€
	Material de escritório	20€	1	20€
	Deslocações em viatura própria	0,40€/km	25km/sem	100€
	Comunicações (telemóvel, internet)	60€	1	60€
	Material para sessão prática (almofadas, cama, lençóis, cadeira de rodas)	140,60€	1	140,60€
Total				3910,10€

Nota: Valores da categoria de enfermeiro generalista e enfermeiro especialista indicativos na base remuneratória da Administração Pública, que podem ser consultados do Decreto-Lei n.º 1/2025.

3.6. Avaliação do Projeto

A avaliação do projeto permite não só monitorizar a execução das atividades, como também comparar os resultados obtidos com os resultados esperados e, quando necessário, introduzir medidas corretivas (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste sentido, a avaliação assentou na análise de indicadores de processo e de resultado, previamente definidos, que possibilitaram medir o grau de concretização dos objetivos estabelecidos.

Importa ainda reforçar que o PeS é um processo dinâmico, contínuo e interativo, no qual todas as etapas se encontram interligadas (Imperatori & Giraldes, 1993). Ao longo da implementação do projeto, foi realizada uma avaliação contínua da pertinência das intervenções, procedendo-se a ajustes sempre que necessário, de modo a garantir a adequação às necessidades identificadas.

Avaliação do Objetivo Específico 1

No âmbito das sessões formativas teóricas, a avaliação da aquisição de conhecimentos foi realizada através da reaplicação da Parte III do *Questionário aos Cuidadores Formais*, utilizado previamente no diagnóstico de situação, permitindo a comparação entre o momento pré e pós-intervenção. Os indicadores definidos e os respetivos resultados encontram-se sistematizados no Quadro 8.

Quadro 8 - Resultados relativos ao objetivo específico 1

OBJETIVO ESPECÍFICO	METAS	INDICADORES	RESULTADO
Promover a aquisição de conhecimentos teóricos pelos CF sobre prevenção de UPP em pessoas com deficiência mental	M1) Realizar 100% das sessões de formação	Taxa de realização das sessões de formação	100% (2/2 sessões realizadas) Atingido
	M2) Participação de, pelo menos, 95% dos CF.	Taxa de participantes na sessão de formação	135% (24 de 17 CF) Superado
	M3) Diminuir para 10% o nº de CF que desconhecem o risco das rugas nos lençóis	Taxa de respostas corretas na aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre prevenção de UPP.	5% (Apenas 1 pessoa respondeu erradamente) Atingido
	M4) Diminuir para 10% o nº de CF que consideram uma boa prática arrastar utentes	Taxa de respostas corretas na aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre prevenção de UPP.	9% (Apenas 2 pessoas responderam erradamente) Atingido
	M5) Diminuir para 10% o nº de CF que defendem a massagem em pele ruborizada	Taxa de respostas corretas na aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre prevenção de UPP.	9% (Apenas 2 pessoas responderam erradamente) Atingido
	M6) Criação de um <u>ebook</u> com informações-chave acerca da prevenção de UPP	Número de materiais de apoios construídos	100% (1/1 material de apoio construído) Atingido

A análise dos resultados evidencia um elevado grau de concretização das metas estabelecidas. A totalidade das sessões formativas planeadas foi realizada, verificando-se ainda uma taxa de participação superior à prevista. Este aumento está relacionado a integração de novos elementos na equipa de CF entre o momento do diagnóstico e a fase de intervenção.

A participação integral da equipa demonstra elevado interesse e envolvimento relativamente à temática abordada, sendo a adesão dos profissionais um fator crítico para o sucesso das intervenções educativas em contexto institucional.

No que respeita à aquisição de conhecimentos teóricos, observou-se uma redução expressiva das respostas incorretas em questões-chave relacionadas com práticas inadequadas na prevenção de UPP. Destaca-se a diminuição das respostas erradas relativamente ao risco das rugas nos lençóis (de 29% para 5%), ao arrastamento de utentes (de 65% para 9%) e à realização de massagem em pele ruborizada (de 35% para 9%).

O facto de todas estas metas terem sido atingidas - e, em alguns casos, superadas - sugere que a intervenção formativa contribuiu de forma eficaz para a correção de concepções erróneas e para a uniformização de conhecimentos baseados na evidência científica (Sun et al., 2024).

Avaliação do Objetivo Específico 2

No que respeita às sessões formativas práticas, a avaliação das competências desenvolvidas foi realizada através da aplicação de grelhas de observação estruturadas (Apêndice XXII), que permitiram aferir o nível de execução das técnicas de posicionamento e de transferência treinadas.

Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 9 demonstram uma elevada taxa de sucesso na execução das técnicas avaliadas. A maioria dos CF, cerca de 94% evidenciaram competências adequadas na identificação das áreas de pressão e nos posicionamentos em cama e cadeira, enquanto que nas transferências cama-cadeira, 100% dos CF obtiveram sucesso. Importa salientar que, apesar de três cuidadores não terem participado por limitações físicas, os resultados globais ultrapassaram as metas inicialmente definidas, o que reforça a eficácia da metodologia prática adotada.

Estes resultados evidenciam que a combinação entre formação teórica e treino prático supervisionado favoreceu a transposição do conhecimento para a prática, promovendo a segurança, a confiança e a qualidade na prestação de cuidados. Durante a sessão foram esclarecidas várias dúvidas, conseqüentes a más práticas, e demonstrados os métodos corretos e fundamentados pelas mais recentes *guidelines* (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).

Esta particularidade foi também facilitada pela relação de confiança e de proximidade estabelecida entre a equipa de CF e a equipa de execução do projeto, construída ao longos dos momentos prévios de contacto na instituição.

Contudo, considerando a dinâmica institucional e a rotatividade da equipa, bem como a entrada de novos elementos, torna-se recomendável a replicação periódica destas ações formativas, assegurando a manutenção e atualização das competências adquiridas. A

Quadro 9 - Resultados relativos ao objetivo específico 2

OBJETIVO ESPECÍFICO	METAS	INDICADORES	RESULTADO
Desenvolver competências práticas nos CF para utilização de medidas e ações preventivas de UPP em pessoas com deficiência mental	M1) Realizar 100% das sessões de formação	Taxa de realização das sessões de formação	100% (2/2 sessões realizadas) Atingido
	M2) Participação de, pelo menos, 95% dos CF.	Taxa de participantes na sessão de formação	117% (20 de 17 CF) Superado
	M3) Que 90% dos CF saibam identificar corretamente as áreas de pressão	Taxa de respostas corretas na realização de exercício prático	94% (16/17 CF identificaram corretamente*) Atingido
	M4) Atingir 90% das técnicas de posicionamento em cama e cadeira, executadas corretamente	Taxa de posicionamentos realizados de forma correta, conforme grelha de avaliação	100% (17/17 CF posicionaram corretamente*) Atingido
	M5) Atingir 90% da técnica de transferência entre cama- cadeira, executada corretamente	Taxa de transferências realizadas de forma correta, conforme grelha de avaliação	100% (17/17 CF posicionaram corretamente*) Atingido

*3 CF não participaram por limitações físicas

institucionalização de momentos formativos regulares poderá contribuir para a consolidação sustentada das boas práticas e para a integração adequada de novos profissionais na cultura de prevenção de UPP.

Avaliação do Objetivo Específico 3

A avaliação do risco de UPP em todos os residentes e a implementação do sistema de estratificação de risco “AlertUPP” constituíram um dos eixos centrais do projeto de intervenção. Os resultados desta componente encontram-se descritos no Quadro 10.

Os indicadores demonstram que as metas relativas à aplicação da Escala de *Braden* e à implementação do sistema cromático de estratificação de risco foram integralmente atingidas, permitindo assegurar que todos os residentes passaram a dispor de uma avaliação sistemática do risco, conforme recomendado pela DGS, bem como de uma identificação visual clara do seu nível de risco.

A divulgação do sistema “AlertUPP” através de um *poster* informativo reforçou a sua acessibilidade e facilitou a sua integração nas rotinas da equipa, promovendo a uniformização de cuidados.

A definição de uma meta que fica “*em curso*”, relativa à continuidade da utilização e atualização do sistema por parte da USPC, traduz a intenção de assegurar a sustentabilidade da intervenção para além do período de implementação do projeto. Esta opção reflete uma perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e reforça a relevância do projeto enquanto instrumento estruturante da prática institucional.

Quadro 10 - Resultados relativos ao objetivo específico 3

OBJETIVO ESPECÍFICO	METAS	INDICADORES	RESULTADO
Implementar estratégias que favoreçam a articulação de cuidados entre a equipa, reforçando a continuidade e a segurança dos cuidados.	M1) Realização de 2 reuniões com a instituição	Taxa de realização das reuniões	Foram realizadas 3 reuniões Superado
	M2) Aplicação da escala de <i>Braden</i> a 100% dos residentes da USPC	Taxa de residentes com avaliação da escala de <i>Braden</i>	100% (Aplicada a escala a todos os residentes) Atingido
	M3) Implementação do sistema de estratificação de risco em 100% dos residentes da USPC	Taxa de residentes identificados com o sistema de estratificação de risco	100% (Aplicado o sistema de estratificação de risco a todos os residentes) Atingido
	M4) Divulgação do sistema de estratificação de risco na USPC, através de um Poster físico	Número de materiais de apoio construídos	100% (1/1 material de apoio construído) Atingido
	M5) Continuação da utilização do sistema de estratificação de risco e atualização das cores de identificação corretas pela USPC	Realização de auditoria no próximo ano civil (data a confirmar)	Em curso

Para além da avaliação de conhecimentos e competências, foi ainda avaliado o grau de satisfação dos participantes nas duas sessões formativas realizadas, através de uma escala tipo *Likert* de 1 a 5 (Apêndice XXIV e XXV). De forma global, os CF manifestaram elevados níveis de concordância relativamente à pertinência dos conteúdos, à utilidade da formação para a prática diária e à clareza da abordagem utilizada. A análise detalhada das respostas encontra-se disponível no Apêndice XXVI.

Por último, destaca-se o parecer emitido pela Direção Técnica da USPC, enquanto *feedback* global ao projeto desenvolvido (Apêndice XXVII). Este contributo assume particular relevância, não só por validar a pertinência da intervenção realizada, mas também por evidenciar as melhorias já observadas na organização dos cuidados e por abrir caminho à continuidade e aprofundamento de estratégias implementadas num futuro próximo.

3.7. Limitações do projeto

Apesar dos resultados positivos alcançados, importa reconhecer que o presente projeto de intervenção apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados obtidos e na sua possível generalização a outros contextos.

Uma das principais limitações prende-se com a dimensão temporal da intervenção, uma vez que o período disponível para implementação e avaliação foi relativamente curto. Esta limitação condicionou a possibilidade de avaliar o impacto das estratégias implementadas a médio e longo prazo, nomeadamente no que se refere à incidência efetiva de UPP após a intervenção. Assim, os resultados obtidos refletem sobretudo ganhos ao nível do processo, da aquisição de conhecimento e das competências desenvolvidas, não permitindo aferir plenamente os efeitos clínicos sustentados ao longo do tempo.

Outra limitação relaciona-se com a dimensão e características da população-alvo, circunscrita a uma única instituição e a um número limitado de CF. Apesar da elevada taxa de participação nas atividades formativas, esta especificidade limita a extrapolação dos resultados para outros contextos institucionais com realidades organizacionais, recursos humanos ou perfis de residentes distintos.

Acresce ainda o facto de algumas avaliações, nomeadamente as realizadas através de grelhas de observação utilizadas nas sessões práticas, poderem estar sujeitas a viés do observador, uma vez que a avaliadora foi simultaneamente a dinamizadora das atividades. Embora tenham sido utilizados instrumentos estruturados e critérios previamente definidos, esta proximidade pode influenciar, ainda que de forma involuntária, a apreciação do desempenho dos participantes.

Relativamente à avaliação dos conhecimentos teóricos, importa reconhecer que o recurso a questionários de resposta fechada, embora adequado aos objetivos definidos, pode não captar de forma totalmente abrangente a complexidade do raciocínio clínico e da tomada de decisão dos CF em contexto real de cuidados. Consequentemente, os resultados obtidos nesta dimensão devem ser interpretados como indicadores do nível de conhecimento declarado, não refletindo necessariamente a sua transferência efetiva para a prática assistencial.

Paralelamente, a escassez de recursos materiais disponíveis na instituição, nomeadamente no que respeita às superfícies de apoio e a outros dispositivos específicos para a prevenção de UPP pode constituir uma importante limitação. Embora ambas as formações tenham sido

desenvolvidas com base na evidência científica mais recente e nas recomendações das *guidelines* internacionais, a inexistência ou limitação de determinados materiais considerados mais adequados para situações específicas pode condicionar a plena implementação das práticas recomendadas. Esta realidade condiciona a aplicabilidade integral das estratégias preventivas propostas, podendo influenciar a efetividade das intervenções e a sustentabilidade das mudanças na prática clínica.

Ainda que a intervenção tenha sido adaptada aos recursos efetivamente existentes na instituição, esta realidade poderá dificultar a transposição integral do conhecimento adquirido para a prática quotidiana, constituindo um fator limitador na implementação de algumas medidas preventivas. Ainda assim, a capacitação dos CF permitiu reforçar o pensamento crítico e a adequação das intervenções possíveis em função dos recursos disponíveis, potenciando uma utilização mais consciente e eficiente dos meios existentes.

Por fim, destaca-se como limitação a impossibilidade de realizar, no período do projeto, uma auditoria de seguimento ao sistema de estratificação de risco “AlertUPP”, ficando esta meta definida como “*em curso*”. No entanto, esta limitação traduz simultaneamente uma oportunidade de continuidade e aprofundamento do projeto, permitindo monitorizar a sustentabilidade das práticas implementadas e o seu impacto ao longo do tempo.

Não obstante as limitações identificadas, considera-se que o projeto atingiu de forma consistente os objetivos a que se propôs, contribuindo para a capacitação dos CF para a melhoria da organização dos cuidados e para o reforço de práticas preventivas baseadas na evidência, constituindo uma base sólida para futuras intervenções e investigações nesta área.

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O pensamento crítico e a prática reflexiva constituem competências essenciais ao desenvolvimento profissional, permitindo a análise sistemática da experiência, a tomada de decisão fundamentada e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Facione, 2020; International Council of Nurses, 2021). As alterações constantes dos determinantes de saúde e dos problemas identificados, representam um aumento de complexidade relacionado com os cuidados de saúde, tornando essencial o desenvolvimento de competências e da capacidade de pensamento crítico (Mártires et al., 2019).

A presente reflexão constitui, assim, uma análise crítico-reflexiva do modo como as competências foram desenvolvidas, mobilizadas e aprofundadas ao longo dos diferentes contextos de prática, estruturando-se em três grandes áreas: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Comuns do EEECS e Competências de Mestre. Em cada sub-capítulo são explicitados o enquadramento legal, as práticas realizadas, as evidências recolhidas e uma reflexão crítica sobre os contributos e desafios vividos, fornecendo uma análise coerente e fundamentada do percurso realizado.

1) Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Como consta em Diário da República (2019), o Enfermeiro Especialista é o profissional “que se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento nº140/2019, p.4744), traduzindo assim o núcleo essencial do exercício avançado da enfermagem, abrangendo dimensões éticas e legais, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Independentemente da área específica de especialização, este conjunto de competências constitui a base da tomada de decisão clínica, do rigor de atuação e da responsabilização moral, científica e social do enfermeiro.

O mesmo regulamento, estabelece quatro domínios estruturantes: ético-legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens. Estes domínios articulam-se diretamente com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º161/96), que distingue o enfermeiro pela sua capacidade de prestar cuidados globais e integrados. Ao longo do meu percurso formativo, estes domínios foram vivenciados e aprofundados de forma concreta e sistemática, moldando a minha identidade como futura especialista. Neste âmbito, as competências adquiridas referentes às competências comuns, traduzem-se:

1.1) No domínio Ético-Legal, que se refere ao respeito pela dignidade humana, pelos direitos dos cidadãos, pela deontologia profissional e pelo cumprimento dos princípios éticos na tomada de decisão clínica e organizacional (Regulamento nº140/2019). Este domínio emergiu desde o início do processo formativo como pilar fundamental da prática, em consonância com REPE e com o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015), que reforçam que a atuação do enfermeiro deve respeitar a dignidade humana, a autonomia, a justiça e a confidencialidade. A elaboração do consentimento informado para os participantes no contexto do projeto de intervenção comunitária, bem como a sua submissão e posterior aprovação pela Comissão de Ética da ESSATLA, traduziram a interiorização destes princípios. Foi assegurada a participação livre, informada e esclarecida, bem como a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, assegurando assim a integridade científica espectável para este projeto. Dito isto, a elaboração, implementação e avaliação do projeto constituiu uma oportunidade para o desenvolvimento desta competência. Para além do projeto, a totalidade das intervenções realizadas durante os estágios implicaram decisões ponderadas e alinhadas com os direitos humanos e a deontologia profissional, reforçando a importância da postura ética como eixo estruturante da identidade do enfermeiro especialista.

1.2) No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, que pressupõe a capacidade de analisar criticamente práticas, identificar oportunidades de melhoria, implementar intervenções e avaliar resultados (Regulamento nº140/2019). Primeiramente, a participação ativa no quotidiano das equipas durante o período de estágios permitiu desenvolver um olhar sistemático para a qualidade dos cuidados e para a governação clínica. Tanto na USP como na UCC, foi possível integrar processos de monitorização de práticas, colaborar em iniciativas institucionais e refletir criticamente sobre a segurança dos contextos de prestação de cuidados. O projeto desenvolvido, que incide na capacitação de CF, representa por si só uma ação de melhoria contínua, ao promover práticas preventivas associadas à problemática em questão. Ademais, o desenvolvimento do sistema cromático de estratificação de risco, fundamentado em *guidelines* atuais, constituiu uma intervenção estruturada de melhoria contínua, permitindo reforçar a consistência e segurança dos cuidados prestados pelos CF. O *feedback* recolhido acerca do mesmo, assim como a avaliação das intervenções, refletiram uma postura investigativa alinhada com as exigências do exercício avançado.

Apesar dos resultados positivos, reconheço como área de aprofundamento futuro, a monitorização e avaliação do impacto do projeto na instituição. Para tal, e dada a previsibilidade de continuidade do projeto, revela-se fundamental, a construção de indicadores de monitorização de resultados, robustos e sensíveis, reforçando a cultura de avaliação contínua da qualidade.

1.3) No domínio da Gestão dos Cuidados, onde é esperada a capacidade de coordenar recursos, gerir prioridades, liderar equipas e assegurar a continuidade dos cuidados, adaptando a cada situação e contexto (Regulamento nº140/2019). Durante o percurso formativo, esta competência foi evidenciada na liderança do projeto, que exigiu planificação rigorosa, coordenação com diferentes unidades funcionais e articulação com profissionais de múltiplas áreas. A experiência na UCC, nomeadamente na participação na ECCI e na gestão de prioridades em visitas domiciliárias, permitiu compreender a complexidade inerente à organização dos cuidados em contexto comunitário. Estas vivências demonstraram que a gestão eficaz não se limita à dimensão técnica, implicando também competências relacionais, comunicacionais e de negociação, essenciais para articular respostas às necessidades reais.

A gestão de cuidados apresenta-se como uma área abrangente e diferenciada, onde será possível, futuramente, trabalhar diferentes estratégias de gestão em contextos de maior complexidade, que possam exigir recursos de negociação colaborativa entre redes interinstitucionais.

1.4) No domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens, que se refere à aprendizagem contínua, à reflexão crítica e à capacidade de integrar evidência científica na prática (Regulamento nº140/2019). Neste contexto, o percurso formativo esteve sustentado por uma procura contínua de conhecimento atualizado, evidente na pesquisa sistemática da literatura realizada para fundamentar o projeto e os instrumentos criados. Ademais, a utilização de modelos conceptuais da área de Enfermagem, o desenvolvimento das metodologias de investigação e a própria prestação de cuidados, durante o período de estágios, num ambiente diferente do habitual, permitiu a evolução deste domínio.

A síntese destas competências tornou-se particularmente evidente numa situação concreta vivida durante o percurso formativo, que representou um enorme desafio e emergiu durante a análise dos dados recolhidos junto dos CF. As necessidades identificadas apontavam para constrangimentos estruturais — nomeadamente a falta de tempo disponibilizado para os cuidados e a indisponibilidade de materiais de apoio — fatores diretamente ligados à capacidade institucional de garantir condições seguras de prestação de cuidados. A interpretação destes resultados implicou uma reflexão ética aprofundada, dado que, ao mesmo tempo que reconhecia a legitimidade das preocupações dos CF, era necessário o respeito pela responsabilidade organizacional da direção técnica. Esta situação exigiu prudência, rigor comunicacional e uma gestão sensível das relações institucionais, procurando apresentar os dados de forma construtiva e orientada para a melhoria,

preservando a confiança entre todos os intervenientes. A negociação realizada com a direção técnica constituiu, assim, um exercício complexo de gestão de cuidados e de liderança do projeto, obrigando a equilibrar evidência, ética, diplomacia e responsabilidade profissional, revelando-se um dos momentos de maior aprendizagem sobre a articulação entre diagnóstico comunitário, tomada de decisão e implementação de mudanças em contexto real.

Esta experiência evidenciou, de forma clara, que todas as competências comuns do Enfermeiro Especialista se encontram profundamente interligadas, emergindo na prática como um todo coerente e indissociável.

2) Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

As Competências Específicas do EEECSPP são definidas pelo Regulamento n.º 428/2018, estruturando o perfil profissional desta área de especialização. Este regulamento descreve quatro áreas de competência: diagnóstico e planeamento em saúde, promoção da saúde e capacitação comunitária, gestão e coordenação de programas comunitários e vigilância epidemiológica e atuação em saúde pública. Estas áreas refletem a identidade própria do trabalho comunitário, sustentado na proximidade ao território, na participação social e na integração de conhecimentos multidisciplinares. O percurso formativo permitiu desenvolver estas quatro dimensões de forma concreta e progressiva, que serão abaixo detalhadas.

2.1. O diagnóstico e planeamento em saúde, é uma competência que surge aliada à conceção do projeto desenvolvido, sustentado na metodologia do PeS, que permitiu aprofundar a capacidade de realizar o diagnóstico de situação de saúde e de interpretar os determinantes de saúde com impacto na população-alvo, identificando não só as necessidades sentidas pela comunidade (as que são expressas) como as reais (Melo, 2020).

Esta abordagem metodológica possibilitou compreender a complexidade inerente ao processo de planear intervenções comunitárias, desde a identificação das necessidades até à definição de estratégias de implementação e posterior avaliação. Consequentemente, ao longo do projeto, tornou-se evidente que o processo de implementação de intervenções comunitárias enfrenta, frequentemente, limitações associadas a práticas enraizadas e, por vezes, inadequadas. No contexto da USPC, identifiquei algumas rotinas cristalizadas, sustentadas pela repetição ao longo dos anos e não pela evidência científica atual. A desconstrução destas práticas revelou-se um desafio significativo, exigindo a adoção de

estratégias comunicacionais sensíveis e pedagogicamente orientadas, capazes de promover a mudança sem gerar resistência. A necessidade de desmistificar crenças prévias, esclarecer procedimentos e fundamentar cada recomendação com evidência atualizada reforçou a importância da capacitação contínua e do envolvimento ativo dos CF no processo de transformação. Esta experiência permitiu reconhecer que o planeamento e a promoção da saúde não dependem apenas da qualidade técnica das intervenções, mas também da capacidade de compreender a cultura organizacional, negociar significados e facilitar a transição para práticas mais seguras e eficazes, tal como admite Nola Pender no MPS (Sakraida & Wilson, 2018).

Adicionalmente, a fundamentação do projeto demonstrou não apenas domínio metodológico, mas também a capacidade de traduzir a análise teórica em estratégias operacionais destinadas a responder às necessidades identificadas.

2.2. A competência relacionada com a promoção da saúde e capacitação comunitária, foi desenvolvida ao longo dos estágios e constituiu o eixo central do projeto, com a capacitação dos CF como uma das finalidades major. As intervenções que foram executadas no âmbito da capacitação permitiram o desenvolvimento de *know-how* relativamente às estratégias de prevenção de UPP.

Paralelamente, a participação em múltiplas atividades comunitárias — visitas domiciliárias no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal, reuniões do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos, sessões de educação para a saúde no pré e pós-parto, ações temáticas dirigidas a CF/cuidadores informais e cuidados prestados no âmbito da ECCI — reforçou a importância de intervenções educativas continuadas como estratégia de promoção da saúde e de *empowerment* individual e de grupo, capacitando os envolvidos para a mudança de comportamentos e a tomada de decisão informada relativamente à sua saúde (Miranda, 2020).

2.3. A gestão e coordenação de programas comunitários emergiu de forma clara ao longo dos estágios com a necessária articulação entre os diferentes profissionais e unidades funcionais. Neste âmbito, destaco a capacidade de mobilizar recursos, planear ações formativas, gerir agendas e *timings*, negociar estratégias e articular respostas entre a UCC e outras estruturas da ULS. Esta vivência permitiu compreender que a coordenação de programas comunitários exige simultaneamente liderança, visão estratégica e adaptabilidade às condições operacionais da comunidade, preparando o futuro exercício profissional para desafios que envolvem múltiplos intervenientes.

2.4. Relativamente à vigilância epidemiológica e atuação em Saúde Pública, a USP constituiu um ambiente privilegiado para desenvolver esta competência. A participação na resposta a surtos, nomeadamente de sarampo, e a realização de inquéritos epidemiológicos em situações de tuberculose, doença invasiva pneumocócica e outras doenças de notificação obrigatória. Estas intervenções permitiram aplicar conhecimentos epidemiológicos, interpretar dados, comunicar informações de forma precisa e atuar de forma célere na prevenção de cadeia de transmissão, reforçando a importância de uma vigilância ativa e sistemática.

Na UCC, a realização de testes rápidos de VIH em determinadas comunidades e consequente introdução de dados na plataforma respetiva permitiu reforçar esta competência, ressaltado a importância da notificação sistemática, da precisão no registo e da intervenção do enfermeiro especialista como um elo na proteção da comunidade.

3) Competências de Mestre

As competências associadas ao grau de Mestre encontram o seu enquadramento no Decreto-Lei n.º 65/2018 e no Quadro Europeu de Qualificações, que definem o nível 7 como um nível avançado de conhecimento, caracterizado por autonomia intelectual, pensamento crítico, capacidade de integrar informação complexa e responsabilidade ética no exercício profissional.

Este percurso formativo permitiu consolidar conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo, aprofundando-os e aplicando-os em situações reais e multidisciplinares. Ao longo da componente teórica foi possível refletir e aprofundar conhecimentos em diversas áreas – enfermagem avançada, investigação em enfermagem, supervisão clínica, gestão, epidemiologia e enfermagem comunitária. A pesquisa e conhecimento das políticas nacionais e internacionais também surgiu naturalmente neste percurso. Ademais, a necessidade de integrar informação, analisar problemas complexos e emitir juízos fundamentados, sempre atendendo às dimensões éticas e sociais da prática, contribuiu para o desenvolvimento de um pensamento crítico amadurecido.

A comunicação científica foi igualmente fortalecida. São de destacar a participação nos seguintes eventos, cujos diplomas podem ser consultados no Apêndice XXVII:

- I Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga – Diversidade no Conhecimento, Unidade no Propósito, com a apresentação de um póster “Benefícios das aplicações móveis na adesão terapêutica dos adolescentes com Diabetes *Mellitus* Tipo 1”;

- VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, com o póster “As aplicações móveis na adesão terapêutica dos adolescentes com Diabetes *Mellitus* Tipo 1”;
- XVI Fórum Internacional de Úlceras e Feridas, com a apresentação de um póster “O “Poder” da oxigenoterapia tópica no tratamento da úlcera do pé diabético”;
- II Fórum Soluções Urgo, com o póster “Tecnologia TLC e preparação do leito: Penso de poliacrilato de amónio em feridas crónicas”;
- IV Jornadas Internacionais de Enfermagem – Enfermagem e Inovação, com a comunicação oral “Intervenções de Enfermagem na adesão terapêutica em adolescentes com Diabetes Tipo 1”;
- Congresso ATPFeridas – A arte de (re)tratar: do esboço à obra prima, com o póster “DACC como aliado na cicatrização do *sinus pilonidalis*: um caso clínico”;
- Encontro Loures & Odivelas em Saúde 2025, com a comunicação oral “Capacitar para prevenir: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Prevenção de Úlceras por Pressão junto de cuidadores formais” e, com o poster “Sénior + Saúde: Um Olhar sobre o Risco de Diabetes Tipo II na Comunidade”;
- XVII Fórum Internacional de Úlceras e Feridas, com a comunicação oral “Quando a cor orienta o cuidado: estratificação do risco como promotora de cuidados preventivos de úlceras por pressão”.

Concomitantemente, ao longo deste percurso, foi publicada uma revisão rápida da literatura intitulada “*Art Therapy with dementia: a rapid literature review*”¹ (Apêndice XXVIII), bem como um protocolo de *scoping review* designado “Intervenções de enfermagem na adesão terapêutica em adolescentes com diabetes tipo 1: protocolo de *scoping review*”² (Apêndice XXIX). Paralelamente, encontra-se em processo de publicação a *scoping review* “Nursing interventions in therapeutic adherence in adolescents with type 1”, tendo já sido aceite pela revista, reforçando o investimento contínuo na investigação.

Em articulação com esta vertente científica, desenvolvi também as minhas competências na área da formação, tendo tido a oportunidade de atuar como formadora no curso “Vamos Falar de Diabetes. Módulo 4 – Pé Diabético” realizado para os profissionais da ULS onde exerço funções, bem como na formação “Vamos descomplicar as feridas”, dinamizada na UCC

¹ <https://doi.org/10.56294/cid2025144>

² <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200493>

durante o período de estágio. No seguimento deste percurso, perspectiva-se a continuidade desta vertente científica através da elaboração de um artigo original tendo por base o sistema cromático de estratificação de risco e, após a discussão deste relatório, encontra-se igualmente prevista a submissão de um segundo artigo, centrado no diagnóstico de situação.

Desta forma, todo o percurso foi marcado por uma aprendizagem autónoma, autocrítica e sustentada na procura sistemática de evidência científica recente. Ainda assim, reconheço a necessidade de continuar a desenvolver competências na área da investigação aplicada, nomeadamente no aprofundamento de metodologias de análise de dados e avaliação de impacto, que considero fundamentais para o meu crescimento enquanto profissional de nível avançado, tal como desenvolver competências mais abrangentes na área da gestão e liderança. Este compromisso com a aprendizagem contínua reflete a compreensão de que o grau de mestre não constitui um ponto de chegada, mas antes uma etapa numa trajetória de desenvolvimento permanente, orientada para a excelência, a inovação e a melhoria contínua dos cuidados em saúde comunitária.

Dando continuidade à postura reflexiva e autónoma que marcou todo o percurso formativo, o fecho deste capítulo permite integrar não apenas as aprendizagens realizadas, mas também o significado mais profundo de assumir o papel de Enfermeiro Especialista e Mestre.

A nível pessoal, coexistiu um processo de crescimento paralelo, marcado pelo desenvolvimento de autonomia, maturidade reflexiva e sentido de responsabilidade profissional. Assumir simultaneamente o papel de mestre e especialista significou integrar pensamento crítico, rigor científico e competência técnica numa identidade profissional mais consciente, ética e comprometida com a melhoria contínua dos cuidados.

Assim, este caminho reforçou o reconhecimento de que a intervenção do Enfermeiro Especialista/Mestre tem impacto real na vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Esta consciência constitui o alicerce para uma atuação futura mais autónoma, crítica e inovadora, reafirmando o compromisso de contribuir para a saúde pública e para o desenvolvimento sustentável dos cuidados em contexto comunitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente projeto de intervenção constituiu uma oportunidade de integrar conhecimento científico, prática profissional e reflexão crítica, no sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com deficiência mental no âmbito da prevenção das UPP, em contexto institucional. A intervenção foi orientada pela metodologia do PeS, permitindo estruturar uma resposta fundamentada às necessidades identificadas, assegurando a coerência entre o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, a implementação das estratégias e a avaliação dos resultados.

O projeto reforçou a importância do diagnóstico de situação como etapa estruturante do PeS evidenciando que a compreensão aprofundada do contexto constitui condição essencial para a implementação de intervenções eficazes e orientadas para ganhos em saúde.

Dito isto, a análise global dos resultados permitiu considerar que os objetivos delineados foram atingidos, verificando-se melhorias relevantes ao nível dos conhecimentos teóricos e das competências práticas dos CF, bem como na organização dos cuidados por parte da USPC. A elevada adesão às atividades formativas e a implementação do sistema cromático de estratificação de risco de UPP evidenciam o impacto da intervenção na capacitação dos profissionais e no reforço da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O percurso desenvolvido ao longo do projeto contribuiu de forma significativa para a consolidação das competências comuns e específicas do EEECS, nomeadamente na avaliação do estado de saúde de grupos e comunidades, na identificação de necessidades em saúde, na mobilização de recursos comunitários, na implementação de estratégias de promoção da saúde e na capacitação de pessoas e grupos.

Paralelamente, este percurso permitiu o desenvolvimento de competências associadas ao grau de mestre, particularmente ao nível da integração da evidência científica na prática, da capacidade de investigação aplicada, da análise crítica da reflexão sobre a intervenção realizada. A conceção e implementação de um sistema estruturado “AlertUPP” demonstraram a capacidade de traduzir conhecimento científico em soluções práticas, adequadas ao contexto institucional e potencialmente sustentáveis ao longo do tempo.

Os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem evidenciaram-se sobretudo na melhoria das práticas preventivas, na uniformização de procedimentos, na identificação precoce do risco de desenvolvimento de UPP e no reforço da comunicação entre os membros da equipa.

A experiência de desenvolvimento do projeto evidenciou igualmente desafios e limitações, nomeadamente a duração limitada do período de intervenção, a disponibilidade condicionada de alguns recursos materiais e a necessidade de adaptação contínua das estratégias às características organizacionais da instituição. Estas dificuldades exigiram capacidade de gestão, flexibilidade e ajustamento das intervenções aos recursos existentes, reforçando a importância do trabalho em equipa, da articulação institucional e da adequação das estratégias ao contexto real de cuidados.

Os resultados obtidos sustentam a importância do investimento contínuo na formação dos CF e na adoção de estratégias organizacionais que promovam a qualidade e segurança dos cuidados. Neste sentido, recomenda-se o reforço de programas de formação contínua dirigidos aos CF, a integração de sistemas estruturados de prevenção de UPP nas práticas institucionais e a promoção de políticas de saúde orientadas para a monitorização e prevenção destas lesões em populações vulneráveis.

O projeto apresenta ainda potencial de continuidade, nomeadamente através da monitorização do impacto do sistema de estratificação de risco implementado, da realização de auditorias periódicas às práticas preventivas e da avaliação da incidência de UPP a médio e longo prazo. A replicação da intervenção noutros contextos institucionais e o desenvolvimento de estudos que avaliem a eficácia de estratégias organizacionais de prevenção poderão contribuir para a produção de evidência científica nesta área, particularmente relevante face à escassez de dados nacionais.

Em termos globais, a realização deste projeto permitiu consolidar uma visão integrada da importância do EEECSF enquanto agente promotor de capacitação, de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e de desenvolvimento de intervenções sustentadas nas necessidades reais das populações.

Assim, considero que o percurso desenvolvido contribuiu não apenas para a melhoria das práticas institucionais no domínio da prevenção das UPP, mas também para o crescimento profissional e científico enquanto Enfermeira Especialista e Mestre, consolidando competências fundamentais para a promoção da saúde, para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados em contexto comunitário e, conseqüentemente, ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2025). *Defining Criteria for Intellectual Disability*. <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>

Aviso n.º 6702/2021 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 71/2021, Série II de 2021-04-13 (2021).

Berbiglia, V. & Banfield, B. (2018). Self-Care Deficit Theory of Nursing. In M. Alligood, *Nursing theorists and their work* (pp. 198-212). Elsevier.

Budri, A., Moore, Z., Patton, D. O'Connor, T., Nugent, L., Mc Cann, A., Avsar, P. (2020). Impaired mobility and pressure ulcer development in older adults: excess movement and too little movement – two sides of the one coin?. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (15-16), 2927-2944. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15316>

Carmo, C., Serra, I., Barreiros, J., Gemito, M. (2023). Capacitação de cuidadores formais em contexto domiciliário na prevenção de úlceras por pressão. *Ciências da saúde: Bem-estar e qualidade de vida*, 4(15), 139-157.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem* (4.ª ed.). Universidade Aberta.

Cesca, N., Szczpanski, A., Malik, W., Cheema, M., Allen, B., Dutta, T., Cameron, J., Gabison, S. (2023). Facilitators and barriers to pressure injury prevention, management and education: Perspectives from healthcare professionals – A qualitative study. *International Wound Journal*, 21:e14371. <https://doi.org/10.1111/iwj.14371>

Conselho de Enfermagem. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei n.º 1/2025 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República n.º 11/2025, Série I de 2025-01-16 (2025).

Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22 (2008).

Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04 (2022).

Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16 (2018).

Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24 (2006).

Decreto-Lei nº102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República nº215/2023, Série I de 2023-11-07 (2023).

Despacho n.º 1150/2021 da Direção-Geral da Saúde, Diário da República n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28 (2021).

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026*.

Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)*, (Orientação n.º 017/DGCG de 19/05/2011). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023–2030: Plano estratégico*.

Ernstmeyer, K. & Christman, E. (2022). *Nursing: Mental Health and Community Concepts*. Chippewa Valley Technical College.

Facione, P., Facione, n., Gittens, C. (2020). What the Data Tell Us about Human Reasoning. In *Critical Thinking and Reasoning* (pp. 272-297). Insight Assessment

Figueiredo M., Gutierrez D., Duran M., Darder J., Tirado J., Silva R. & Carvalho M. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 26(1), 37-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>

Furtado, K. A., Infante, P., Sobral, A., Gaspar, P., Eliseu, G., & Lopes, M. (2020). Prevalence of acute and chronic wounds – with emphasis on pressure ulcers – in integrated continuing care units in Alentejo, Portugal. *International Wound Journal*. 17, 1002– 1010. <https://doi.org/10.1111/iwj.13364>

García-Sánchez, F., Martínez-Vizcaíno, V., Rodríguez-Martín, B. (2019) Barriers and facilitators for caregiver involvement in the home care of people with pressure injuries: A qualitative study. *PLoS ONE* 14(12): e0226359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226359>

Gaspar, S. (2021). *Educação para a saúde na prevenção de úlceras por pressão: Linhas orientadoras para a segurança do doente*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa].

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

Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5.ª ed.). Atlas.

Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2.ª ed.). Edições Sílabo.

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública.

International Council of Nurses. (2007). *Código deontológico dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.

Instituto de Apoio ao Desenvolvimento (2025). Deficiência mental. Disponível em <https://www.itad.pt/deficiencia-mental/>

Instituto Nacional de Ensino (2025). Capacitação Profissional: O que é e quais os principais desafios do mercado do trabalho.

Instituto Nacional de Estatística (2026). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. PORDATA

Jacq, G., Valera, S., Muller, G., Decormeille, G., Youssoufa, A., Poiroux, L., Allaert, F., Barrois, B., Rigaudier, F., Ferreira, P., Huard, D., Heming, N., Aissaoui, N., Barbar, S., Boissier, F., Grimaldi, D., Hraiech, S., Lascarrou, J. B., Piton, G., & Michel, P. (2021). Prevalence of pressure injuries among critically ill patients and factors associated with their occurrence in the intensive care unit: the pressure study. *Australian Critical Care*, 34(5), 411-418. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.12.001>

Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2020). *The Adult Learner. The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development* (9th ed.). Oxon: Routledge

Lawson, T. (2018). Systems Model. In M. Alligood, *Nursing theorists and their work* (pp. 231-248). Elsevier.

Leal, M., Dias, L., Furtado, K., Gaspar, P., Vieira, A. (2025). Prevalência de úlceras por pressão: estudo transversal num hospital dos Açores. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 8(2), 1-11. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i2.484>

Lei n.º 8/2024 da Assembleia da República, Diário da República n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19 (2024)

Mano, T. (2023). *Capacitar para prevenir úlceras por pressão na população idosa*. [Dissertação de Mestrado, Politécnico de Viseu]

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.ª ed.). ReportNumber.

Mártires, A., Monteiro M.J., Rainho, C., Castelo-Branco, M. Z. (2019). *Promoção de competências de pensamento crítico a estudantes de enfermagem*. *Revista Lusófona de Educação*, 44, 159-172. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle44.10>

Martins, I. P., Gemito, M. L., Serra, I. C., & Mendes, F. P. (2022). Papel do enfermeiro na segurança do doente, numa unidade de cuidados na comunidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(2), Artigo 2. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).565.259-275](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).565.259-275)

Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (1ª ed.). Lidel.

Miranda, A. M. (2020). *Impacto de um programa de apoio educativo a cuidadores formais de pessoas idosas com demência em contexto institucional* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/132382>

Moore, Z. E., Avsar, P., Conaty, L., Moore, D., Patton, D., & O'Connor, T. (2019). A prevalência de úlceras de pressão na Europa, o que nos dizem os dados europeus: uma revisão sistemática. *Journal of Wound Care*, 28 11, 710-719.

National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. (4th ed.) <https://internationalguideline.com>.

Nunes, R. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Escola Superior do Instituto Politécnico de Setúbal

Organização Mundial de Saúde. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. OMS. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705?utm_source=chatgpt.com

Organização Mundial de Saúde. (2025). *Disability and health*. OMS

Poldrugovac, M., Padget, M., Schoonhoven, L., Thompson, N. D., Klazinga, N. S., & Kringos, D. S. (2021). International comparison of pressure ulcer measures in long-term care facilities: assessing the methodological robustness of 4 approaches to point prevalence measurement. *Journal of Tissue Viability*, 30(4), 517-526. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.01.007>

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

Registered Nurses' Association of Ontario. (2024) *Pressure injury management: Risk assessment, prevention and treatment*. (4th ed). RNAO

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 (2019).

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 (2018).

Sahay, A., Willis, E., Yu, S. (2024). Pressure injury education for older adults and carers living in community settings: A scoping review. *International Wound Journal*, 21, e14894. <https://doi.org/10.1111/iwj.14894>

Sakraida, T. & Wilson, J. (2018). Health Promotion Model. Em M. Alligood, *Nursing theorists and their work* (pp. 323-338). Elsevier

Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Transparência*. <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

Sun, J., Yu, P., Zhou, L., Lu, X. (2024). Cognitive status, psychological state and needs of caregivers for elderly patients with home-induced pressure injuries: a qualitative study. *British Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0133>

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde. Cadernos de Formação* nº 2. (2 ed). Ministério da Saúde.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário aos Cuidadores Formais

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nas questões seguintes, assinale apenas uma resposta. Pode colocar um X dentro da quadrícula que corresponde à da sua resposta, por exemplo: Feminino

<p>1. Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p>
<p>2. Idade</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 25 anos <input type="checkbox"/> De 25 a 40 anos <input type="checkbox"/> 40 a 60 anos <input type="checkbox"/> Mais de 60 anos</p>
<p>3. Estado Civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União de facto</p>
<p>4. Qual o seu grau de escolaridade?</p> <p><input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever</p> <p><input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Básico 1º ciclo (atual 4º ano/antiga 4ª classe)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Básico 2º ciclo (atual 6º ano/antigo ciclo preparatório)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Básico 3º ciclo (atual 9º ano/antigo 5º liceal)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Secundário (atual 12º ano/antigo 7º liceal/ano propedêutico)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica não superior)</p> <p><input type="checkbox"/> Curso técnico superior profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Bacharelato (inclui antigos cursos médios)</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> Mestrado ou Doutoramento</p>
<p>5. Quanto tempo demora, em média, na sua deslocação casa-trabalho (somente ida)?</p> <p><input type="checkbox"/> Até 15 minutos <input type="checkbox"/> De 16 a 30 minutos <input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> De 61 a 90 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 90 minutos</p>
<p>6. Tem algum dos seguintes problemas de saúde? Assinale quais.</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dores articulares ou musculares <input type="checkbox"/> Varizes</p> <p><input type="checkbox"/> Dores de cabeça <input type="checkbox"/> Insónias <input type="checkbox"/> Outro(s). Quais _____</p>

II PARTE – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO

7. Qual a sua categoria Profissional?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de ação direta | <input type="checkbox"/> Ajudante de Lar e Centro de Dia |
| <input type="checkbox"/> Ajudante familiar | <input type="checkbox"/> Operadora de Lavandaria |
| <input type="checkbox"/> Encarregada de Setor | <input type="checkbox"/> Cozinheira ou Ajudante de Cozinheira |
| <input type="checkbox"/> Trabalhadora de Serviços Gerais | |

8. Qual o seu tipo de vínculo profissional com a Instituição?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho a Termo Certo | <input type="checkbox"/> Efetivo |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Temporário | <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho de muito curta duração |
| <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços | <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho a Tempo Parcial |

9. Quantos anos de experiência tem no cuidado à pessoa com dependência?

- Menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos Entre 5 e 10 anos Mais de 10 anos

10. Quantas horas trabalha por semana?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 25 horas | <input type="checkbox"/> Entre 25 e 35 horas |
| <input type="checkbox"/> Entre 35 e 40 horas | <input type="checkbox"/> Mais de 40 horas |

11. Qual o seu tipo de horário?

- Rotativo/ turnos Fixo

12. Se pudesse, mudava de profissão?

- Sim Não

13. Tem outra atividade profissional?

- Sim Não

14. Realizou formação profissional na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência?

- Sim Não

14.1. Se respondeu SIM na questão anterior, há quanto tempo ocorreu essa formação?

- Menos de 1 ano Entre 1 e 3 anos Mais de 3 anos

<p>15. A Instituição onde trabalha disponibiliza formação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>16. Quais as áreas em que já frequentou formação?</p> <p>Nesta questão, assinale todas as áreas em que já teve formação.</p> <p><input type="checkbox"/> Processo de Envelhecimento</p> <p><input type="checkbox"/> Normas de higiene e conforto, controlo de infeção (limpeza e arrumação dos espaços, roupas...)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde e segurança no trabalho (equipamentos de proteção individual...)</p> <p><input type="checkbox"/> Primeiros Socorros</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados humanos básicos (higiene pessoal, alimentação...)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados específicos de saúde (nebulização, oxigenoterapia, BIPAP...)</p> <p><input type="checkbox"/> Técnicas de mobilização, transferências e posicionamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Prevenção de úlceras por pressão</p> <p><input type="checkbox"/> Gestão Terapêutica</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrição e hidratação (sonda nasogástrica, problemas da deglutição...)</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados com o sono</p> <p><input type="checkbox"/> Prevenção de riscos e acidentes (quedas, desidratação, infeção urinária...)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde mental (depressão, demências...)</p> <p><input type="checkbox"/> Sexualidade</p> <p><input type="checkbox"/> Animação e lazer</p> <p><input type="checkbox"/> Morte e luto (cuidados em fase terminal, cuidados ao corpo...)</p> <p><input type="checkbox"/> Gestão de emoções</p> <p><input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____</p>
<p>17. Considera que as ações de formação que já frequentou foram suficientes para realizar as tarefas que lhe são atribuídas no seu local de trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>18. Procura formação na área do seu trabalho, nomeadamente na área do envelhecimento e prestação de cuidados, fora da Instituição onde trabalha?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

<p>19. Tem o hábito de ler ou pesquisar sobre os temas relacionados com a sua área de trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>19.1. Se respondeu SIM na questão anterior, assinale onde:</p> <p><input type="checkbox"/> Redes Sociais <input type="checkbox"/> Livros <input type="checkbox"/> Revistas científicas <input type="checkbox"/> Internet</p>
<p>20. Considera a formação contínua, pelo menos uma vez por ano, importante para o desempenho das suas funções?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>21. Refira três temas que gostaria de ver abordadas em formação, relacionadas com as suas funções:</p> <hr/> <hr/> <hr/>

III PARTE – PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

22. Na questão que se segue deve assinalar um X na quadrícula correspondente ao V (verdadeiro) ou F (falso), consoante considere cada frase da coluna "afirmações", verdadeira ou falsa.

Nº	AFIRMAÇÕES	V	F
1	Uma Úlcera por Pressão é uma ferida localizada na pele, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre a pressão e forças de torção.		
2	A presença de uma área de pele dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente com a pele envolvente, não significa que estejamos perante uma Úlcera por Pressão.		
3	Existem diferentes graus de Úlceras por Pressão.		
4	Existe relação entre as Úlceras por Pressão e a desidratação.		
5	A perda de peso que coloca a pessoa abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de aparecimento de Úlceras por Pressão.		
6	Uma dieta adequada pode melhorar o estado físico geral de um doente, o que pode contribuir para uma redução do risco de Úlceras por Pressão.		
7	Uma dieta rica em proteínas (carne, peixe e ovos) contribui para a cicatrização das Úlceras por Pressão.		
8	Uma dieta rica em hidratos de carbono (pão, bolachas, papas) contribui para a cicatrização das Úlceras por Pressão.		
9	Beber muitos líquidos contribui para aumentar o volume de urina e isso prejudica a cicatrização de Úlceras por Pressão.		
10	Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover uma pessoa na cama.		
11	As rugas no lençol de baixo não provocam lesões na pele quando uma pessoa passa grande parte do dia no leito.		
12	A força de torção aumenta quando a pele da pessoa sentada fica "colada" ao cadeirão.		
13	Quando uma pessoa está no cadeirão não é necessário tomar precauções relacionadas com rugas na roupa nem no alívio da pressão.		
14	Quando a pele se encontra ruborizada deve ser massajada com creme hidratante.		
15	A cama de um doente deve estar sempre limpa, seca, sem rugas e sem migalhas de comida.		
16	Para mobilizar uma pessoa na cama, deve arrastar-se com cuidado.		
17	Uma posição sentada, inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés, é a posição sentada com menor pressão de contato entre o corpo e o assento.		
18	É importante não elevar a cabeceira da cama mais de 30º, de forma a evitar a pressão na região sagrada (na zona do cóccix).		

é



IV PARTE – ATITUDES E COMPORTAMENTOS NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

23 - Nesta parte do questionário não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda com sinceridade refletindo sobre o que é a vossa prática no dia-a-dia.

*Nas próximas afirmações, assinale com um círculo à volta de um dos números de 0 a 10 de acordo com a sua atitude mais frequente na prestação de cuidados diários aos utentes da SAD (em que 0 corresponde a "em nenhuma visita domiciliária" e o 10 corresponde a "em todas as visitas domiciliárias")

<p>1- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão e coloco-os em prática nas visitas domiciliárias</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão e penso que devo aplicá-los no domicílio dos utentes com uma periodicidade de:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de tempo.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de recursos em casas dos utentes (material de apoio para posicionamentos e transferências).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>5- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar a humidade e coloração da pele de todos os utentes.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>6- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de atividade dos utentes (passaram a caminhar menos, a estar mais tempo no cadeirão, ou na cama).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>7- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de mobilidade dos utentes (se passaram a ter mais dificuldade em alterar ou controlar a posição do corpo)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>8- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de alimentação dos utentes (se passaram a comer menos refeições, alteração no tipo de refeições, alteração na ingestão de líquidos)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>9- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para atuar corretamente perante todas as alterações que identifico, com potencial risco de os utentes desenvolverem úlceras por pressão.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

--	--	--

10- Sinto que, na minha prática profissional, identifico a probabilidade de os utentes desenvolverem úlceras por pressão e reporto a situação à direção técnica do SAD ou à Equipa de Enfermagem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O preenchimento do questionário terminou.

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Questionário aos Cuidadores Formais adaptado à
população-alvo**

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nas questões seguintes, assinale apenas uma resposta. Pode colocar um X dentro da quadrícula que corresponde à da sua resposta, por exemplo: Feminino

<p>1. Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p>
<p>2. Idade</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 25 anos <input type="checkbox"/> De 25 a 40 anos <input type="checkbox"/> 40 a 60 anos <input type="checkbox"/> Mais de 60 anos</p>
<p>3. Estado Civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União de facto</p>
<p>4. Qual o seu grau de escolaridade?</p> <p><input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever</p> <p><input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Básico 1º ciclo (atual 4º ano/antiga 4ª classe)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Básico 2º ciclo (atual 6º ano/antigo ciclo preparatório)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Básico 3º ciclo (atual 9º ano/antigo 5º liceal)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Secundário (atual 12º ano/antigo 7º liceal/ano propedêutico)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica não superior)</p> <p><input type="checkbox"/> Curso técnico superior profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Bacharelato (inclui antigos cursos médios)</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> Mestrado ou Doutoramento</p>
<p>5. Quanto tempo demora, em média, na sua deslocação casa-trabalho (somente ida)?</p> <p><input type="checkbox"/> Até 15 minutos <input type="checkbox"/> De 16 a 30 minutos <input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> De 61 a 90 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 90 minutos</p>
<p>6. Tem algum dos seguintes problemas de saúde? Assinale quais.</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dores articulares ou musculares <input type="checkbox"/> Varizes</p> <p><input type="checkbox"/> Dores de cabeça <input type="checkbox"/> Insónias <input type="checkbox"/> Outro(s). Quais _____</p>

II PARTE – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO

7. Qual a sua categoria Profissional?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de ação direta | <input type="checkbox"/> Ajudante de Lar e Centro de Dia |
| <input type="checkbox"/> Ajudante familiar | <input type="checkbox"/> Operadora de Lavandaria |
| <input type="checkbox"/> Encarregada de Setor | <input type="checkbox"/> Cozinheira ou Ajudante de Cozinheira |
| <input type="checkbox"/> Trabalhadora de Serviços Gerais | |

8. Qual o seu tipo de vínculo profissional com a Instituição?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho a Termo Certo | <input type="checkbox"/> Efetivo |
| <input type="checkbox"/> Trabalho Temporário | <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho de muito curta duração |
| <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços | <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho a Tempo Parcial |

9. Quantos anos de experiência tem no cuidado à pessoa com dependência?

- Menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos Entre 5 e 10 anos Mais de 10 anos

10. Quantas horas trabalha por semana?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 25 horas | <input type="checkbox"/> Entre 25 e 35 horas |
| <input type="checkbox"/> Entre 35 e 40 horas | <input type="checkbox"/> Mais de 40 horas |

11. Qual o seu tipo de horário?

- Rotativo/ turnos Fixo

12. Se pudesse, mudava de profissão?

- Sim Não

13. Tem outra atividade profissional?

- Sim Não

14. Realizou formação profissional na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência?

- Sim Não

14.1. Se respondeu SIM na questão anterior, há quanto tempo ocorreu essa formação?

- Menos de 1 ano Entre 1 e 3 anos Mais de 3 anos

15. A Instituição onde trabalha disponibiliza formação?

Sim

Não

16. Quais as áreas em que já frequentou formação?

Nesta questão, assinale todas as áreas em que já teve formação.

- Processo de Envelhecimento
- Normas de higiene e conforto, controlo de infeção (limpeza e arrumação dos espaços, roupas...)
- Saúde e segurança no trabalho (equipamentos de proteção individual...)
- Primeiros Socorros
- Cuidados humanos básicos (higiene pessoal, alimentação...)
- Cuidados específicos de saúde (nebulização, oxigenoterapia, BIPAP...)
- Técnicas de mobilização, transferências e posicionamentos
- Prevenção de úlceras por pressão
- Gestão Terapêutica
- Nutrição e hidratação (sonda nasogástrica, problemas da deglutição...)
- Problemas relacionados com o sono
- Prevenção de riscos e acidentes (quedas, desidratação, infeção urinária...)
- Saúde mental (depressão, demências...)
- Sexualidade
- Animação e lazer
- Morte e luto (cuidados em fase terminal, cuidados ao corpo...)
- Gestão de emoções
- Outras. Quais? _____

17. Considera que as ações de formação que já frequentou foram suficientes para realizar as tarefas que lhe são atribuídas no seu local de trabalho?

Sim

Não

18. Procura formação na área do seu trabalho, nomeadamente na área do envelhecimento e prestação de cuidados, fora da Instituição onde trabalha?

Sim

Não

19. Tem o hábito de ler ou pesquisar sobre os temas relacionados com a sua área de trabalho?

Sim

Não

19.1. Se respondeu SIM na questão anterior, assinale onde:

Redes Sociais

Livros

Revistas científicas

Internet

20. Considera a formação contínua, pelo menos uma vez por ano, importante para o desempenho das suas funções?

Sim

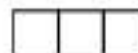
Não

21. Refira três temas que gostaria de ver abordadas em formação, relacionadas com as suas funções:

III PARTE – PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

22. Na questão que se segue deve assinalar um X na quadrícula correspondente ao V (verdadeiro) ou F (falso), consoante considere cada frase da coluna "afirmações", verdadeira ou falsa.

Nº	AFIRMAÇÕES	V	F
1	Uma Úlcera por Pressão é uma ferida localizada na pele, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre a pressão e forças de torção.		
2	A presença de uma área de pele dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente com a pele envolvente, não significa que estejamos perante uma Úlcera por Pressão.		
3	Existem diferentes graus de Úlceras por Pressão.		
4	Existe relação entre as Úlceras por Pressão e a desidratação.		
5	A perda de peso que coloca a pessoa abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de aparecimento de Úlceras por Pressão.		
6	Uma dieta adequada pode melhorar o estado físico geral de um doente, o que pode contribuir para uma redução do risco de Úlceras por Pressão.		
7	Uma dieta rica em proteínas (carne, peixe e ovos) contribui para a cicatrização das Úlceras por Pressão.		
8	Uma dieta rica em hidratos de carbono (pão, bolachas, papas) contribui para a cicatrização das Úlceras por Pressão.		
9	Beber muitos líquidos contribui para aumentar o volume de urina e isso prejudica a cicatrização de Úlceras por Pressão.		
10	Podem ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover uma pessoa na cama.		
11	As rugas no lençol de baixo não provocam lesões na pele quando uma pessoa passa grande parte do dia no leito.		
12	A força de torção aumenta quando a pele da pessoa sentada fica "colada" ao cadeirão.		
13	Quando uma pessoa está no cadeirão não é necessário tomar precauções relacionadas com rugas na roupa nem no alívio da pressão.		
14	Quando a pele se encontra ruborizada deve ser massajada com creme hidratante.		
15	A cama de um doente deve estar sempre limpa, seca, sem rugas e sem migalhas de comida.		
16	Para mobilizar uma pessoa na cama, deve arrastar-se com cuidado.		
17	Uma posição sentada, inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés, é a posição sentada com menor pressão de contato entre o corpo e o assento.		
18	É importante não elevar a cabeceira da cama mais de 30º, de forma a evitar a pressão na região sagrada (na zona do cóccix).		



IV PARTE – ATITUDES E COMPORTAMENTOS NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

23 - Nesta parte do questionário não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda com sinceridade refletindo sobre o que é a vossa prática no dia-a-dia.

"Nas próximas afirmações, assinale com um círculo à volta de um dos números de 0 a 10 de acordo com a sua atitude mais frequente na prestação de cuidados diários aos utentes da instituição (em que 0 corresponde a "em nenhuma vez" e o 10 corresponde a "em todas as vezes").

1 – Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras por pressão e coloco-os em prática quando presto cuidados aos utentes.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2 - Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras por pressão e penso que devo aplica-los com uma periodicidade de:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 - Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras por pressão, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de tempo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 - Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras por pressão, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de recursos existentes (material de apoio para posicionamentos e transferências).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 – Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar a humidade e coloração da pele de todos os utentes.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 - Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de atividade dos utentes (se passaram a caminhar menos, a estar mais tempo sentados no cadeirão ou na cama).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 - Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de mobilidade dos utentes (se passaram a ter mais dificuldade em alterar a posição no leito).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--

8 - Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de alimentação dos utentes (se passaram a comer menos refeições, alteração na ingestão de líquidos).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9 - Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para atuar corretamente perante todas as alterações que identifico, com potencial risco de os utentes desenvolverem úlceras por pressão.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10 - Sinto que, na minha prática profissional, identifico a probabilidade de os utentes desenvolverem úlceras por pressão e reporto a situação à direção técnica da instituição ou à enfermeira.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O preenchimento do questionário terminou.

Obrigada pela sua colaboração!

**APÊNDICE II – Ata de reunião realizada com as entidades
envolvidas: USP, UCC e USPC**

ATA DE REUNIÃO

Aos cinco dias do mês de junho de dois mil e vinte e cinco, pelas quinze horas, realizou-se uma reunião nas instalações da instituição " [REDACTED] localizada em F [REDACTED] :

A reunião decorreu na sala de reuniões da instituição, sob a orientação da Dr. [REDACTED] membro da Direção da [REDACTED] contou com a presença dos seguintes elementos:

- Dr. [REDACTED] - Presidente da Direção [REDACTED]
- Dr. [REDACTED] Diretora Geral da Instituição
- Dr. [REDACTED] Diretora Técnica da Instituição
- Enf.ª [REDACTED] – Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados
- Enf.ª [REDACTED] – Enfermeira Coordenadora da Unidade de Saúde Pública
- Enf.ª [REDACTED] – Enfermeira da Unidade de Saúde Pública
- Enf.ª Mariana Vaia – Mestranda da Escola Superior de Saúde Atlântica

A ata foi redigida por Enf.ª Mariana Vaia, na qualidade de secretária *ad hoc* da presente reunião e seguiu a seguinte ordem de trabalhos:

1. Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária;
2. Avaliação da pertinência do Projeto de Intervenção Comunitária para a Instituição;
3. Programação das datas para aplicação dos questionários.

A reunião teve como finalidade a apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

O referido projeto tem como objetivo principal capacitar os cuidadores formais da instituição para a implementação de práticas seguras e eficazes na prevenção de úlceras por pressão em utentes com elevado grau de dependência, promovendo, assim, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e contribuindo para a redução da morbilidade associada a esta condição.

2º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária
e Saúde Pública

ESSATLA
Instituto Superior de Saúde
Alameda

Durante a reunião, foi apresentada a estrutura do projeto, organizada em duas fases distintas:

- A **primeira fase** consiste na recolha de dados junto dos cuidadores formais da instituição, com o intuito de identificar práticas e conhecimentos atuais sobre a temática;
- A **segunda fase** corresponde ao desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, previsto decorrer entre os meses de setembro e novembro do corrente ano, cuja calendarização concreta será definida oportunamente.

Foi ainda acordado que os resultados finais do projeto serão partilhados com a instituição no final da sua execução, reforçando o compromisso com a melhoria contínua e a promoção de boas práticas.

Os elementos presentes manifestaram concordância com a implementação do projeto, tendo partilhado informações relevantes sobre a estrutura organizacional, o perfil dos recursos humanos e as características dos utentes da instituição.

Ficou definida a data de **doze de junho de dois mil e vinte e cinco** para a aplicação dos questionários aos cuidadores formais. Um segundo momento de recolha de dados será agendado na semana seguinte, conforme a disponibilidade das equipas e respetivos horários rotativos.

As datas das ações de formação a realizar na segunda fase do projeto serão estabelecidas no início do mês de setembro de dois mil e vinte e cinco.

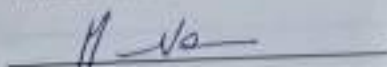
A reunião foi encerrada pelas **dezassete horas e dez minutos**.

A presente ata será submetida à apreciação e validação pelos representantes institucionais envolvidos no projeto.

Odivelas, cinco de junho de dois mil e vinte e cinco.

Ata elaborada por:

Mariana Alexandra Santos Vala



2º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública



Ata revista por:

[Redacted signature]

Ata aprovada por:

[Redacted signature]

Presentes na reunião:

[Redacted signature]

**APÊNDICE III – Pedido de parecer à Comissão de Ética e respetiva
autorização**

Mariana Alexandra Santos Vala

202490052@uatlantica.pt

Assunto: Pedido de Parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA,

Prof.ª Maria João Santos,

Mariana Alexandra Santos Vala, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica e enfermeira no Hospital Beatriz Ângelo, vem, por este meio, submeter à apreciação dessa Comissão de Ética o presente pedido de parecer ético relativo ao estudo de investigação a realizar no âmbito do Estágio I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrados no referido curso de mestrado.

O estudo em causa será desenvolvido em duas fases complementares: a primeira decorrerá na Unidade de Saúde Pública (USP) [REDACTED] entre 12 de maio e 18 de julho, e visa a realização de um diagnóstico de situação de saúde; a segunda terá lugar entre 8 de setembro e 20 de dezembro, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] onde será concebido, implementado e avaliado um projeto de intervenção comunitária. A orientação científica será assegurada pelo Professor Ricardo Sousa Mestre e pelas Enfermeiras [REDACTED].

O projeto de investigação insere-se no âmbito do Programa Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 e tem como foco a capacitação dos cuidadores formais na prevenção de úlceras por pressão (UPP), indicador prioritário de qualidade e segurança nos cuidados de saúde. A pertinência da problemática foi validada junto das orientadoras de estágio, tendo sido identificada como relevante nas valências residencial e centros de dia da instituição [REDACTED].

O estudo intitula-se "Formar para Prevenir – Capacitação dos Cuidadores Formais na Prevenção de Úlceras por Pressão"¹ e integra-se no projeto institucional "Formar para Cuidar", desenvolvido pela UCC [REDACTED]. A investigação pretende, de forma geral, promover a adoção de práticas de cuidado seguras e baseadas na evidência, contribuindo para a redução da incidência de UPP em utentes com elevado grau de dependência nas atividades de vida diária.

Problemática e Pertinência do Estudo

Nos últimos anos, as unidades de saúde têm vindo a implementar estratégias com o objetivo de reforçar a segurança dos utentes e, simultaneamente, assegurar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Neste âmbito, o *Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030* constituiu um importante ponto de partida para a criação do *Programa Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026*, ambos alinhados com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Estes instrumentos visam promover estratégias e ações estruturadas, desenvolver políticas eficazes e garantir a prestação de cuidados de saúde seguros, personalizados e centrados na pessoa ao longo de todo o ciclo de vida (OMS, 2021).

A segurança do utente assume-se, assim, como um dos pilares fundamentais da qualidade em saúde. Neste contexto, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), enquanto porta de entrada no sistema de saúde e com intervenção em múltiplos contextos – escolar, domiciliário, laboral e institucional – e ao longo de todas as fases do ciclo de vida (Martins *et al.*, 2022), assumem um papel central na promoção de cuidados seguros, na identificação e mitigação de riscos, bem como a prevenção de danos evitáveis.

Entre os indicadores de qualidade integrados no PNSD, destaca-se, no pilar 5 – "Práticas Seguras em Ambientes Seguros" – a incidência de úlceras por pressão (UPP). Estas últimas são definidas como lesões localizadas na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre proeminências ósseas, resultantes da pressão ou da sua combinação com forças de fricção e cisalhamento (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2019). As UPP representam uma causa significativa de morbilidade e mortalidade, impactando negativamente a qualidade de vida dos utentes e acarretando uma sobrecarga considerável para os sistemas de saúde, tanto ao nível de recursos humanos como de recursos económicos, devido aos custos associados ao seu tratamento (Carmo *et al.*, 2024).

¹ Nome provisório.

Neste enquadramento, destaca-se a importância dos cuidadores formais² (CF), enquanto profissionais que prestam cuidados, frequentemente, a pessoas com elevado grau de dependência nas atividades de vida diária – grupo particularmente vulnerável à ocorrência de UPP, em virtude de fatores intrínsecos como a diminuição da massa muscular, entre outros (Carmo et al., 2024). A formação contínua dos CF, com especial enfoque na transmissão de conhecimentos atualizados sobre medidas preventivas das UPP, revela-se, assim, uma estratégia essencial para a adoção de práticas de cuidado seguras. Esta capacitação poderá contribuir de forma significativa para a redução da incidência destas lesões, promovendo, em simultâneo, uma melhoria efetiva na qualidade de vida dos utentes (Mano, 2023).

Objetivo Geral

- Capacitar os cuidadores formais para a implementação de práticas seguras e eficazes na prevenção de úlceras por pressão em utentes com elevado grau de dependência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a redução da morbilidade associada.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, profissional e formativo dos cuidadores formais da instituição visada (ERPI e Centro de Dia);

- Diagnosticar as necessidades formativas dos cuidadores formais relativamente à prevenção de úlceras por pressão;

- Desenvolver e implementar um programa de formação teórico-prático centrado na prevenção de úlceras por pressão;

- Avaliar o impacto da intervenção formativa no conhecimento dos cuidadores e nas práticas de cuidado dirigidas à prevenção das úlceras por pressão.

Para a prossecução dos objetivos delineados, será utilizado o instrumento de recolha e análise de dados:

- Questionário aos Cuidadores Formais realizado por Carmo e Serra (2023). Este, foi desenvolvido e aplicado em contexto nacional e encontra-se devidamente adaptado. A sua utilização no presente estudo foi previamente autorizada pelas autoras, conforme documento anexo (Anexo I). O questionário é composto por quatro secções distintas (Anexo II):

a) recolha de dados sociodemográficos da população-alvo;

² Para efeitos deste estudo, entende-se por cuidador formal o profissional que, no âmbito das suas funções contratualizadas, participa ativamente na prestação de cuidados de saúde e/ou apoio às atividades de vida diária, contribuindo para o bem-estar, segurança e qualidade de vida das pessoas assistidas.

- b) caracterização do percurso profissional e formativo dos cuidadores formais;
- c) identificação das necessidades formativas no domínio da prevenção de úlceras por pressão;
- d) avaliação do conhecimento prévio dos participantes sobre estratégias preventivas nesta área.

No seguimento da análise dos dados obtidos, serão dinamizadas duas sessões de formação dirigidas aos cuidadores formais da instituição. A primeira sessão terá uma vertente teórica, centrada na atualização de conhecimentos sobre a prevenção de úlceras por pressão; a segunda sessão assumirá um carácter prático, com foco no treino de técnicas de posicionamento e de realização de transferências seguras em utentes com elevado grau de dependência.

Metodologia

Será utilizada a Metodologia de Planeamento em Saúde, segundo [Imperatori & Giraldes \(1982\)](#).

População e Amostra

A população-alvo corresponde aos cuidadores formais [REDACTED]. A amostra será de tipo não probabilístico, por conveniência.

CrITÉrios de Inclusão e Exclusão

Para garantir a fiabilidade e validade dos dados recolhidos, foram definidos critérios de inclusão e exclusão dos participantes no estudo. Serão incluídos todos os cuidadores formais que exerçam funções na instituição em análise e que prestem cuidados diretos e continuados aos utentes. Serão excluídos do estudo os cuidadores formais que não saibam ler e/ou escrever, por se considerar que esta limitação poderá comprometer a compreensão dos objetivos da investigação, a leitura e o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados, bem como a prestação de consentimento informado de forma consciente. Serão igualmente excluídos os cuidadores que se encontrem ausentes da instituição durante o período de recolha de dados, por motivo de licença (férias, baixa médica, licença parental, entre outras), bem como aqueles que desempenhem exclusivamente funções administrativas ou de coordenação, sem contacto direto e regular com os utentes. Serão também excluídos os cuidadores formais que manifestem indisponibilidade ou desinteresse em participar no estudo, mesmo após esclarecimento sobre os objetivos, natureza voluntária e confidencialidade da participação.

A definição destes critérios visa assegurar a coerência metodológica do estudo, garantir a qualidade da informação recolhida e respeitar os princípios éticos da investigação,

em contextos científicos. Em todas as formas de disseminação dos resultados será escrupulosamente garantido o anonimato dos participantes, bem como da instituição onde o estudo se realizou, não sendo divulgada qualquer informação que permita a sua identificação direta ou indireta. Adicionalmente, será assegurada a disponibilização dos resultados do estudo quer à instituição [REDACTED] quer à USP e à UCC, através de um relatório final apresentado em formato acessível e adaptado à realidade institucional. Este relatório será elaborado com o objetivo de apoiar a melhoria contínua dos cuidados prestados e contribuir para o reforço das práticas de prevenção de úlceras por pressão, alinhadas com as evidências científicas e os objetivos estratégicos da instituição.

No que respeita ao prazo de conservação, os dados serão guardados no seu formato original, por um período máximo de três anos, de modo a permitir o desenvolvimento da investigação em curso, a eventual publicação e a necessária disponibilização em caso de solicitação para validação científica ou institucional. Findo este período, todos os documentos em suporte físico serão destruídos por trituração e os ficheiros digitais eliminados de forma definitiva. Os instrumentos originais utilizados serão previamente digitalizados e conservados em formato eletrónico pelo mesmo período, seguindo o mesmo destino após o término do prazo.

Na qualidade de investigadora principal, declaro, sob compromisso de honra, que todas as informações prestadas são verdadeiras e que o estudo respeitará integralmente os princípios enunciados na Declaração de Helsínquia, nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, da Comunidade Europeia e na legislação nacional em vigor, nomeadamente a Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, relativa à investigação clínica com seres humanos.

Declaro, ainda, que não existem conflitos de interesse de qualquer natureza relacionados com o presente estudo. A investigadora não mantém qualquer vínculo contratual, comercial ou institucional com a [REDACTED] ou com os participantes, sendo o projeto desenvolvido exclusivamente no âmbito do estágio académico e com fins científicos e formativos.

Assim, solicito a esta Comissão de Ética, a devida autorização para o início do presente projeto de investigação.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.



Exma Sr^ª. Enfermeira
Cara Estudante Mariana Vata

Conforme a documentação que enviou para apreciação do seu pedido, a Comissão de Ética, considera o **Parecer Favorável**.
A Salientar a forma rigorosa da apresentação do projeto que enviou para apreciação.

Desejamos sucesso para o seu Projeto.

Saudações Académicas.

P.^ª Comissão de Ética



Maria João Santos
Presidente da Comissão de Ética

APÊNDICE IV – Pedido de autorização à USP

Exma. Srª Dra [REDACTED]
Da Unidade Saúde Pública [REDACTED]

Mariana Alexandra Santos Vala, enfermeira a desempenhar funções no Hospital Beatriz Ângelo, mestranda do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária sob a orientação do Professor Mestre Ricardo Sousa Mestre e da Enfermeira [REDACTED]

De acordo com a metodologia do planeamento em saúde, o projeto de intervenção comunitária irá decorrer, numa primeira fase, em contexto de estágio na Unidade de Saúde Pública correspondendo à etapa do diagnóstico de situação, sendo as etapas seguintes desenvolvidas em contexto de estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade. Assim sendo, pretende-se desenvolver uma temática que seja pertinente para ambos os contextos de estágio.

Neste sentido, enquadrado no regular funcionamento das atividades desenvolvidas pela Enfermeira [REDACTED] no âmbito do Programa de Vigilância Sanitária aos Estabelecimentos de Apoio Social, propõe-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária. Este último irá incidir na capacitação dos cuidadores formais para a prevenção de úlceras de pressão em utentes com maior grau de dependência nas atividades de vida diárias, num Estabelecimento de Apoio Social com a vertente de Centro de Dia e ERPI, situado na área geodemográfica da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas.

A pertinência do projeto vai de encontro às estratégias que têm vindo a ser implementadas nas instituições com o objetivo de garantir qualidade nos cuidados de saúde, em linha com o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) (2021-2026).

Entre os indicadores de qualidade integrados no PNSD, destaca-se, no pilar 5 – “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” – a incidência de úlceras por pressão (UP). As UP representam uma causa significativa de morbilidade e mortalidade, impactando negativamente a qualidade de vida dos utentes e acarretando uma sobrecarga considerável para os sistemas de saúde, tanto ao nível dos profissionais como dos recursos económicos

Neste enquadramento, destaca-se o papel dos cuidadores formais (CF), enquanto profissionais que prestam cuidados, frequentemente, a pessoas com elevado grau de dependência nas atividades de vida diária – grupo particularmente vulnerável à ocorrência de UP. A formação contínua dos CF, com especial enfoque na transmissão de conhecimentos atualizados sobre medidas preventivas das UP, revela-se, assim, uma estratégia essencial para a adoção de práticas de cuidado seguras. Esta capacitação poderá contribuir de forma significativa para a redução da incidência destas lesões, promovendo, em simultâneo, uma melhoria efetiva na qualidade de vida dos utentes

A recolha de dados que será efetuada na instituição tem somente fins académicos e será salvaguardada a proteção dos direitos e liberdade das pessoas que estejam dispostas a colaborar neste projeto, assim como garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Considerando a limitação temporal para a realização do diagnóstico de situação no presente estágio, aguarda-se pelo parecer de V. Exma. na brevidade possível.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade dispensada, estando ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,
Mariana Vala

APÊNDICE V – Pedido de autorização à UCC

Exma. Senhora Enf. [REDACTED]

Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo no âmbito de estágio académico

Mariana Alexandra Santos Vala, enfermeira no Hospital Beatriz Ângelo e mestranda do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), vem por este meio solicitar autorização para a realização de um projeto de intervenção comunitária no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, a decorrer entre os dias 8 de setembro e 20 de dezembro de 2025 na UCC [REDACTED] sob orientação do Professor Ricardo Sousa Mestre e da Enfermeira [REDACTED]

Este estudo constitui a fase inicial de um projeto de intervenção comunitária, estruturado de acordo com a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1982), e contempla a elaboração de um diagnóstico de situação de saúde com base na colheita de dados, a decorrer no Estágio I, na USP [REDACTED]. As etapas seguintes do projeto serão desenvolvidas na UCC, que constitui a implementação do projeto na instituição definida.

O projeto intitula-se “**Formação sem Pressão – Capacitação dos Cuidadores Formais na Prevenção de Úlceras por Pressão**” e está inserido no contexto das atividades regulares da vigilância sanitária a estabelecimentos de apoio social, coordenadas pela Enfermeira [REDACTED] e no programa institucional "Formar para Cuidar" da UCC [REDACTED], no qual faz parte a Enfermeira [REDACTED]. O mesmo incidirá sobre a capacitação dos cuidadores formais para a adoção de práticas preventivas de úlceras por pressão (UPP) junto de utentes com elevado grau de dependência funcional, num Estabelecimento de Apoio Social, localizado na área geodemográfica da ULS de [REDACTED].

A pertinência desta temática encontra-se alinhada com os objetivos estratégicos do **Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021–2026**, o qual, no seu Pilar 5 – “*Práticas Seguras em Ambientes Seguros*” – destaca a prevenção das UPP como indicador essencial da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

As úlceras por pressão constituem uma das principais causas de morbilidade evitável, representando um fator significativo de sofrimento para os utentes e um elevado custo para os serviços de saúde. Neste sentido, a **formação contínua dos cuidadores formais**, centrada na transmissão de conhecimentos atualizados e práticas baseadas na evidência, é uma

estratégia essencial para reduzir a incidência destas lesões e promover a qualidade de vida dos utentes.

A recolha de dados no âmbito deste projeto terá exclusivamente fins académicos, e será assegurado o cumprimento integral dos princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde, nomeadamente no que respeita à voluntariedade, anonimato, confidencialidade e consentimento informado dos participantes.

Adicionalmente, será assegurada a apresentação dos principais resultados obtidos à equipa da UCC [REDACTED], em momento e formato a acordar com a coordenação local. Esta partilha visa retribuir a colaboração institucional disponibilizada, promovendo simultaneamente a utilidade prática da investigação no reforço da segurança dos cuidados prestados.

Tendo em conta a informação disponibilizada, solicito a V. Exa. a emissão de parecer favorável para a realização deste projeto de intervenção comunitária.

Coloco-me inteiramente à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,
Mariana Alexandra Santos Vala

APÊNDICE VI – Pedido de autorização à instituição-alvo

Exma. Senhora Dra. [REDACTED]

Presidente da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Mariana Alexandra Santos Vala, enfermeira no Hospital Beatriz Ângelo e mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), vem por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo de investigação junto dos cuidadores formais dessa instituição.

Este estudo será desenvolvido no âmbito do Estágio I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, previstos no plano de estudos do referido curso de mestrado, e decorrerá nos seguintes locais:

- **Unidade de Saúde Pública (USP)** [REDACTED] entre os dias 12 de maio e 18 de julho de 2025, onde será realizado o diagnóstico de situação;
- **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)** [REDACTED], entre os dias 8 de setembro e 20 de dezembro de 2025, onde será planeado, implementado e avaliado o projeto de intervenção comunitária.

O projeto de intervenção comunitária, intitulado **“Formação sem Pressão – Capacitação dos Cuidadores Formais na Prevenção de Úlceras por Pressão”**, integra-se no programa institucional “Formar para Cuidar” da UCC [REDACTED] e no Programa de Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos de Apoio Social da USP [REDACTED], será desenvolvido sob a orientação do Professor Ricardo Sousa Mestre, da Enfermeira [REDACTED] da Enfermeira [REDACTED]

A seleção da [REDACTED] decorre da pertinência da temática, previamente validada em articulação com as unidades de saúde envolvidas, bem como do interesse manifestado pela vossa equipa na dinamização de iniciativas formativas direcionadas aos cuidadores formais da instituição.

O projeto de intervenção comunitária visa promover a capacitação dos cuidadores formais na adoção de práticas baseadas na evidência para a prevenção de úlceras por pressão em utentes com elevado grau de dependência nas atividades de vida diária, em conformidade com os objetivos estratégicos do **Plano Nacional para a Segurança do Doente (2021–2026)**.

A recolha de dados para a elaboração do diagnóstico de situação está prevista para o período compreendido entre **9 e 20 de junho de 2025**, e inclui a aplicação de um **questionário**

estruturado e anónimo aos cuidadores formais (pode consulta o documento em anexo), destinado à caracterização sociodemográfica e profissional, à identificação de necessidades formativas e à avaliação de conhecimentos sobre prevenção de úlceras por pressão.

A participação dos cuidadores formais no preenchimento do questionário será precedida da assinatura de um **consentimento informado, livre e esclarecido** (que se encontra em anexo), ficando salvaguardada a confidencialidade, a voluntariedade e o direito à não participação. A intervenção formativa decorrerá entre os meses de setembro e dezembro de 2025, prevendo-se, para já, a realização de duas sessões presenciais: uma com componente teórica e outra com componente prática.

Importa salientar que a realização do projeto de intervenção comunitária **não implicará qualquer encargo financeiro ou logístico para a** [REDACTED]. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos, sendo armazenados em suporte digital seguro e eliminados após o período de conservação estabelecido (máximo de três anos).

Adicionalmente, será assegurada a disponibilização dos resultados obtidos do projeto de intervenção comunitária à instituição [REDACTED] através de um relatório final apresentado em formato acessível e adaptado à realidade institucional. Este relatório será elaborado com o objetivo de apoiar a melhoria contínua dos cuidados prestados e contribuir para o reforço das práticas de prevenção de úlceras por pressão, alinhadas com as evidências científicas e os objetivos estratégicos da instituição.

Agradecendo, desde já, a atenção e colaboração, subscrevo-me com os melhores cumprimentos e coloco-me inteiramente ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com elevada consideração,

Mariana Alexandra Santos Vala

202490052@uatlantica.pt

**APÊNDICE VII – Pedido de autorização para utilização do
*Questionário aos Cuidadores Formais***

Questionário aos cuidadores formais

 Mariana Vala
Para: carla.carmo55@gmail.com

Responder Responder a todos Reencaminhar

qui, 22/03/2023 08:00

Bom dia Exma. Enfermeira Carla Carmo,

Chamo-me Mariana Vala e sou mestranda do 2º curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica. Neste momento encontro-me a realizar o diagnóstico de situação, já na vertente do estágio.

O tema que irei abordar é a prevenção das úlceras de pressão no contexto de uma ERPI, sendo a minha população alvo os cuidadores formais.

Sendo assim, venho por este meio solicitar autorização do uso do questionário que elaborou na sua tese de mestrado intitulado "Questionário aos Cuidadores Formais das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário".

Se a resposta for positiva, gostaria de saber a possibilidade de me enviar o questionário em pdf.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Mariana Vala

Responder Reencaminhar

 Carla Carmo <carla.carmo55@gmail.com>
Para: Você

Responder Responder a todos Reencaminhar

dom, 25/05/2023 15:11

Respondeu a dom, 25/05/2023 17:29

Bom dia Exma. Enfermeira Mariana Vala,

Fico satisfeita em saber que o meu trabalho pode contribuir para a aprendizagem e que é útil no que concerne ao desenvolvimento do estudo da Enfermagem.

Autoriza a utilização do questionário, solicitando apenas que, no seu relatório e nos artigos que publicar na sequência do seu estudo, cite as autoras (referência bibliográfica do capítulo publicado em revista online).

Votos de sucessos no meu Mestrado

Atenciosamente

Carla do Carmo

APÊNDICE VIII – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE 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 ou tiver dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concordar com a proposta que lhe foi feita, por favor assinie o consentimento.

Título do estudo: *Formar para Prevenir – Capacitação dos Cuidadores Formais na Prevenção de Úlceras por Pressão*

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do Estágios I e do Estágio de Natureza Profissional com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica, decorrendo respetivamente na Unidade de Saúde Pública de [REDACTED] (entre maio e julho de 2025) e na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] (entre setembro e dezembro de 2025). O projeto é orientado pelo Professor Ricardo Sousa Mestre, pelas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária [REDACTED]

Explicação do estudo: Solicita-se a sua participação neste estudo de investigação que visa a capacitação dos cuidadores formais para a prevenção de úlceras por pressão em utentes com elevado grau de dependência. A sua participação consistirá no preenchimento de um questionário, que inclui dados sociodemográficos, percurso profissional e formativo, necessidades de formação e conhecimentos sobre prevenção de úlceras por pressão. O tempo estimado para o preenchimento é de 20 minutos. Não serão recolhidos quaisquer dados clínicos dos cuidadores formais. A participação contribuirá para identificar áreas prioritárias de intervenção formativa e promover práticas de cuidado mais seguras e eficazes, com impacto na qualidade de vida dos utentes. Não se preveem quaisquer riscos ou prejuízos para os seus direitos assistenciais decorrentes da participação ou recusa de participação no estudo.

Condições e financiamento: A sua participação é voluntária, anónima e não será remunerada. Poderá interromper ou desistir da participação em qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem qualquer consequência pessoal ou profissional.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo está garantido o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Em nenhuma fase do processo, nem em relatórios ou publicações decorrentes do estudo, será incluída qualquer informação que permita a sua identificação.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade para colaborar neste estudo.

Investigadora: **Mariana Alexandra Santos Vala**

Contacto telefónico: [REDACTED]

Email: 202490052@uatlantica.pt

Assinatura: _____

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de colocar todas as questões sobre o estudo e obtido respostas esclarecedoras, ter-me sido garantido que não haverá qualquer prejuízo para os meus direitos assistenciais caso recuse participar, e que me foi concedido tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) a minha participação no estudo referido, bem como os procedimentos diretamente relacionados, justificados no meu próprio interesse.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

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

² <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>

APÊNDICE IX – Teste não paramétrico kruskal-Wallis

Comportamentos e atitudes	Idade			Kruskal-Wallis	
	<= 5 (n=6)	6-10 (n=6)	>10 (n=4)	H	p
	Mkr	Mkr	Mkr		
Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras por pressão e coloco-os em prática quando presto cuidados aos utentes	7,3	9,3	9,3	,88	,65
Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras por pressão e penso que devo aplica-los com uma periodicidade de:	7,8	9,7	7,9	,71	,70
Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras de pressão, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de tempo	7,8	8,1	10,3	,82	,66
Tenho conhecimento de como prevenir as úlceras de pressão, mas tenho dificuldade de colocá-los em prática por falta de recursos existentes (material de apoio, para posicionamento e transferências)	7,2	8,4	10,6	1,48	,48
Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar a humidade e coloração da pele dos utentes	8,2	7,5	10,5	1,07	,59
Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de atividade dos utentes (se passaram a caminhar menos, a estar mais tempo sentados no cadeirão ou na cama)	8,1	8,5	9,1	,17	,92
Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de mobilidade dos utentes (se passam a ter mais dificuldade em alterar a posição no leito)	8,1	8,5	9,1	,17	,92
Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de alimentação dos utentes (se passaram a comer menos refeições, alteração na ingestão de líquidos)	7,5	9,3	8,8	,80	,67
Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para atuar corretamente perante todas as alterações que identifico, com potencial risco de os utentes desenvolverem úlceras por pressão	7,9	8,6	9,3	,23	,89
Sinto que, na minha prática profissional, identifico a probabilidade de os utentes desenvolverem úlceras por pressão e reporto a situação à direção técnica da instituição ou à enfermeira	6,8	9,5	9,6	1,72	,42

Mkr: *Mean rank* ou média das ordenações

APÊNDICE X – Ata de Reunião de apresentação de resultados

ATA DE REUNIÃO

Aos dezanove dias do mês de setembro de dois mil e vinte e cinco, pelas onze horas, realizou-se uma reunião nas instalações da instituição [REDACTED] localizada em [REDACTED].

A reunião decorreu na sala de reuniões da instituição, sob a orientação da Dr.ª [REDACTED], membro da Direção [REDACTED] e contou com a presença dos seguintes elementos:

- Dr.ª [REDACTED] – Diretora Geral da Instituição
- Dr.ª [REDACTED] – Diretora Técnica da Instituição
- Enf.ª [REDACTED] – Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados
- Enf.ª Mariana Vala – Mestranda da Escola Superior de Saúde Atlântica

A ata foi redigida por Enf.ª Mariana Vala, na qualidade de secretária *ad hoc*.

Ordem de Trabalhos

1. Apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde;
2. Discussão de estratégias a implementar na instituição;
3. Proposta de ações de formação para cuidadores formais (uma teórica e outra prática) e definição das respetivas datas;
4. Proposta da inclusão de parceiros da comunidade nas sessões de formação;
5. Proposta de um sistema de estratificação de risco, após avaliação do risco de Úlcera por Pressão (UPP), por cores;
6. Proposta de um Ebook, em formato digital, com os conceitos-chave acerca da prevenção de UPP, para consulta pelos cuidadores formais, a ficar disponível na aplicação de registo disponível na instituição.

A reunião teve início com a apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde realizado na instituição. Foram discutidos os principais indicadores identificados, destacando-se áreas de melhoria relacionadas com práticas preventivas, cuidados específicos aos residentes com maior dependência e adequação de procedimentos de vigilância e registo de potenciais alterações.

Seguidamente, procedeu-se à discussão das estratégias a implementar, com sugestões orientadas para o reforço da formação e capacitação da equipa, melhoria da comunicação,

2º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública



padronização de procedimentos e adoção de ferramentas/materiais de apoio que promovam maior segurança nos cuidados prestados.

Foi apresentada uma proposta de formação dirigida aos cuidadores formais, composta por:

- **Sessão teórica:** focada nos princípios essenciais da prevenção de úlceras por pressão e fatores de risco inerentes;
- **Sessão prática:** incluindo demonstração e treino de técnicas de posicionamento e transferências e materiais de apoio indicados.

Durante esta discussão, foi ainda proposta a inclusão de parceiros da comunidade nas sessões de formação, como estratégia de reforço da articulação interinstitucional e de promoção da partilha de boas práticas. A instituição aceitou esta proposta, manifestando total abertura para acolher elementos de parceiros comunitários relevantes durante as formações.

Foram estabelecidas datas provisórias para as sessões formativas a decorrer em outubro e novembro, ficando a calendarização final dependente da confirmação das equipas e dos parceiros envolvidos.

Foi analisada a proposta de implementação de um sistema de estratificação de risco por cores, após a avaliação da escala de Braden, que avalia o risco dos residentes adquirirem UPP. Este sistema, denominado "AlertUPP" é destinado a facilitar a identificação dos níveis de risco e vulnerabilidade dos residentes da instituição. Os presentes consideraram a ferramenta pertinente e exequível, condicionada a ajustes operacionais e sugeriram a colocação de materiais de leitura nos diferentes pisos da instituição.

Por fim, foi aceite pela instituição a partilha do Ebook de boas práticas com os conceitos-chave relativamente à prevenção de UPP, em formato digital, junto dos cuidadores formais.

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada pelas treze horas e cinco minutos.

A presente ata será submetida à apreciação e validação pelos representantes institucionais.

Odivelas, dezanove de setembro de dois mil e vinte e cinco

Ata elaborada por:

Mariana Alexandra Santos Vale



2º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Ata revista por:

[Redacted signature]

Ata aprovada por:

[Redacted signature]

Presentes na reunião:

[Redacted signature]

**APÊNDICE XI – Material de apoio para o Sistema de Estratificação
de Risco “AlertUPP”**

AlertUPP

Avaliação da Pele
O que observar?

Escala de Braden
Quando avaliar?

- 1) na admissão dos residentes;
- 2) após alguma alteração do estado clínico dos residentes, ou internamento hospitalar;
- 3) 4 semanas (alto e muito alto risco) e 6 semanas (restantes).

Eritema não branqueável
Descoloração da pele
Calor ou inchaço de alguma zona
Endurecimento localizado
Flictenas (bolhas)

Risco Suave	Vigiar as áreas de pressão Posicionamentos regulares Considerar uso de materiais de apoio Avaliação nutricional	
Risco Moderado	Posicionamento frequente (pedir ajuda, se necessário) Registar se existirem alterações Vigiar as áreas de pressão, a cada posicionamento Posicionamento de 3 em 3 horas	+
Alto Risco	Restringir a posição sentado no cadeirão a menos de 2 horas Considerar uso de materiais de apoio – colchão adequado Avaliação nutricional – consultar nutricionista, se necessário Registar lateralizações e posicionamentos	+
Muito Alto Risco	Posicionamento de 2/2 ou 3/3 horas Considerar uso de materiais de apoio – colchão adequado, almofadas, dispositivos de proteção de calcanhares Reavaliação do risco com maior frequência	+

A cor associada ao **RISCO** de cada utente deve estar junto da sua unidade.

Qualquer alteração deve ser registada e comunicada à equipa de saúde!

JUNTOS VAMOS FAZER A DIFERENÇA COM AlertUPP

Bibliografia:
Direção Geral de Saúde (2011). Escala de Avaliação de Risco de Lesão por Pressão em Idosos. Orientação da Direção Geral de Saúde nº 017/DGDS de 18/05/2011. Direção Geral de Saúde.
National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Alliance. Pressure Ulcers/Injuries: Definition of Etiology, its Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries Clinical Practice Guidelines. The International Guidelines. Fourth Edition. Emily Kasper (Ed.). 2020.

**APÊNDICE XII – Identificação dos processos físicos dos utentes de
ECCI, na UCC, no âmbito do “AlertUPP”**



**APÊNDICE XIII – Material de apoio para o Sistema de Estratificação
de Risco “AlertUPP”, adaptado à UCC**



AlertUPP

REPUBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇOS DE SAÚDE ESSATLA

Avaliação da Pele

O que observar?

- Eritema não branqueável
- Descoloração da pele
- Calor ou edema de alguma zona
- Endurecimento localizado
- Flictenas

Escala de Braden

Quando avaliar?

- 1) na admissão dos utentes;
- 2) mensalmente, a cada 30 dias.

Sem Risco

Com Risco

- Alto Risco (6 a 16)**
- Baixo Risco (17 a 23)**

Ensinos aos cuidadores

IMPLEMENTAR INTERVENÇÕES PREVENTIVAS, tendo em conta:

- Mobilidade/atividade reduzida**
 - Reposicionar regularmente
 - Utilizar superfícies de apoio adequadas
- Exposição à humidade**
 - Gerir a incontinência (trocas de fraldas mais frequentes)
 - Manter a pele limpa e seca
 - Utilizar produtos de proteção cutânea
- Défice nutricional**
 - Garantir uma nutrição adequada, rica em proteínas e vitaminas
 - Utilizar suplementos, se necessário
- Desidratação**
 - Garantir uma hidratação adequada
 - Monitorizar a ingestão de líquidos

REAVALIAR O RISCO E AVALIAR A PELE E OS TECIDOS, conforme o estabelecido na instituição ou perante qualquer alteração do estado clínico/condição do utente

Qualquer alteração deve ser registada e partilhada em equipa!

JUNTOS VAMOS FAZER A DIFERENÇA COM AlertUPP

Poster elaborado por Enf. Mariana Vela, no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Bibliografia:
Direção Geral da Saúde (2011). Guia de Avaliação de Risco de Úlceras de Leito e Úlceras de Braden (2). Orientação da Direção Geral da Saúde nº 013/DGDS de 20/05/2011. Direção Geral da Saúde.
National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Pressure Ulcers/Injuries: Definition and Etiology. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guidelines: The International Guidelines. Fourth Edition. Study Number 16.1. 2015.

APÊNDICE XIV – Planos de Sessão de Educação para a Saúde



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO DO PROJETO

TEMA:	Úlceras Por Pressão: conhecer, reconhecer e prevenir		FORMADOR:	Mariana Vala e Catarina Amaro (Nutricionista da UCC)		
POPULAÇÃO ALVO:	Cuidadores Formais da USP		DURAÇÃO:	60 minutos		
LOCAL:	Sala de Formação da USP		DATA:	30 de outubro e 6 de novembro		
SESSÃO Nº:	1 e 2		HORA:	9h30		
Objetivo(s) Geral(is)	Capacitar os cuidadores formais da Unidade de Saúde Parceira para a prevenção de úlceras por pressão em pessoas com mobilidade reduzida.					
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão em pessoas com mobilidade reduzida. 2. Reconhecer sinais precoces de comprometimento da integridade cutânea, relacionados com o risco de úlceras por pressão. 3. Descrever as estratégias de prevenção recomendadas pela DGS e NPIAP/EPUAP/PPPIA. 4. Explicar a importância da nutrição adequada na manutenção da integridade cutânea e na prevenção das úlceras por pressão. 5. Analisar o papel do cuidador formal na deteção precoce e prevenção das úlceras por pressão no contexto institucional. 6. Apresentar o novo sistema de estratificação de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão "RadarUPP". 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	- Apresentação da sessão e objetivos - Contextualização da problemática das UPP	Expositivo e interrogativo	Dinâmica inicial: "O que eu sei sobre UPP?" – breve discussão em grupo	Formadores, Projetor, Computador com Microsoft PowerPoint; Tela Branca; Caneta	10 min	Avaliação Diagnóstica: Participação e Interação. Observação direta

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Conceito e fisiopatologia das UPP - Fatores de risco e grupos vulneráveis - Estratégias preventivas: avaliação de risco, posicionamentos, higiene e uso de superfícies de apoio - A nutrição como meio de prevenção de UPP - Importância do cuidador formal na prevenção e deteção precoce - Sistema de estratificação do risco de UPP "RadarUPP" 	Expositivo, interrogativo e demonstrativo (imagens e vídeos curtos)	Apresentação teórica com suporte multimédia e momentos de diálogo com o grupo.	Formadores, Projetor, Tela Branca, Computador com Microsoft, PowerPoint,	40 min	Avaliação Formativa: Participação e Interação. Observação direta
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos pontos principais - Esclarecimento de dúvidas - Conclusão da sessão 	Expositivo e interrogativo	Aplicação de questionário	Formadores, Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde; Fichas de avaliação; Canetas	10 min	Avaliação sumativa

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO DO PROJETO

TEMA:	Da observação à ação: Práticas seguras na prevenção de UPP	FORMADOR:	Mariana Vala e Parceiros			
POPULAÇÃO ALVO:	Cuidadores Formais da USP	DURAÇÃO:	120 minutos			
LOCAL:	Sala de Formação da USP	DATA:	10 e 18 de novembro			
SESSÃO Nº:	3 e 4	HORA:	9h30			
Objetivo(s) Geral(is)	Capacitar os cuidadores formais para a aplicação prática de técnicas corretas de posicionamento, mobilização e utilização de materiais de apoio, contribuindo para a prevenção eficaz das úlceras por pressão no contexto institucional.					
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aplicar corretamente as técnicas de posicionamento, garantido a segurança para o doente e para o profissional de saúde. 2) Demonstrar procedimentos de mudança de decúbito e mobilização segura. 3) Identificar e utilizar adequadamente os materiais de apoio (almofadas, colchões, talas, lençóis de transferência) e os materiais de prevenção de UPP. 4) Promover boas práticas de trabalho em equipa na prevenção das UPP. 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	- Relembrar brevemente os conceitos-chave da sessão anterior - Apresentação dos objetivos da sessão prática	Expositivo e participativo	Breve exposição	Formador, Projetor, computador, PowerPoint	15 min	Observação direta
Desenvolvimento	- Demonstração das técnicas corretas de posicionamento no leito e cadeira - Princípios de ergonomia e segurança do cuidador - Utilização prática de	Demonstrativo e participativo	Demonstração guiada pela formadora, seguida pela prática supervisionada	Formador, Projetor, Computador, PowerPoint, Cama, Almofadas.	90 min	Observação direta Avaliação formativa

	dispositivos de apoio (almofadas, colchões, lençóis de transferência, calcanheiras) - Apresentação de parceiros convidados e materiais importantes para a prevenção de UPP		dos posicionamentos efetuados pelos CF. Discussão e correção das técnicas. Apresentação de materiais pelos parceiros.	Lençóis, Materiais fornecidos por parceiros		
Conclusão	- Síntese dos principais pontos - Reforço da importância da prevenção e da continuidade da aprendizagem - Entrega de Ebook resumo e questionário final de satisfação - Conclusão da sessão	Reflexão e feedback	Debate final e entrega de certificado de participação.	Ficha de avaliação da sessão de formação para a saúde, canetas, certificados de presença.	15 min	Avaliação sumativa: questionário de satisfação

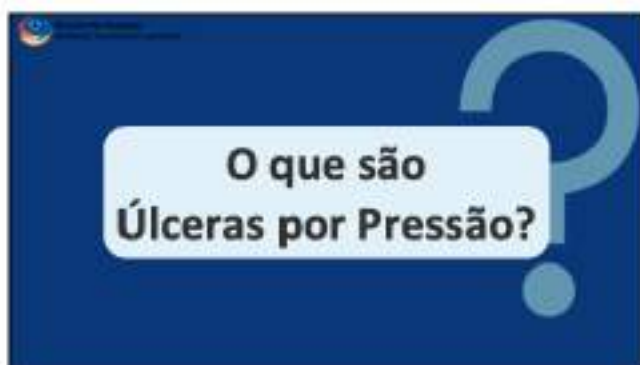
APÊNDICE XV – Sessão Formativa Teórica



1



2



3



4



5



6



7

Fatores de Risco Intrínsecos

- Imobilidade/mobilidade reduzida
- Diminuição da sensibilidade
- Incontinência urinária/fecal
- Desnutrição/Desidratação
- Capacidade de autocuidado
- Doença aguda/crónica/terminal
- Lesões prévias por pressão

(PINA, 2006)

8

Fatores de Risco Extrínsecos

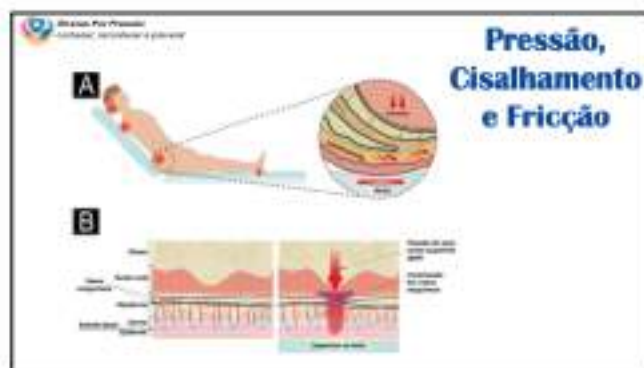
Fatores químicos

- Sabões
- Desinfetantes

Forças externas

- Pressão
- Cisalhamento
- Fricção
- Temperatura/Humidade

9



10

GRUPOS Vulneráveis

Utentes hospitalizados
Submetidos a Cirurgias
Internamentos prolongados

Residentes em Estruturas Residenciais

IDOSOS

Pessoas com deficiência mental

Habilidades conceptuais, sociais e práticas

Identificação do Risco e Capacidade de Prevenir

11

COMO?

"A maioria das UPP são evitáveis" (PINA, 2006)

12

Prevenção é primordial



- 1) Avaliação do Risco
- 2) Avaliação da Pele
- 3) Vigilância Nutricional
- 4) (Re)posicionamentos
- 5) Superfícies de apoio

13

1 Avaliação do Risco



Escala de Norton
 Escala de Cummin & Jackson
 Escala de Waterlow
 Escala de Braden

..... A utilizada na instituição

14

Alert UPP



Sistema de Estratificação de Risco

- Risco Suave (15 a 18 pontos)
- Risco Moderado (13 a 14 pontos)
- Alto Risco (10 a 12 pontos)
- Muito Alto Risco (6 a 9 pontos)

15

Sistema de Estratificação de Risco



16

Risco Suave

- Vigiar os sinais de pressão
- Posicionamentos regulares
- Considerar uso de materiais de apoio
- Avaliação nutricional

Risco Moderado

- Vigiar os sinais de pressão
- Posicionamento frequente (pedir ajuda, se necessário)
- Considerar uso de materiais de apoio
- Avaliação nutricional
- Registrar se existem alterações

17

Alto Risco

- Vigiar os sinais de pressão, e retila posicionamento
- Posicionamento de 3 em 3 horas
- Restringir a posição sentada na cadeira a menos de 2 horas
- Considerar uso de materiais de apoio – colchão adequado
- Avaliação nutricional – consultar nutricionista, se necessário
- Registrar se existem alterações
- Registrar intervenções e posicionamentos

18

Muito Alto Risco

- Vigiar os sinais de pressão, a cada posicionamento
- Posicionamento de 22 ou 30 horas
- Monitorizar a pressão arterial nos membros a risco de 2 horas
- Constituir uso de materiais de apoio – colchão adequado, almofadas, dispositivos de proteção de calcâneas
- Reposição cutânea – manter hidratada, se necessário
- Registar as exatíssimas alterações
- Realizar intervenções a posicionamento
- Reavaliação do risco com maior frequência



19

O Sistema de Estratificação de Risco ficará disponível e em utilização na vossa instituição!




20

Mobilidade vs. Imobilidade

Excesso de movimento
Forças de fricção e chafalgamento

Ausência de movimento

Risco de UPP




21

2 Avaliação da Pele

Promover a integridade da pele

Cuidados com a pele

- Prevenir a nutrição, hidratação e mobilização frequentes
- Tratamento adequado a outras doenças da pele (ex. dermatite atópica e micorribose)

Prevenção das Úlceras por Pressão



22

Avaliação regular da pele



Áreas de Risco mais vulneráveis: proeminências ósseas, cabeça, cotovelos, ombros, nádegas, calcâneas, tornozelos, sacro, joelhos, orelhas

Registar e documentar alterações de lesões que possam surgir!



23

Sinais de Risco

- Eritema não branqueável
- Flocos (coceira)
- Discoloração
- Calor/Edema
- Endurecimento localizado

Alertar a equipa de saúde!!



24

CUIDADOS COM A PELE

- Lavar e secar com uma pressão "leve"
- Usar produtos adequados
- Não massajar áreas ruborizadas
- Manter a pele seca e limpa
- Ter em atenção as rugas dos lençóis/roupa
- Remover acessórios que possam causar pressão
- Retirar migalhas ou restos de comida das superfícies de apoio
- Avaliar individualmente cada situação

25

3 Vigilância nutricional

Qual o papel da alimentação?

A nutrição tem um papel determinante na prevenção e cicatrização das UPP. A pele e os tecidos precisam de nutrientes específicos para se regenerarem — a desnutrição é um dos principais fatores de risco para o aparecimento destas lesões.

Um estado nutricional adequado = menor risco de UPP e melhor cicatrização

26

Estado	Função Principal	Alimentos de Referência
Proteína	Reparação e formação de tecido	Carnes, peixe, ovos, leite, iogurte, leguminosas
Arginina	Estimula a síntese de colágeno e a produção de elastina	Carne bovina, peru, cordeiro, castanha
Zinco	Cicatrização e defesa imunológica	Carnes, marisco, leguminosas, sementes
Vitamina C	Estimula os colágenos e a produção de elastina	Frutas cítricas, limão, pimentão, couve-flor
Vitamina E	Mantém a integridade da pele	Óleos, gema de ovo, castanha, abóbora

Água: Hidratação da Pele e transporte de nutrientes (água, sopas, leite, fruta)

27

Hidratação

A hidratação é fundamental para manter a elasticidade da pele e favorecer a circulação sanguínea. Nos idosos e doentes com diarreia, a ingestão de líquidos pode ser um desafio.

Sugestões:

- Oferecer líquidos em pequenas quantidades e várias vezes ao dia.
- Usar espessantes nos líquidos (para segurança).
- Aproveitar alimentos ricos em água: sopas, purês de fruta, iogurtes, leite, papa de fruta cozida.

28

Arginina
Aminoácido que:

- Estimula a síntese de colágeno (auxilia na cicatrização)
- Favorece o crescimento celular e a regeneração dos tecidos
- Melhora a resposta imunológica

Alimentos ricos em arginina

- ✓ Carnes magras: frango, peru, galinha, vitelo
- ✓ Peixe: salmão, atum, cavala, sardinha
- ✓ Ovos e laticínios: queijo fresco, iogurte natural, leite
- ✓ Leguminosas: feijão, grão-de-bico, lentilhas, ervilhas
- ✓ Frutas: uva e sementes: amendoim, nozes, amêndoas; sementes de abóbora, girassol e alúmen
- ✓ Cereais integrais: aveia, quinoa, trigo integral
- ✓ Soja e derivados: tofu, bebida de soja

29

Suplementação recomendada

Proteína essencial

Contém 21 aminoácidos, 9 essenciais

Algumas proteínas são consideradas essenciais para a saúde humana

Essenciais para a saúde humana:

- 1. Valina
- 2. Leucina
- 3. Isoleucina
- 4. Metionina
- 5. Fenilalanina
- 6. Treonina
- 7. Triptofano
- 8. Lisina
- 9. Metionina

Essencial para a saúde humana: 9 aminoácidos

Essencial para a saúde humana: 9 aminoácidos

30

APÊNDICE XVI – Sessão Formativa Prática



1



2



3



4



5



6

4
(Re) posicionamentos

Qual o posicionamento certo?
Com que frequência?
E que materiais?

NÃO EXISTE!

Individualizar a cada pessoa!

Condição Clínica, Mobilidade, Tolerância da pele, Superfícies de Apoio disponíveis e Conforto

7

Pessoas com agitação ou demência


Individuals with agitation or dementia

- Use judicious restraints to reduce regular repositioning for individuals who can self-reposition.
- Use pain-control non-pharmaceutical (e.g. aromatherapy, music therapy, etc.) and communication techniques to facilitate acceptance of repositioning and maintenance of pressure-relieving devices.
- Consider using movement therapy as an outlet for excess energy to reduce high frequency movement associated with agitation from usual restraint stress, increasing the risk of skin and tissue damage.

8

Indicações Gerais

- O posicionamento deve permitir que a pressão seja redistribuída;
- Evitar posicionar sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não bronqueável;
- Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de cisalhamento (usar material adequado);
- Limitar a elevação da cabeceira a 30 graus;



9

Decúbito Dorsal

Observar a pele e registrar/documentar alterações!

Garantir que os calcilões não estão em contacto com a superfície da cama!

30 - 40°



10

Decúbito Lateral

Observar a pele e registrar/documentar alterações!

Esta posição pode estar contraindicada em alguns casos, uma vez que aumenta a pressão nas proeminências ósseas.



11

Decúbito Semi-Dorsal

Observar a pele e registrar/documentar alterações!

<http://www.youtube.com/watch?v=0mU4DCqY>



12



13



14



15



16



17

Nota: A restante apresentação foi da responsabilidade dos *stakeholders* que não forneceram os seus dispositivos.



Fotografias da sessão formativa prática

APÊNDICE XVII – *Ebook* de Boas Práticas



Introdução

O que são Úlceras Por Pressão (UPP)

Escaras

Feridas de decúbito

Lesões por pressão



"danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre proeminências ósseas ou áreas expostas ao contato com dispositivos médicos, e resultam da pressão prolongada ou da sua combinação com forças de fricção e cisalhamento"

"...problema de saúde pública e um indicador da qualidade das cuidados prestados"

ZONAS DE MAIOR RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO



Área de Saúde Pública - Unidade de Saúde Comunitária

Introdução

Epidemiologia

A nível mundial, a prevalência de UPP situa-se entre os 6% e 18,5% (Tuboihsat et al. 2018 citado por Sun et al., 2024).

Na Europa, os dados apresentam variações relevantes entre países e contextos. Moore e colaboradores (2019) referem uma prevalência média de 10,8%, enquanto García-Sánchez e colaboradores (2019) apontam para uma média de 13,7%, com variações entre os 4,6% e 27,2% entre os países europeus.

PORTUGAL

Os dados disponíveis são escassos e, na sua maioria, resultam de investigações em contextos académicos, não são estudos de dados específicos ao nível das unidades residenciais para pessoas idosas e serviços de apoio domiciliário, nem falam ao nível das diferentes regiões.

Área de Saúde Pública - Unidade de Saúde Comunitária

Grupos vulneráveis

Os idosos são particularmente suscetíveis para o desenvolvimento de UPP, devido às alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, de exemplo a **vulnerabilidade cutânea** (Salay et al., 2024). Os mesmos autores referem **também a mobilidade reduzida, a diminuição da sensibilidade, a má circulação e a absorção nutricional deficiente** como fatores que estão subjacentes ao risco inerente de desenvolvimento de UPP nesta população.



Pessoas com deficiência mental

"... caracterizada por limitações significativas a nível do funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo..." (AACD, 2025)

...podem não conseguir executar um conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas que são geralmente adotadas no dia-a-dia e identificar o risco de desenvolvimento de lesões por parte das próprias!

Área de Saúde Pública - Unidade de Saúde Comunitária

Pressão, Cisalhamento e Fricção

O que são?



- **Pressão** - força vertical que ocorre num ângulo de 90° (faz com que longos períodos de partes moles comprimidas sobre as proeminências ósseas e superfícies externas, ocorra oclusão microvascular com isquemia focal e posterior hipoxia).
- **Cisalhamento** - forças paralelas que ocorrem no interior dos tecidos. Contribuem para a lesão por pressão mas não são causa direta.
- **Fricção** - A resistência que surge entre superfícies (contra a cama, a roupa da cama, etc).

O conjunto destas 3 forças contribuídas aumenta a possibilidade de pessoas desenvolver uma UPP!

Área de Saúde Pública - Unidade de Saúde Comunitária

Fatores de risco

Para além dos mecanismos fisiológicos, o desenvolvimento de LPP está intimamente associado à presença de diversos fatores de risco. Estes podem dividir-se entre os Fatores Intrínsecos e Extrínsecos (Gaspar, 2021; NPIAP/EPLIAP/PPPIA, 2025).

Intrínsecos

- Imobilidade/mobilidade reduzida
- Diminuição da sensibilidade
- Incontinência urinária/fecal
- Desnutrição/desidratação
- Capacidade de autocuidado
- Doença aguda/crónica/terminal
- Lesões prévias por pressão



Extrínsecos

Fatores químicos
Sabões
Desinfetantes

Forças externas
Pressão
Cisalhamento
Fricção
Temperatura/Humidade



Univas Por Pessoa: ensinar, desenvolver e crescer

Prevenção é PRIMORDIAL!

A prevenção deve começar com uma avaliação de risco dos utentes, através da escala que se encontrar disponível na instituição, identificando os utentes com maior risco (Gaspar, 2021). Não menos importante é avaliação da pele e dos tecidos, a realização de (re)posicionamentos e mobilizações precoces, a vigilância nutricional e a utilização de superfícies de apoio (NPIAP/EPLIAP/PPPIA, 2025).

Existem 5 pilares da prevenção:



Univas Por Pessoa: ensinar, desenvolver e crescer

Capítulo 1

Avaliação do Risco



Univas Por Pessoa: ensinar, desenvolver e crescer

Capítulo 1

Avaliação do Risco

A identificação precoce de pessoas vulneráveis ao desenvolvimento de LPP torna-se primordial, considerando a observação dos fatores de risco existentes, para posteriormente se adequarem as medidas de prevenção e garantir uma melhoria contínua da qualidade das cuidadas (Carro et al., 2025).

Existem várias escalas de avaliação...

- Escala de Norton
- Escala de Cunnin & Jackson
- Escala de Waterlow
- Escala de Braden

Utilizado na instituição!



Univas Por Pessoa: ensinar, desenvolver e crescer

Escala de Braden

Esta escala avalia 6 dimensões da pessoa: a percepção sensorial, a humidade, a atividade, a mobilidade, a nutrição e forças de fricção de deslizamento.

Percepção sensorial	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Forças de fricção de deslizamento	Humidade
1. Percepção sensorial A pessoa percebe a temperatura, a dor, a pressão e o toque? 1. Não percebe nada 2. Percebe tudo	1. Atividade A pessoa consegue levantar-se sem ajuda? 1. Não consegue levantar-se sem ajuda 2. Consegue levantar-se com ajuda	1. Mobilidade A pessoa consegue mudar de posição sem ajuda? 1. Não consegue mudar de posição sem ajuda 2. Consegue mudar de posição com ajuda	1. Nutrição A pessoa consegue ingerir alimentos e líquidos suficientes? 1. Não consegue ingerir alimentos e líquidos suficientes 2. Consegue ingerir alimentos e líquidos suficientes	1. Forças de fricção de deslizamento A pessoa consegue mudar de posição sem ajuda? 1. Não consegue mudar de posição sem ajuda 2. Consegue mudar de posição com ajuda	1. Humidade A pessoa consegue manter a pele seca? 1. Não consegue manter a pele seca 2. Consegue manter a pele seca

Conforme a pontuação que seja obtida, é determinado o risco. Quanto mais baixa for a pontuação, maior o risco que a pessoa apresenta.

Avaliação do Risco

Assim, e após ser avaliado o risco em todas as residentes através da Escala de Braden, foi criado um sistema de estratificação de risco, com cores, que identifica o risco de adquirir uma UPP e quais as intervenções adequadas a cada um dos níveis, consoante a cor que está identificada.



Risco Suave (15 a 18 pontos)

Risco Moderado (13 a 14 pontos)

Alto Risco (10 a 12 pontos)

Muito Alto Risco (6 a 9 pontos)

Intervenções sugeridas

Risco Suave

1 Vigiar as áreas de pressão

Posicionamentos regulares

Considerar uso de materiais de apoio

Avaliação nutricional

Risco Moderado

2 Vigiar as áreas de pressão

Posicionamento frequente (pedir ajuda, se necessário)

Considerar uso de materiais de apoio

Avaliação nutricional

Registar se existirem alterações

Intervenções sugeridas

Alto Risco

3 Vigiar as áreas de pressão, a cada posicionamento

Posicionamento de 5 em 5 horas

Restringir a posição sentada no cadeirão a menos de 2 horas

Considerar uso de materiais de apoio - colchão adequado

Avaliação nutricional - consultar nutricionista, se necessário

Registar se existirem alterações

Registar intervenções e posicionamentos

Muito Alto Risco

4 Vigiar as áreas de pressão, a cada posicionamento

Posicionamento de 2/2 ou 3/3 horas

Restringir a posição sentada no cadeirão a menos de 1 hora

Considerar uso de materiais de apoio - colchão adequado, almofadas, dispositivos de proteção do calcanhar

Avaliação nutricional - consultar nutricionista, se necessário

Registar se existirem alterações

Registar intervenções e posicionamentos

Reavaliação do risco com maior frequência

Capítulo 2

Avaliação da Pele



Unidade Para Pessoas com Limitações de Mobilidade

Capítulo 2

Avaliação da Pele

Promover a integridade da pele e manter a sua saúde é o primeiro passo para prevenir as UPP

Para isso....

- Avaliar regularmente a pele;
- Promover a nutrição, hidratação e mobilização frequentes;
- Promover um tratamento adequado a outras doenças da pele (exemplo: dermatite associada à incontinência).

É fundamental observar as áreas mais vulneráveis e que apresentam maior risco...



proeminências ósseas, cabeça, cotovelos, ombros, nádegas, calcanhares, tornozelos, sacro, joelhos, anéis

Unidade Para Pessoas com Limitações de Mobilidade

Capítulo 2

Sinais de Risco



Eritema não branqueável (rubor na pele)



Flictenas (bolhas)

Descoloração da pele
Calor ou Edema (Inchaço) no local
Endurecimento localizado

DEVE SEMPRE REGISTRAR E DOCUMENTAR QUALQUER ALTERAÇÃO, ASSIM COMO ALERTAR A EQUIPA DE SAÚDE!

Unidade Para Pessoas com Limitações de Mobilidade

Capítulo 2

Cuidados com a Pele

- Manter a pele seca e limpa
- Usar produtos adequados
- Lavar e secar com uma pressão "leve"
- Não massajar áreas ruborizadas
- Remover acessórios que possam causar pressão
- Ter em atenção as rugas das lençóis/roupa
- Retirar migalhas ou restos de comida das superfícies de apoio
- Avaliar individualmente cada situação



Unidade Para Pessoas com Limitações de Mobilidade

Capítulo 3

Vigilância Nutricional



União Por Pessoas
unidade, participação e prevenção

Capítulo 3

Vigilância nutricional



A nutrição tem um papel determinante na prevenção e cicatrização das UPP.

A pele e os tecidos precisam de nutrientes específicos para se regenerarem e a desnutrição é um dos principais fatores de risco para o aparecimento destas lesões.

Um estado nutricional adequado significa um menor risco de UPP e uma cicatrização mais breve!

União Por Pessoas
unidade, participação e prevenção

Capítulo 3

Vigilância nutricional

A hidratação...



A hidratação é fundamental para manter a elasticidade da pele e favorecer a circulação sanguínea. Nos idosos e doentes com dislalia, a ingestão de líquidos pode ser um desafio.

Sugestões

- Oferecer líquidos em pequenas quantidades e várias vezes ao dia.
- Usar espessantes nos líquidos (para segurança).
- Aproveitar alimentos ricos em água: sopas, purês de fruta, iogurtes, leite, papa de fruta cozida.



A água, para além da hidratação da pele, é responsável pelo transporte de **nutrientes**.

União Por Pessoas
unidade, participação e prevenção

Capítulo 3

Vigilância nutricional

Os nutrientes...

Nutriente	Função Principal	Exemplos de Alimentos
Proteína	Reparação e formação de tecidos	Carne, peixe, ovos, leite, iogurte, leguminosas
Arginina	Estimula a cicatrização e a produção de colagénio	Ver leite na página 41 da
Zinco	Cicatrização e defesa imunológica	Carne, marisco, leguminosas, sementes
Vitamina C	Síntese de colagénio e proteção celular	Frutas cítricas, limão, pimentão, couves
Vitamina A	Manutenção da integridade da pele	Fígado, gema de ovo, cenoura, abóbora

Todos os nutrientes são fundamentais para o dia-a-dia da pessoa!

União Por Pessoas
unidade, participação e prevenção

Vigilância nutricional

Capítulo 3

Arginina, é um aminoácido que....



- Estimula a síntese de colágeno (essencial à cicatrização)
- Melhora a resposta imunitária
- Favorece o crescimento celular e a regeneração dos tecidos

Alimentos ricos em arginina

- **Carnes magras:** frango, peru, porco, vitela
- **Peixe:** salmão, atum, sardinha, bacalhau
- **Ovos e laticínios:** queijo fresco, iogurte natural, leite
- **Leguminosas:** feijão, grão-de-bico, lentilhas, ervilhas
- **Frutas secas e sementes:** amendoim, nozes, amêndoas, sementes de abóbora, girassol e sésamo
- **Cereais integrais:** aveia, quinoa, trigo integral
- **Soja e derivados:** tofu, bebida de soja

União Por Pessoas
unidade. diversidade. equilíbrio

Vigilância nutricional

Capítulo 3

Situações a ter atenção

Disfagia

- Adaptar a textura (purê/dieta pastosa)
- Manter o valor nutricional (leite em pó, ovo cozido esmagado, azeite cru)
- Utilizar espessantes para líquidos, garantido uma hidratação segura

Recusa alimentar

- Reforçar a densidade calórica e proteica dos alimentos
- Usar estratégias simples: sopas enriquecidas, purês com azeite, leite fortificado, sobremesas lácteas proteicas

União Por Pessoas
unidade. diversidade. equilíbrio

Capítulo 4

(Re)Posicionamentos



União Por Pessoas
unidade. diversidade. equilíbrio

(Re)Posicionamentos

A causa subjacente das UPP é multifacetada, no entanto, por definição, as úlceras por pressão não se formam sem a atuação de carga mecânica sobre os tecidos. Ou seja, **períodos prolongados de repouso deitado ou sentado sobre uma determinada parte do corpo, sem redistribuição da pressão, levam à deformação dos tecidos e, em última instância, se os limites de dano forem ultrapassados, a danos teciduais na forma de uma UPP.** O reposicionamento e a mobilização são medidas preventivas essenciais para reduzir a ocorrência de UPP.



União Por Pessoas
unidade. diversidade. equilíbrio

(Re)Posicionamentos

É boa prática **individualizar** o plano de reposicionamento com base no estado clínico, mobilidade, tolerância da pele, superfície de apoio e conforto do paciente.

Portanto, **não existe um posicionamento mais certo do que outro**, ou uma frequência standard. Quer os posicionamentos, a frequência da mudança dos mesmos e os materiais de apoio utilizados devem ser decididos tendo em conta a pessoa em questão.

Ainda assim, a EPUAP define que os reposicionamentos devem ser efetuados a cada duas ou três horas, nas pessoas que apresentam risco de UPP.



(Re)Posicionamentos

Princípios gerais

- O posicionamento deve permitir que a pressão seja redistribuída;
- Evitar posicionar sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável (rubor);
- Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de cisalhamento (usar material adequado);
- Limitar a elevação da cabeça a 30 graus;
- Reavaliar a frequência e o tipo de posicionamento se começarem a surgir sinais de alerta na avaliação da pele que sugiram uma UPP



(Re)Posicionamentos

Principais posicionamentos

Decúbito Dorsal



A cabeça do cama não deve estar mais elevada que os 30-40°. É importante que os calcanhais não fiquem em contacto com a superfície do cama!

Decúbito Lateral



Esta posição pode estar contraindicada em alguns casos, dada que a pressão sobre as proeminências ósseas fica mais elevada.



(Re)Posicionamentos

Principais posicionamentos

Decúbito Semi-Dorsal



Na reposicionar indivíduos nesta posição, certifique-se de que outras proeminências corporais (por exemplo, entre os joelhos, calcanhais e tornozelos) também sejam aliviadas com o uso de materiais de apoio apropriados.

Pode ser necessário utilizar materiais de apoio (como almofadas) para auxiliar a pessoa a manter a posição.



Capítulo 5

Superfícies de apoio



União Por Pressão
ambientes, mobilidade e prevenção

Superfícies de Apoio

As superfícies de apoio são superfícies de suporte como **colchões, sobrecolchões e sistemas integrados especializados** projetados para redistribuir a pressão, reduzir o atrito e o cisalhamento, assim como auxiliar no controle do microclima - fatores responsáveis pelo desenvolvimento das LPP.

A redistribuição da pressão é alcançada por meio das capacidades de **amplificação e inibição**.
Além disso, algumas superfícies de apoio possuem características que permitem o **controle do microclima**, que se refere ao controle da humidade na interface entre o indivíduo e a superfície de suporte.



Ampliação é a capacidade de reduzir a pressão localizada na superfície de apoio.



Inibição é a capacidade de amplificar a pressão distribuída sobre a superfície de apoio.

Superfícies de Apoio

Ao selecionar ou montar o colchão, sobrecolchão ou superfície de apoio integrada para cama, é uma boa prática considerar as seguintes fatores:

- Risco geral de úlceras por pressão
- Resposta da pele e dos tecidos
- Necessidades de independência, mobilidade e atividade
- Postura e posição de dormir e seus efeitos na redistribuição da pressão
- Necessidade de controle do microclima e recursos de redução do cisalhamento
- Preferências e objetivos de cuidado.



IMPORANTE

Reavaliar regularmente a adequação da superfície de apoio de corpo inteiro selecionada à medida que a condição clínica do indivíduo se altera.

Superfícies de Apoio

O que não está recomendado

- Não usar superfícies em forma de anel ou donut
- Não usar material de gel (má gestão do microclima)
- Não usar material de espuma recortada (pontos de maior pressão)

Sempre que surgir alguma dúvida, deve ser exposta à **equipa de saúde da instituição** e, em conjunto, deve ser tomada uma decisão quanto à superfície de apoio mais adequada à situação em questão.



Conclusão

Mensagens-chave



Universidade do Estado de Pernambuco - Universidade Agostinho Gomes

“95% das úlceras de pressão são evitáveis!”

Qual o nosso papel?

Universidade do Estado de Pernambuco - Universidade Agostinho Gomes

Mensagens-chave

Os cuidadores formais e a prevenção de UPP

Os cuidadores formais assumem um papel central no bem estar das pessoas de quem cuidam, sendo frequentemente o **elo de ligação** entre a pessoa, a equipe de saúde e as familiares.

Assim, os cuidadores formais podem, através da prestação de cuidados e da **vigilância** constante, **identificar precocemente sinais de risco** e serem determinantes na prevenção de UPP e na obtenção de melhores resultados em saúde (Carro et al., 2023).



Esta identificação pode ser essencial na qualidade de vida das pessoas!

Universidade do Estado de Pernambuco - Universidade Agostinho Gomes

Mensagens-chave

Prevenção de UPP

As UPP são lesões na pele, que podem atingir várias categorias e **têm um grande impacto na vida das pessoas!** Contudo, existem fatores de risco que podem ser modificáveis ou diminuídos, como as forças de **pressão, fricção e cisalhamento**.

A maioria das UPP são evitáveis e existem **5 pilares** fundamentais neste processo:

- A **identificação de risco** de cada pessoa, de forma a adequar estratégias
- O **cuidado da pele** e a identificação precoce de sinais de alerta
- A **avaliação nutricional**, dado que os nutrientes são fundamentais para uma cicatrização mais eficaz
- Os **posicionamentos** certos e com a frequência adequada a cada pessoa e à sua condição de saúde, são essenciais
- As **superfícies de apoio** podem fazer totalmente a diferença na prevenção de UPP, quando utilizadas adequadamente

Universidade do Estado de Pernambuco - Universidade Agostinho Gomes

APÊNDICE XVIII – Comunicação Oral do Congresso ELO



Formar para Cuidar
O desafio das crianças por pressão em contexto familiar

Parceiros com a ELO

Parceiro de **Braden**

Parceiro de **HydralyCare**

Parceiro de **IBOIS** de "boas práticas"

2 sessões práticas

2 sessões práticas

ICC Universidade de São Paulo

ENESP Escola de Enfermagem de São Paulo

Sessão de Tertulão

Obrigada!

ELO Escola de Enfermagem de São Paulo

QR code

APÊNDICE XIX – Divulgação nas Redes Sociais da UCC

20 de novembro às 05:00 · 🌐

📍 20 de novembro | Dia Mundial da Prevenção das Úlceras por Pressão

A Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], assinala este dia reforçando a importância da prevenção das Úlceras por Pressão (UPP), uma complicação evitável, mas que continua a afetar milhares de pessoas em situação de dependência ou mobilidade reduzida.

As UPP têm impacto profundo na qualidade de vida, no bem-estar físico e emocional, e na autonomia das pessoas. A prevenção é, por isso, uma prioridade de saúde e um compromisso de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

👉 Prevenir é o melhor tratamento.

Através de:

- ✓ Mudanças posturais regulares
- ✓ Avaliação precoce do risco
- ✓ Cuidados adequados de hidratação e nutrição
- ✓ Observação diária da pele
- ✓ Utilização de superfícies de alívio de pressão

Agradecemos a toda a nossa equipa, em particular aos estudantes envolvidos na dinamização desta data comemorativa, pelo compromisso, rigor e dedicação contínua à promoção da segurança e dignidade das pessoas.

👉 Prevenir começa com um pequeno gesto.

#diamundialUPP #STOPUP #segurançaDoUtente [REDACTED]



GOVERNO DE PORTUGAL SNS [REDACTED] ESSATLA

20 DE NOVEMBRO

STOP

UPP'S

DIA MUNDIAL DA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Realizado por:
Enfermeira Glória Rêgo; Enfermeira Vanessa Silva; Enfermeira Mestranda Mariana Vela (ESSATLA); Estudantes de Enfermagem (Luísa Silva TESTE)

Alert UPP

APÊNDICE XX – Comemoração do Dia STOP UPP



Poster ilustrativo realizado para o dia de Comemoração STOP UPP, com o objetivo de sensibilizar para a temática de prevenção de UPP



Fotografias ilustrativas das atividades desenvolvidas na UCC para comemoração do Dia STOP UPP e sensibilização da problemática para a prevenção das UPP.

**APÊNDICE XXI – Email direcionado à ULS no âmbito da divulgação
do projeto e sensibilização da temática**



APÊNDICE XXII – Cronograma do projeto

		Maio	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Diagnóstico de Situação		■								
Identificação de Necessidades				■						
Definição de Prioridades				■						
Fixação de Objetivos					■					
Seleção de estratégias					■					
Elaboração do Projeto de Intervenção				■						
Implementação do Projeto de Intervenção Comunitária	Reunião com a USPC		■		■			■		
	Reunião com <i>stakeholders</i>		■		■			■		
	Apresentação do projeto à equipa da UCC				■					
	Avaliação do risco de UPP através da escala de Braden					■				
	Implementação do sistema de estratificação de risco na USPC					■				
	Elaboração de instrumentos de apoio para suporte teórico				■					
	Realização das sessões de formação teóricas e práticas					■				
	Dia STOP UPP – Sensibilização para a prevenção de UPP						■			
	Entrega do Ebook de Boas Práticas							■		
Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária								■		
Apresentação dos resultados do projeto à UCC/USP								■		
Divulgação do Projeto										■

Cronograma que espelha a organização e planificação de todas as etapas de planeamento, bem como as atividades efetuadas.

**APÊNDICE XXIII – Grelhas de observação da sessão formativa
prática**



Formar para Cuidar: O desafio das Úlceras por Pressão em contexto institucional

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA SESSÃO PRÁTICA
Técnicas de Posicionamento

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Posicionou corretamente a pessoa		
Aplicou os materiais de apoio para prevenção das UPP		
Manteve a postura corporal aquando os posicionamentos		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Posicionou corretamente a pessoa		
Aplicou os materiais de apoio para prevenção das UPP		
Manteve a postura corporal aquando os posicionamentos		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Posicionou corretamente a pessoa		
Aplicou os materiais de apoio para prevenção das UPP		
Manteve a postura corporal aquando os posicionamentos		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Posicionou corretamente a pessoa		
Aplicou os materiais de apoio para prevenção das UPP		
Manteve a postura corporal aquando os posicionamentos		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Posicionou corretamente a pessoa		
Aplicou os materiais de apoio para prevenção das UPP		
Manteve a postura corporal aquando os posicionamentos		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Posicionou corretamente a pessoa		
Aplicou os materiais de apoio para prevenção das UPP		
Manteve a postura corporal aquando os posicionamentos		



"Formar para Cuidar: O desafio das Úlceras por Pressão em contexto institucional"

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA SESSÃO PRÁTICA
Técnicas de Transferências

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Transferiu corretamente a pessoa		
Manteve a postura corporal durante a transferência		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Transferiu corretamente a pessoa		
Manteve a postura corporal durante a transferência		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Transferiu corretamente a pessoa		
Manteve a postura corporal durante a transferência		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Transferiu corretamente a pessoa		
Manteve a postura corporal durante a transferência		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Transferiu corretamente a pessoa		
Manteve a postura corporal durante a transferência		

CUIDADOR FORMAL:

	Sim	Não
Identificou as zonas de pressão		
Transferiu corretamente a pessoa		
Manteve a postura corporal durante a transferência		

APÊNDICE XXIV – Questionários de Satisfação



"Formar para Cuidar: O desafio das Úlceras por Pressão em contexto institucional"

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
Úlceras por Pressão: conhecer, reconhecer e prevenir

Este questionário tem como finalidade avaliar a qualidade global da sessão de formação e o desempenho do(s) formador(es), de modo a promover a melhoria contínua dos processos educativos. A participação é voluntária e anónima, e todas as respostas serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas exclusivamente para fins pedagógicos e de avaliação interna da qualidade.

Assinale com um "X" o grau da sua concordância com cada afirmação, de acordo com a seguinte escala: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente

Avaliação da Formação

	1	2	3	4	5
Os objetivos da formação foram claramente definidos.					
Os conteúdos abordados foram pertinentes, atuais e adequados às minhas necessidades.					
As metodologias utilizadas favoreceram a aprendizagem.					
A duração da sessão foi adequada ao tema.					
A carga horária total foi suficiente para o aprofundamento do tema.					
Os recursos utilizados (materiais, apresentações, etc) foram adequados à formação.					
A formação contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.					

Avaliação do(s) Formador(es)

	1	2	3	4	5
O(s) formador(es) demonstrou(aram) domínio sobre os temas abordados.					
A comunicação do(s) formador(es) foi clara, objetiva e adequada ao público-alvo.					
O(s) formador(es) incentivou(aram) a participação.					
O(s) formador(es) demonstrou(aram) disponibilidade para esclarecer as dúvidas dos participantes.					
O formador estimulou a reflexão sobre a prática profissional.					

Assinale com um "X" a afirmação que considera concordante com o seu nível de satisfação.

Avaliação Global

Não estou satisfeito(a) com esta formação.	
Estou satisfeito(a) com esta formação.	
Estou muito satisfeito(a) com esta formação.	

Obrigada pela sua participação!



"Formar para Cuidar: O desafio das Úlceras por Pressão em contexto institucional"

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
Da observação à ação: Práticas seguras na prevenção de UPP

Este questionário tem como finalidade avaliar a qualidade global da sessão de formação e o desempenho do(s) formador(es), de modo a promover a melhoria contínua dos processos educativos. A participação é voluntária e anónima, e todas as respostas serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas exclusivamente para fins pedagógicos e de avaliação interna da qualidade.

Assinale com um "X" o grau da sua concordância com cada afirmação, de acordo com a seguinte escala: 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente

Avaliação da Formação

	1	2	3	4	5
Os objetivos da formação foram claramente definidos.					
Os conteúdos abordados foram pertinentes, atuais e adequados às minhas necessidades.					
As metodologias utilizadas favoreceram a aprendizagem.					
A sessão prática foi importante para o desenvolvimento das minhas competências.					
A carga horária total foi suficiente para o aprofundamento do tema.					
Os recursos utilizados (materiais, apresentações, etc) foram adequados à formação.					
A formação contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.					

Avaliação do(s) Formador(es)

	1	2	3	4	5
O(s) formador(es) demonstrou(aram) domínio sobre os temas abordados.					
A comunicação do(s) formador(es) foi clara, objetiva e adequada ao público-alvo.					
O(s) formador(es) incentivou(aram) a participação.					
O(s) formador(es) demonstrou(aram) disponibilidade para esclarecer as dúvidas dos participantes.					
O(s) formador(es) estimulou(aram) a reflexão sobre a prática profissional.					

Assinale com um "X" a afirmação que considera concordante com o seu nível de satisfação.

Avaliação Global

Não estou satisfeito(a) com esta formação.	
Estou satisfeito(a) com esta formação.	
Estou muito satisfeito(a) com esta formação.	

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE XXV – Análise do nível de satisfação dos formandos

Resultados da avaliação do grau de satisfação dos formandos nas sessões formativas teóricas e práticas

A avaliação do grau de satisfação dos participantes foi realizada com o objetivo de analisar a perceção dos CF relativamente à qualidade, pertinência e aplicabilidade das sessões formativas desenvolvidas no âmbito do projeto. Para o efeito, foi aplicado um instrumento de avaliação baseado numa escala tipo *Likert*, de 1 a 5, em que 1 correspondia a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”. A avaliação da formação foi dividida em três módulos, com a avaliação da formação, a avaliação dos formadores e, por último, a avaliação global.

Na sessão formativa teórica participaram 29 indivíduos (CF, direção técnica, assistente social, e outros), enquanto na sessão formativa prática estiveram presentes 24 participantes. De um modo geral, os resultados evidenciam um elevado nível de satisfação global, verificando-se uma apreciação muito positiva relativamente à pertinência da temática abordada, à clareza e adequação dos conteúdos apresentados, bem como à utilidade da formação para a melhoria da prestação de cuidados no contexto institucional.

Avaliação da Formação Teórica

	1	2	3	4	5
Os objetivos da formação foram claramente definidos.	0	0	0	5	24
Os conteúdos abordados foram pertinentes, atuais e adequados às minhas necessidades.	0	0	0	4	25
As metodologias utilizadas favoreceram a aprendizagem.	0	0	0	4	25
A duração da sessão foi adequada ao tema.	0	0	0	4	25
A carga horária total foi suficiente para o aprofundamento do tema.	0	0	0	5	24
Os recursos utilizados (materiais, apresentações, etc) foram adequados à formação.	0	0	1	5	23
A formação contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.	0	0	2	5	22

Avaliação dos Formadores na Sessão Teórica

	1	2	3	4	5
O(s) formador(es) demonstrou(aram) domínio sobre os temas abordados.	0	0	0	2	27
A comunicação do(s) formador(es) foi clara, objetiva e adequada ao público-alvo.	0	0	0	3	26
O(s) formador(es) incentivou(aram) a participação.	0	0	0	4	25
O(s) formador(es) demonstrou(aram) disponibilidade para esclarecer as dúvidas dos participantes.	0	0	0	0	29
O(s) formador(es) estimulou(aram) a reflexão sobre a prática profissional.	0	0	0	2	27

Avaliação Global da Sessão Teórica

Não estou satisfeito(a) com esta formação.	0
Estou satisfeito(a) com esta formação.	2
Estou muito satisfeito(a) com esta formação.	27

Relativamente à sessão formativa teórica, os resultados evidenciam um elevado grau de satisfação global por parte dos participantes, verificando-se níveis de concordância muito elevados em todos os parâmetros avaliados. Os participantes reconheceram a pertinência da temática abordada para a sua prática profissional, destacando a clareza da exposição, a adequação dos conteúdos às suas necessidades e a relevância dos conhecimentos adquiridos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Estes resultados sugerem que a sessão contribuiu de forma significativa para o reforço da literacia em saúde e para a sensibilização dos participantes relativamente à prevenção das UPP, evidenciando a adequação das estratégias pedagógicas utilizadas.

Avaliação da Formação Prática

	1	2	3	4	5
Os objetivos da formação foram claramente definidos.	0	0	0	0	24
Os conteúdos abordados foram pertinentes, atuais e adequados às minhas necessidades.	0	0	0	1	23
As metodologias utilizadas favoreceram a aprendizagem.	0	0	0	1	23
A sessão prática foi importante para o desenvolvimento das minhas competências.	0	0	0	0	24
A carga horária total foi suficiente para o aprofundamento do tema.	0	0	0	7	17
Os recursos utilizados (materiais, apresentações, etc) foram adequados à formação.	0	0	0	1	23
A formação contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.	0	0	0	1	23

Avaliação dos Formadores na Sessão Prática

	1	2	3	4	5
O(s) formador(es) demonstrou(aram) domínio sobre os temas abordados.	0	0	0	1	23
A comunicação do(s) formador(es) foi clara, objetiva e adequada ao público-alvo.	0	0	0	1	23
O(s) formador(es) incentivou(aram) a participação.	0	0	0	0	24
O(s) formador(es) demonstrou(aram) disponibilidade para esclarecer as dúvidas dos participantes.	0	0	0	0	24

O(s) formador(es) estimulou(aram) a reflexão sobre a prática profissional.	0	0	0	2	22
---	---	---	---	---	----

Avaliação Global da Sessão Prática

Não estou satisfeito(a) com esta formação.	0
Estou satisfeito(a) com esta formação.	0
Estou muito satisfeito(a) com esta formação.	24

No que se refere à sessão formativa prática, os resultados demonstram igualmente níveis muito elevados de satisfação, particularmente no que respeita à utilidade da formação para o desenvolvimento de competências técnicas e à aplicabilidade dos conteúdos no contexto real de cuidados. Os participantes valorizaram a componente demonstrativa e o treino supervisionado das técnicas de posicionamento, mobilização e utilização de materiais de apoio, reconhecendo a importância da aprendizagem prática na consolidação dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos. É de ressaltar que todos os participantes se manifestaram “muito satisfeitos(as)” com esta sessão. Estes resultados evidenciam que a abordagem formativa centrada no treino contribuiu para aumentar a confiança dos cuidadores na execução dos cuidados e para promover práticas mais seguras.

De forma global, os elevados níveis de satisfação registados em ambas as sessões reforçam a pertinência da intervenção formativa implementada, evidenciando a sua adequação às necessidades da população-alvo e o seu contributo para a capacitação dos CF, com impacto potencial na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

APÊNDICE XXVI – *Feedback* da USPC acerca do projeto realizado

Exmos. Senhores,

Cara Enfermeira Mariana Vala,

O nosso Muito Obrigado pela sua entrega e dedicação a um tema tão importante.

A realização do projeto sobre Úlceras de Pressão, preconizado pela Enfermeira Mariana Vala, foi a concretização de um objetivo muito ambicionado para os Recursos Humanos da [REDACTED], uma vez que esta é uma temática muito importante no desenvolvimento do nosso trabalho diário e na prestação de um serviço com qualidade.

A Enfermeira Mariana Vala revelou-se uma pessoa extremamente empática e disponível, quer na partilha do seu conhecimento, quer na entrega com que se apresentou aos nossos colaboradores e utentes, na ambição de transmitir o máximo possível da teoria e da prática no que se refere a este assunto tão sensível como são as Úlceras de Pressão.

A realidade institucional é muitas vezes questionada pelo serviço prestado, e uma das formas que temos de medir essa qualidade é através das condições de vida e de saúde em que os nossos utentes vivem e se apresentam. A saúde dos nossos residentes é um aspeto crucial das suas vidas e da realidade institucional, sendo absolutamente crucial para avaliar o serviço de excelência que aqui se pode prestar e permitindo que a qualidade de vida dos nossos utentes seja excecional.

As Úlceras de Pressão são e podem ser na sua existência ou inexistência, uma expressão da qualidade do serviço prestado aos nossos utentes, sendo que a sua inexistência é a maior expressividade da saúde e do bem-estar de alguns dos nossos utentes.

Felizmente, a longevidade da população residente é cada vez maior, no entanto, embora esta signifique um envelhecimento mais tardio, este é mais agressivo, em termos de deterioração das condições de saúde e de vida dos nossos utentes, quer no que respeita às competências sociais e mentais, quer no que respeita às capacidades físicas e de autonomia, dos residentes.

Na realização do projeto com a Enfermeira Mariana V. todos estes pontos foram abordados, nomeadamente, em como uma população já de si frágil no que respeita às suas capacidades cognitivas e mentais, pode tornar-se ainda mais frágil com a deterioração da autonomia e do corpo, e agravar com a prevalência de Úlceras de Pressão todo o processo.

Neste âmbito o projeto é avaliado como Excelente e a criação deste Ebook UPP é uma ferramenta extraordinária, com extrema utilidade no âmbito da nossa intervenção diária e a sua disseminação por todos os colaboradores revelou-se uma mais-valia.

Desde já os nossos maiores agradecimentos pela forma extraordinária como todo o estágio e intervenção decorreu.

Com os melhores cumprimentos, disponíveis para esclarecimentos adicionais.

APÊNDICE XXVII – Diplomas e/ou Certificados



Certificado

Certifica-se que,
Mariana Alexandra Santos Vala

esteve presente no *1º Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga – Diversidade no Conhecimento, Unidade no Propósito*, que decorreu nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2025, no Cineteatro António Lamoso em Santa Maria da Feira.


Enf. Especialista Andreia Silva
Presidente da Comissão Organizadora


Enf. Especialista André Filipe Ribeiro
Presidente da Comissão Científica



Certificado

Certifica-se que

Mariana Vala

Expsô o abstract com o título *As aplicações móveis na adesão terapêutica dos adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1* na forma de Poster inserido no VI Congresso Internacional *Enfermagem de Saúde Familiar* que decorreu em formato híbrido nos dias 29, 30 e 31 de maio de 2025.

Autores: Mariana Vala ¹), Ana Vicente ²), Paulo Aguiarinho ^{3,4}), Susana Valido ^{4,5}), Ricardo Sousa Mestre ⁶)
1 - Hospital Beirão Ângelo; 2 - Escola Superior de Saúde Alameda; 3 - Hospital GUP Tejo; 4 - RISE - Health, Porto University, Porto, Portugal; 5 - (CIDNUR) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal;


SPESP - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Rua de Marquês nº 118, 2º Dt
4450-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar



Declaração

Para os fins convenientes se declara que **Mariana Vaia**, portador(a) do documento de identificação com o número **14935474**, foi autor(a) do(a) **Poster** com o título **"O "Poder" da Oxigenoterapia Tópica no Tratamento da Úlcera de Pé Diabético"**, apresentado no **XVI Fórum Internacional de Úlceras e Feridas**, evento **Híbrido**, promovido pela **ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**, com a parceria de **SILAUME - Sociedad Ibero-latinoamericana de Úlceras y Heridas**. O Fórum Internacional, também certificado pela **EWMA**, decorreu nos dias **21 e 22 de março**.

22 de março de 2023

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

SILAUME
Sociedad Ibero-latinoamericana Úlceras y Heridas

Kátia Furtado
(Presidente)

Mariela del Rocio González
(Presidente)

Cartão nº 1514 - XVI FI 2023 - Trabalho Livre

DIPLOMA DE PARTICIPAÇÃO

URGU MEDICAL
healing people

OUTORGADA

Mariana Vaia

pela participação com um poster "Tecnologia TLC e preparação do leito: Penso de Poliacrilato de Amónio em feridas crónicas" no II Fórum Soluções Urgo, o concurso nacional de casos clínicos.

Pablo Banús
Diretor comercial da Urgo Medical Portugal

21 de novembro de 2023



CERTIFICADO



Certifica-se que o trabalho intitulado “**Capacitar para Prevenir: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Prevenção de Úlceras por Pressão junto de Cuidadores Formais**” da autoria de **Mariana Vala e Ricardo Mestre** foi apresentado sob a forma de **Comunicação Oral** no Encontro Loures Odivelas em Saúde 2025 – *Integração é Coesão*, que decorreu no Centro Cultural Malaposta, em Odivelas, nos dias 26 e 27 de Novembro de 2025.

Loures, 22 de Dezembro de 2025



Miguel Lopes
Presidente do Conselho de Administração
US Loures-Odivelas

Ana Oliveira
Comissão Organizadora
Encontro Loures-Odivelas em Saúde



CERTIFICADO



Certifica-se que o trabalho intitulado “**Sénior + Saúde: Um Olhar sobre o Risco de Diabetes Tipo II na Comunidade**” da autoria de **Ana Vicente, Mariana Vala, Sílvia Matias Esperança e Vanessa Silva** foi apresentado sob a forma de **Póster** no Encontro Loures Odivelas em Saúde 2025 – *Integração é Coesão*, que decorreu no Centro Cultural Malaposta, em Odivelas, nos dias 26 e 27 de Novembro de 2025.

Loures, 22 de Dezembro de 2025



Miguel Lopes
Presidente do Conselho de Administração
US Loures-Odivelas

Ana Oliveira
Comissão Organizadora
Encontro Loures-Odivelas em Saúde



APÊNDICE XXVIII – Publicação “*Art Therapy with dementia: a rapid literature review*”

Community and Interculturality in Dialogue, 2025; 5:144
doi: 10.56294/cid2025144



REVIEW

Art Therapy in people with dementia: a rapid literature review

Arteterapia en personas con demencia: una revisión rápida de la literatura

Ana Vicente^{1,2}, Mariana Vala^{1,2}, Ricardo Mestre^{1,2}, Susana Valido^{1,4}, Isabel Rabiais^{1,5,6}, João Tomás^{1,5,7}, Sandy Severino⁵, Helena José^{1,5,8}, Luís Sousa^{1,5,9}

¹Atlântica School of Health, Atlantic University, Nursing Department, Barcarena, Portugal.

²Hospital CUF Tejo, Lisboa, Portugal.

³Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal.

⁴Escola Superior de enfermagem de Lisboa (ESEL), Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

⁵RISE - Health Research Network, Porto University, Porto, Portugal.

⁶Centre for Interdisciplinary Research in Health, Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal.

⁷Life Quality Research Center (CIEQV), Santarém, Portugal.

⁸Health Sciences Research Unit: Nursing, Coimbra Nursing School, Coimbra, Portugal

⁹Comprehensive Health Research Centre, University of Évora, Évora, Portugal.

Cite as: Vicente A, Vala M, Mestre R, Valido S, Rabiais I, Tomás J, et al. Art Therapy In people with dementia: a rapid literature review. Community and Interculturality in Dialogue, 2025; 5:144. <https://doi.org/10.56294/cid2025144>

Submitted: 12-04-2024

Revised: 04-10-2024

Accepted: 17-04-2025

Published: 18-04-2025

Editor: PhD. Prof. Nâncio Flávio Moura De Araújo

Corresponding Author: Ana Vicente

ABSTRACT

Introduction: dementia is a highly prevalent condition, affecting approximately 55 million people worldwide. Art therapy is identified as a non-pharmacological intervention that can offer benefits in managing dementia symptoms. The objective was to map the evidence in the existing literature about the benefits associated with art therapy on the quality of life of elderly people with dementia in a community setting.

Method: a rapid literature review was conducted, addressing the PICO question, "What evidence is there about the benefits of art therapy for older adults with dementia in the community?". CINAHL and MEDLINE databases (via EBSCOhost) were used for this study, on 23/11/2024. Reference lists of the selected articles and Google Scholar were also reviewed. Inclusion criteria encompassed studies focused on individuals aged 65 and older with dementia, involving art therapy interventions, published between 2019 and 2024, in English or Portuguese. Studies which referred to secondary dementias due to other conditions, hospital care, and programs exclusively for caregivers were excluded.

Results: 8 studies were analyzed, that included music therapy, painting and visual arts, drama, and poetry. The identified benefits included improvements in the quality of life, social interaction, self-esteem, relaxation and general well-being, relief of emotional symptoms, as well as economic benefits.

Conclusions: the use of art therapy is an approach that may improve quality of life and well-being. It is essential to adapt the chosen intervention to the individual's needs. This review has some limitations, such as the risk of bias due to deficits in blinding in some analyzed studies.

Keywords: Art Therapy; Dementia; Aged.

RESUMEN

Introducción: la demencia afecta aproximadamente a 55 millones de personas en todo el mundo. La arteterapia es una intervención no farmacológica que puede beneficiar el manejo de sus síntomas. El objetivo fue mapear la evidencia la literatura existente sobre los beneficios asociados a la arteterapia en la calidad

© 2025; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada

APÊNDICE XXIX – Publicação “*Nursing interventions on therapeutic adherence in adolescents with type 1 diabetes: scoping review protocol*”

Nursing interventions on therapeutic adherence in adolescents with type 1 diabetes: scoping review protocol

*Intervenciones de enfermería sobre la adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes tipo 1:
protocolo de scoping review*

*Intervenções de enfermagem na adesão terapêutica em adolescentes com diabetes tipo 1:
protocolo de scoping review*

Mariana Alexandra Santos Vala^{1*}

ORCID: 0009-0001-4853-5528

**Ana Isabel da Silveira Barbeiro
Vicente¹**

ORCID: 0009-0001-2829-6072

Susana Cristina Nunes Valido¹

ORCID: 0000-0002-0637-5108

**Ricardo Emanuel de Sousa
Mestre¹**

ORCID: 0000-0002-1874-7415

¹Escola Superior de Saúde da
Universidade Atlântica,
Barcarena, Portugal.

How to cite this article:

Vala MAS, Vicente AISB, Valido SCN,
Mestre RES. Nursing interventions on
therapeutic adherence in adolescents
with type 1 diabetes: scoping review
protocol. *Glob Acad Nurs.*
2025;6(3):e493.
[https://dx.doi.org/10.5935/2675-
5602.20200493](https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200493)

***Corresponding author:**

mariana.vala@uev.com.pt

Submission: 09-29-2025

Approval: 10-08-2025

Abstract

Type 1 diabetes is one of the most common chronic conditions in children and young people. Adolescence is a period of multiple physical and social changes that compromise therapeutic adherence, which is essential for promoting quality of life and preventing associated complications. The aim was to map the existing scientific evidence on nursing interventions that facilitate therapeutic adherence in adolescents with type 1 diabetes. The protocol was developed according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute. It will include primary, secondary, and gray literature studies covering adolescents with type 1 diabetes and nursing interventions that facilitate therapeutic adherence. Those reporting interventions not performed by nurses will be excluded. Study selection, analysis, and data extraction will be performed by independent reviewers. A PRISMA 2020 flowchart will be presented. Nursing interventions and barriers to adherence will be summarized through tables and narrative synthesis. The scoping review resulting from this protocol will allow the selection of interventions with an impact on the therapeutic adherence process. It will include implications for research.

Descriptors: Adolescent; Treatment Adherence and Compliance; Nursing Care; Diabetes Mellitus, Type 1; Scoping Review.

Resumen

La diabetes tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más comunes en niños y jóvenes. La adolescencia es un período de múltiples cambios físicos y sociales que comprometen la adherencia terapéutica, esencial para promover la calidad de vida y prevenir complicaciones asociadas. El objetivo fue mapear la evidencia científica existente sobre intervenciones de enfermería que facilitan la adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes tipo 1. El protocolo se desarrolló de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs. Incluirá estudios primarios, secundarios y de literatura gris que cubran a adolescentes con diabetes tipo 1 e intervenciones de enfermería que faciliten la adherencia terapéutica. Se excluirán aquellos estudios que reporten intervenciones no realizadas por enfermeras. La selección de estudios, el análisis y la extracción de datos serán realizados por revisores independientes. Se presentará un diagrama de flujo PRISMA 2020. Las intervenciones de enfermería y las barreras para la adherencia se resumirán mediante tablas y una síntesis narrativa. La revisión de alcance resultante de este protocolo permitirá la selección de intervenciones con impacto en el proceso de adherencia terapéutica. Incluirá implicaciones para la investigación.

Descriptores: Adolescente; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Atención de Enfermería; Diabetes Mellitus Tipo 1; Revisión de Alcance.

Resumo

A Diabetes Tipo 1 é uma das patologias crônicas mais frequentes em crianças e jovens. A adolescência é uma etapa com múltiplas alterações, físicas e sociais, que comprometem a adesão terapêutica, sendo esta essencial para a promoção da qualidade de vida e prevenção de complicações associadas. Objetivou-se mapear a evidência científica existente sobre intervenções de enfermagem facilitadoras da adesão terapêutica em adolescentes com Diabetes Tipo 1. O protocolo foi realizado segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute, incluirá estudos primários, secundários e literatura cinzenta, abrangendo adolescentes com Diabetes Tipo 1 e intervenções de enfermagem facilitadoras da adesão terapêutica. Serão excluídos os que relatem intervenções não realizadas por enfermeiros. A seleção de estudos, análise e extração de dados serão efetuadas por revisores independentes. Será apresentado o Fluxograma PRISMA 2020. As intervenções de enfermagem e barreiras à adesão serão resumidas através de quadros e síntese narrativa. A scoping review resultante deste protocolo permitirá selecionar as intervenções com impacto no processo de adesão terapêutica. Incluirá implicações para a investigação.

Descritores: Adolescente; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Cuidados de Enfermagem; Diabetes Mellitus Tipo 1; Revisão de Escopo.



