



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

CUIDAR SEM PRESSÃO: Projeto de Intervenção Comunitária na Área da Prevenção de Úlceras Por Pressão

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

Nº 5240207

IV Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Relatório para obtenção de grau de Mestre

Professora Supervisora: Professora Doutora Eva Menino

Leiria

março de 2026



Relatório Final, no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Eva Menino, professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Ao André, Pedro, Lucas e Bia.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

Agradecimentos

A realização deste percurso académico só foi possível graças ao contributo e apoio de várias pessoas, às quais expresso a minha profunda gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Eva Menino, pelo apoio, disponibilidade e orientação ao longo deste percurso. A sua dedicação, clareza e incentivo foram fundamentais para o meu crescimento académico e para a concretização deste trabalho.

Agradeço à Enfermeira Especialista Maria Fátima Cardoso, enfermeira orientadora da prática clínica. A sua partilha de conhecimento, profissionalismo, exigência e constante disponibilidade foram pilares essenciais neste percurso. O seu exemplo enquanto enfermeira e orientadora marcou de forma profunda a minha formação, contribuindo não só para o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, mas também humanas e éticas.

A todos os enfermeiros da UCC CJ, e em especial à Enfermeira Ana Monteiro, agradeço o acolhimento, a colaboração, o apoio e a disponibilidade demonstrados, bem como o contributo prestado ao longo deste percurso formativo. A generosidade de todos fez-me sentir como parte da equipa da UCC CJ.

A todos os professores do mestrado, especialmente à coordenadora do mestrado Professora Doutora Teresa Krauss, expresso o meu sincero agradecimento pelo conhecimento transmitido, pelo rigor científico e pelo contributo determinante para a minha formação académica e profissional. A todos os meus colegas de mestrado, incluindo os colegas com quem partilhei o caminho até Leiria, agradeço a partilha de experiências, o companheirismo, o apoio mútuo e os momentos de aprendizagem conjunta. Cada desafio foi mais leve graças à presença e ao espírito de entre ajuda que se criou ao longo deste percurso.

À minha família, em especial aos meus pais Joaquim e Ana Bela e à minha irmã Carla, deixo um agradecimento profundo. Obrigada pelos valores transmitidos, pelo incentivo constante e por acreditarem em mim mesmo nos momentos de maior cansaço. Foram sempre um porto seguro, lembrando-me sempre que é necessário persistir.

Aos meus sogros, agradeço a generosidade e disponibilidade em estarem sempre presentes para a minha família durante a minha ausência. A vossa ajuda foi imprescindível neste percurso.

Aos meus amigos de sempre, agradeço pela amizade, pelo apoio e pelas palavras de incentivo. Obrigada por estarem presentes nos desafios, pelas conversas de desabafo e pelos momentos partilhados que ajudaram a tornar este caminho mais fácil.

Por fim, o meu mais sentido e especial agradecimento vai para o meu marido e para os meus filhos. Obrigada, André, por todo o apoio incondicional, pela paciência infinita, pela compreensão dos momentos de ausência, e pelos sacrifícios conjuntos que permitiram que eu chegasse até aqui. Aos meus filhos Pedro, Lucas e Bia, agradeço por me inspirarem todos os dias com a vossa alegria, brilho, curiosidade e amor, lembrando-me sempre do que realmente importa e mantendo-me firme no meu caminho, mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos, bem-haja!

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
CA – Conselho de Administração
CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico
CE – Comissão de Ética
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CRC – Consultas Respiratórias da Comunidade
CRI – Centro de Respostas Integradas
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
DNO – Doença de Notificação Obrigatória
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.
DSP – Departamento de Saúde Pública
DSS – Diagnóstico de Situação de Saúde
ECI – Estatuto do Cuidador Informal
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE – Enfermeiro Especialista
EESCSP – Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública
ERPIS – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
ESSLei – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
Estágio ESCSP – Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
EPE – Empresa Público Privada
GHAF – Gestão Hospitalar de Armazéns e Farmácia
GNR – Guarda Nacional Republicana
ICAD – Instituto para os comportamentos aditivos e as dependências
IDG – Índice de Desempenho Global
IDE – Índice de desempenho de Equipa
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional
INE – Instituto Nacional de Estatística

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LCRD – Lesões Cutâneas Relacionadas com a Dependência

LPAI – Lesões da Pele Associada à Incontinência

MPSNP – Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NSE – Necessidades Saúde Especiais

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária

PLS – Plano Local de Saúde

PND – Plano Nacional para a Diabetes

PNPCDTV – Plano Nacional de Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores

PNR – Plano Nacional para o Radão

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSO – Plano Nacional de Saúde Oral

PNT – Programa Nacional para a Tuberculose

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PNPVCV – Plano Nacional de Prevenção e Vigilância de Vetores

PPCDL – Programa de Prevenção e Controlo da Doença dos Legionários

PS – Planeamento em Saúde

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

PNRn – Plano Nacional para o Radão

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU – Registo Nacional de Utentes

RSI – Rendimento Social de Inserção

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SBV – Suporte Básico de Vida

SISO – Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem

TP – Tuberculose Pulmonar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

UL – Universidade Local

ULS BI – Unidade Local de Saúde da Beira Interior

UNICEF – *United Nation Children's Fund*

UPP – Úlcera por Pressão

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Resumo

O presente relatório final de estágio, descreve um percurso formativo estruturado e integrador em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no qual se consolidaram, na prática, os conhecimentos adquiridos nas disciplinas teóricas, orientados para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade dos cuidados, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019); bem como das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), centradas na avaliação do estado de saúde das comunidades, na capacitação de grupos e comunidades, na participação na coordenação de programas de saúde comunitários e na colaboração na vigilância epidemiológica (OE, 2018).

Neste percurso formativo foram desenvolvidas múltiplas atividades e intervenções que permitiram o desenvolvimento integrado destas competências, das quais se destacam: a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS), que potenciou a competência de avaliação do estado de saúde das comunidades com base no Planeamento em Saúde, e a participação nas Consultas Respiratórias da Comunidade, no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose, através da realização de rastreios, inquéritos epidemiológicos e do desenvolvimento de um *dashboard* de monitorização de dados epidemiológicos locais, reforçando a colaboração na vigilância epidemiológica. Paralelamente, a participação na gestão da campanha vacinal Gripe/COVID-19, bem como a intervenção e dinamização de sessões de educação para a saúde, no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde Escolar e Saúde Oral e do programa comunitário “Diabetes em Movimento”, contribuíram para o desenvolvimento das competências de capacitação de grupos e comunidades e de participação na coordenação de programas de saúde comunitários, através da promoção da literacia em saúde, do autocuidado e da prevenção da doença.

Foi ainda possível desenvolver neste percurso, um projeto de intervenção comunitária, a partir de um problema priorizado do DSS, permitindo também a operacionalização integrada de todas as competências específicas do EESCSP. Do DSS realizado, emergiu como prioridade, a intervenção junto de pessoas dependentes com risco de Úlceras Por Pressão (UPP), num contexto de envelhecimento populacional e elevada dependência funcional. Neste âmbito, foi desenvolvido o projeto de intervenção “Cuidar sem Pressão”, centrado na capacitação de profissionais e cuidadores e na promoção de práticas baseadas na evidência, tendo para isso, sido realizado uma revisão integrativa da literatura sobre o tema. Este projeto foi sustentado na metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), contemplando as suas diferentes etapas, desde o diagnóstico da situação, identificação e priorização de problemas, definição de objetivos, seleção de estratégias e planeamento das atividades, até à implementação e avaliação da intervenção, garantindo uma abordagem estruturada e orientada para a resposta às necessidades identificadas; e beneficiou especialmente dos constructos teóricos mobilizados para este estágio: Modelo de promoção da Saúde de Nola Pender e Teoria de Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Relativamente ao PIC implementado *Cuidar sem pressão*, para a capacitação dos enfermeiros, foi aplicado a este grupo, como estratégia diagnóstica o questionário APu-PT, cujos resultados evidenciaram atitudes globalmente positivas face à prevenção de UPP (79,5%; $\mu=3,18$; $\sigma=0,58$) e posteriormente aplicado também o questionário PUKAT que revelou um nível de conhecimento moderado sobre a área da prevenção de UPP (58,7%; $\sigma=23,2\%$), com maiores fragilidades nas medidas preventivas e no controlo da pressão/cisalhamento (49,7%–52,7%). Estes resultados evidenciam um desfasamento entre atitude dos enfermeiros e o seu

conhecimento e prática, tendo sido, neste sentido, implementadas sessões de formação dirigidas às áreas de dificuldade identificadas. As formações foram globalmente muito bem avaliadas pelos profissionais, evidenciando elevada satisfação com a sua relevância, qualidade, aplicabilidade e desempenho do formador.

Relativamente à capacitação dos cuidadores e utentes, foi aplicado um programa estruturado de ensino para a prevenção de UPP, no domicílio pelo programa da Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI), especificamente à população de cuidadores e utentes com alto risco de UPP. Neste grupo, na caracterização dos cuidadores, verificou-se um perfil maioritariamente feminino, com idade média de 61,8 anos, elevada carga de cuidados e rede de suporte limitada, sendo que cerca de um terço apresentava sobrecarga. Já caracterização do grupo de utentes evidencia uma população maioritariamente masculina (70%), envelhecida (idade média de 70,5 anos), com elevada dependência funcional (*Barthel* médio de 26,4). Verifica-se alto risco de úlceras por pressão (*Braden* 13,3), baixo risco de queda na maioria dos casos, e risco nutricional em 20% dos utentes. Todos apresentam múltiplas comorbilidades, destacando-se a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* tipo 2 ambas presentes em 40% da população. Observa-se ainda neste grupo elevada prevalência de UPP (90%), principal motivo de admissão na ECCI, sendo 60% de grau 3 ou 4, predominantemente na região sacrococcígea (70%). A maioria desenvolveu-se no domicílio (66,7%), reforçando a necessidade de intervenção preventiva estruturada na comunidade.

Sobre os resultados do programa estruturado de ensino junto de cuidadores e utentes, evidenciaram uma melhoria global das práticas preventivas, com aumento do cumprimento de 50% para 71,8% (+21,8 pp). Registaram-se ganhos na identificação de zonas vulneráveis (20% para 60%), reconhecimento de sinais clínicos (40% para 80%), avaliação diária da pele (70% para 100%) e mudança de fralda (50% para 80%). Persistiram limitações no reposicionamento (20% sem alteração) e na ingestão hídrica (40% para 50%), associadas a fatores individuais, socioeconómicos e de literacia em saúde.

Em síntese, e pelo exposto, este percurso formativo permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EESCSP, promovendo o empoderamento comunitário e contribuindo para ganhos em saúde nesta área, com implicações relevantes para a prática de enfermagem no contexto da prevenção de UPP, nomeadamente ao evidenciar a necessidade de formação contínua dos profissionais e a importância da implementação de programas de ensino estruturado no domicílio. Como contributos, destaca-se ainda a elaboração de um procedimento operacional para a sistematização de práticas nesta área na ULS BI, bem como o desenvolvimento de instrumentos de apoio ao trabalho, como o folheto dirigido a cuidadores, que reforçam a promoção de cuidados de qualidade, seguros e baseados na evidência.

Palavras-Chave: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; Cuidado preventivos de UPP; Contexto domiciliário; Pessoas dependentes; Empoderamento comunitário; Literacia em Saúde; Prática Baseada na Evidência.

Abstract

This final internship report describes a structured and integrative training pathway in Community Nursing and Public Health, in which theoretical knowledge acquired in academic courses was consolidated in practice, oriented towards the development of the common competencies of the Specialist Nurse (SN): professional, ethical and legal responsibility; continuous improvement of care quality; care management; and professional learning development (OE, 2019); as well as the specific competencies of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing, focused on assessing the health status of communities, empowering groups and communities, participating in the coordination of community health programmes, and contributing to epidemiological surveillance (OE, 2018).

Throughout this training pathway, multiple activities and interventions were developed, enabling the integrated development of these competencies, particularly: the elaboration of a Community Health Diagnosis (CHD), which strengthened the competency of assessing community health status based on the Health Planning methodology; and participation in Community Respiratory Consultations within the National Tuberculosis Programme, including screening activities, epidemiological surveys, and the development of a local epidemiological data monitoring dashboard, thereby reinforcing participation in epidemiological surveillance. In parallel, involvement in the management of the Influenza/COVID-19 vaccination campaign, as well as the planning and delivery of health education sessions within the National School Health and Oral Health Programmes and the community programme “Diabetes in Motion,” contributed to the development of competencies in empowering groups and communities and participating in the coordination of community health programmes, through the promotion of health literacy, self-care, and disease prevention.

It was also possible, to develop a community intervention project arising from a priority problem identified in the CHD, enabling the integrated operationalisation of all Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing competencies. From the CHD, care for dependent individuals at risk of pressure injuries (PIs) emerged as a priority, within a context of population ageing and high functional dependency. In this scope, the intervention project “Caring Without Pressure” was developed, focused on empowering healthcare professionals and caregivers and promoting evidence-based practices. A literature integrative review was conducted to support this project. The project was grounded in the Health Planning methodology according to Imperatori & Giraldes (1993), encompassing the stages of situational diagnosis, problem identification and prioritisation, objective setting, strategy selection, activity planning, implementation, and evaluation, ensuring a structured approach aligned with community needs. It was further supported by theoretical frameworks mobilised during this internship: Nola Pender’s Health Promotion Model and Dorothea Orem’s Self-Care Deficit Nursing Theory.

Regarding the implemented intervention project *Caring Without Pressure*, targeting nurses, the APu-PT questionnaire was used as a diagnostic tool, with results showing overall positive attitudes towards pressure injury prevention (79.5%; $M=3.18$; $SD=0.58$). Subsequently, the PUKAT questionnaire revealed a moderate level of knowledge in pressure injury prevention (58.7%; $SD=23.2\%$), with greater gaps identified in preventive measures and pressure/shear management (49.7%–52.7%). These findings demonstrated a discrepancy between nurses’ attitudes and their knowledge and practice, leading to the implementation of targeted training sessions addressing identified gaps. These training sessions were overall highly evaluated by professionals, highlighting high satisfaction regarding relevance, quality, applicability, and educator performance.

Regarding the empowerment of caregivers and patients, a structured home-based education programme for pressure injury prevention was implemented through the Integrated and Continuous Care Team (ECCI), specifically targeting caregivers and patients at high risk of pressure injuries. In the caregiver group, a predominantly female profile was identified, with a mean age of 61.8 years, many hours of care, and limited support networks, with approximately one third reporting caregiver burden. The patient group was mainly male (70%), elderly (mean age 70.5 years), with high functional dependency (Barthel Index mean 26.4). A high risk of pressure injuries was observed (Braden score 13.3), low fall risk in most cases, and nutritional risk in 20% of patients. All patients presented multiple comorbidities, particularly hypertension and type 2 diabetes mellitus, both present in 40% of the population. A high prevalence of pressure injuries was also observed (90%), being the main reason for admission to ECCI, with 60% classified as grade 3 or 4, predominantly in the sacrococcygeal region (70%). Most pressure injuries developed at home (66.7%), reinforcing the need for structured preventive community-based interventions.

The results of the structured educational programme for caregivers and patients demonstrated an overall improvement in preventive practices, with adherence increasing from 50% to 71.8% (+21.8 pp). Improvements were observed in the identification of vulnerable areas (20% to 60%), recognition of clinical signs (40% to 80%), daily skin assessment (70% to 100%), and diaper care practices (50% to 80%). However, limitations persisted in repositioning practices (20% unchanged) and fluid intake (40% to 50%), associated with individual, socioeconomic, and health literacy factors.

In conclusion, this training pathway enabled the development of specific Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing competencies, promoting community empowerment and contributing to health gains in this area, with relevant implications for nursing practice in the context of pressure injury prevention. It also highlighted the need for continuous professional training and the importance of implementing structured home-based education programmes. As key contributions, the development of a Standard Operating Procedure (SOP) for practice standardisation within the ULS BI is highlighted, as well as the creation of supporting tools, such as a caregiver information leaflet, reinforcing the promotion of safe, high-quality, and evidence-based care.

Keywords: Community and Public Health Nursing; Pressure Ulcer Preventive Care; Home Care Context; Dependent Individuals; Capacity Building Programme; Health Literacy; Evidence-Based Practice.

Índice

Índice de Quadros.....	XIII
Índice de Figuras.....	XIV
Índice de Gráficos.....	XIV
Índice de Tabelas.....	XV
Introdução.....	1
1. Contexto da Prática Clínica.....	3
1.1 Caracterização da Unidade de Saúde Pública Polo C da ULS BI.....	4
1.2 Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade CJ da ULS BI.....	7
2. Modelos de referência para a Tomada de Decisão em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.....	15
2.1 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	17
2.2 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Doroteia Orem.....	19
2.3 Aplicação do MPSNP e da TDAE na prática de cuidados do EESCSP.....	20
3. Competências do Enfermeiro Especialista.....	24
3.1 Reflexão sobre a aquisição das competências comuns do EESCSP.....	25
3.1.1 Competência do domínio comum: Responsabilidade profissional, ética e legal.....	25
3.1.2 Competência do domínio comum: Melhoria contínua da qualidade.....	30
3.1.3 Competência do domínio comum: Gestão dos cuidados.....	35
3.1.4 Competência do domínio comum: Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	40
3.2 Reflexão sobre a aquisição das competências específicas do EESCSP.....	44
3.2.1 Competência do domínio específico: Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....	45
3.2.2 Competência do domínio específico: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....	50
3.2.3 Competência do domínio específico: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.....	54
3.2.4 Competência do domínio específico: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.....	56
4. Prática Especializada Baseada na Evidência.....	60
4.1 Enquadramento teórico: Cuidados Preventivos à pessoa com UPP.....	61
4.1.1 Definição e Prevalência das Úlceras por Pressão.....	61
4.1.2 Fatores de Risco para o desenvolvimento de UPP.....	64

4.1.3 Avaliação de Risco de UPP	65
4.1.4 Cuidados de Prevenção de UPP	66
4.2 Estudo 1: Cuidados Preventivos à pessoa com UPP em Contexto Domiciliário	70
4.2.1 Método	71
4.2.2 Critérios de Elegibilidade	72
4.2.3 Processo de seleção dos estudos	72
4.2.4 Extração e síntese dos dados	73
4.2.5 Resultados	74
4.2.6 Discussão	76
4.2.7 Conclusão	82
4.3 Estudo 2: PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>	83
4.3.1 Considerações Éticas	84
4.3.2 Diagnóstico de Situação de Saúde	85
4.3.2.1 Caracterização da população abrangida pela USP Polo C e UCC CJ	86
4.3.2.2 Análise SWOT da comunidade abrangida pela ULS BI	100
4.3.3 Definição de Prioridades	102
4.3.4 População Alvo e Amostra	106
4.3.5 Fixação de Objetivos	106
4.3.6 Seleção e Elaboração de Estratégias	109
4.3.7 Elaboração de Programas e Projeto e Preparação da Execução	112
4.3.8 Execução	114
4.4 Apresentação e Discussão dos Resultados do Projeto de Intervenção Comunitária	119
4.4.1 Apresentação e discussão dos resultados do grupo comunitário: Enfermeiros ECCI	119
4.4.2 Apresentação e discussão dos dados do grupo comunitário: Utentes e Cuidadores	137
4.4.2.1 Caracterização de dados sociodemográficos dos grupos	137
4.4.2.2 Programa estruturado para a capacitação dos cuidadores e utentes	144
4.5 Conclusão e Implicações para a Prática Clínica	151
Conclusão	155
Referências Bibliográficas	1558
Apêndices e Anexos	
Apêndice 1 – Projeto de Aprendizagem	
Apêndice 2 – Reflexão sobre um problema ético da prática de cuidados	
Apêndice 3 – <i>Dashbord</i> em <i>Excel</i> sobre os dados do PNT	

Apêndice 4 – Pesquisa bibliográfica sobre os problemas de saúde mais relevantes nas pessoas dependentes no domicílio.

Apêndice 5 – Preparação da apresentação da Formação: Antes que te queimes! – Primeiros Socorros em Contexto Recreativo

Apêndice 6 – *Power Point* da formação: Cuidados Preventivos do Pé diabético

Apêndice 7 – Tabela Checklist PRISMA ScR

Apêndice 8 – Artigos selecionados da pesquisa bibliográfica

Apêndice 9 – Quadro síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura

Apêndice 10 – Grelha de avaliação dos cuidados preventivos

Apêndice 11 – Protocolo operacional sobre a área de prevenção de UPP e respetivo Fluxograma

Apêndice 12 – Folheto informativo sobre os cuidados para a prevenção de UPP para os utentes e cuidadores

Apêndice 13 – *Power Point* da formação para enfermeiros da UCC CJ

Apêndice 14 – *Power Point* da formação para enfermeiros da UCC F, USCP F, e USF C

Apêndice 15 – Programa estruturado de reforço de informação e treino de competências dos utentes/cuidadores

Anexo 1 – Workshop sobre terapia de pressão negativa em feridas, promovida pela ULS BI.

Anexo 2 – Formação: Seleção de material terapêutico para o tratamento de feridas, promovida pela ULS BI.

Anexo 3 – Participei no Congresso: "A Arte de (Re)Tratar: do esboço à obra-prima" organizado pela APTFeridas

Anexo 4 – Formação: Atualização de Conhecimentos sobre Materiais de Penso, formação interna da UCC CJ.

Anexo 5 – Apresentação do Estudo: PIC *Cuidar sem Pressão*

Anexo 6 – Pedido à Comissão de Ética

Anexo 7 – Pedido ao Conselho de Administração

Anexo 8 – Parecer da Comissão de Ética

Anexo 9 – Autorização do Conselho de Administração

Anexo 10 – Pedido aos Diretores de Serviço da ULS BI

Anexo 11 – Pedido aos Coordenadores das Unidades Funcionais (ECCI)

Anexo 12 – Consentimento Livre e Informado

Anexo 13 – Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 1

Anexo 14 – Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 2

Anexo 15 – Inclusão de indivíduos vulneráveis

Anexo 16 – *Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool* (PUKAT)

Anexo 17 – *Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument* (APu-PT)

Anexo 18 – Questionários de satisfação da formação da ULS da BI

Anexo 19 – Resultados da aplicação do questionário: APu-PT

Anexo 20 – Resultados da aplicação do questionário: PUKAT

Anexo 21 – Pedido ao serviço de formação da ULS BI

Anexo 22 – *Flyer* de divulgação da formação

Anexo 23 – Autorização para aplicação dos questionários: APu-PT e PUKAT

Índice de Quadros

Quadro 1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	29
Quadro 2 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio da melhoria contínua da qualidade	34
Quadro 3 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio da gestão de cuidados.....	39
Quadro 4 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	43
Quadro 5 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Estabelece com base na metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	49
Quadro 6 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	53
Quadro 7 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	56
Quadro 8 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	59
Quadro 9 – Termos de pesquisa utilizados nas bases de dados.....	72
Quadro 10 – Codificação da informação dos estudos.....	75
Quadro 11 – Critérios do Método Hanlon.....	102
Quadro 12 – Critérios do Hanlon aplicados aos problemas identificados	104
Quadro 13 – Objetivos específicos, metas e indicadores da capacitação de utentes de alto risco de UPP e os seus cuidadores informais para a prevenção de UPP.	108

Quadro 14 – Objetivos específicos, metas e indicadores da capacitação dos enfermeiros para a prevenção de UPP.	108
Quadro 15 – Atividades definidas para a implementação do PIC Cuidar Sem Pressão	112
Quadro 16 – Cronograma de atividades	115
Quadro 17 – Parceiros comunitários envolvidos no PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>	118
Quadro 18 – Avaliação dos objetivos delineados para o grupo dos enfermeiros da ECCI	137
Quadro 19 – Avaliação dos objetivos delineados para o grupo dos cuidadores/enfermeiros.....	151

Índice de Figuras

Figura 1 – Contributos do MPSNP e da TDAE para o PIC.....	23
Figura 2 – Fluxograma PRISMA-ScR.....	73
Figura 3 – Diagrama integrativo dos MPSNP e da TDAE na revisão integrativa da literatura	82
Figura 4 – Evolução dos indicadores demográficos do Concelho da C. de 2017-2023	87
Figura 5 – Pirâmide etária da população abrangida pela USP Polo C e pela UCC CJ da ULS BI	88
Figura 6 – População estrangeira com estatuto legal de residente no concelho da C, entre 2014 e 2022.....	89
Figura 7 – Indicadores da atividade económica do Concelho da C.	90
Figura 8 – População residente segundo o nível de escolaridade, em 2021.....	92
Figura 9 – Diagnósticos prevalentes nos CSP	94
Figura 10 – Indicadores de saúde no conselho da C. em 2021	95
Figura 11 – Estabelecimentos privados de saúde no Conselho da C. em 2023	96
Figura 12 – Nº de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes no concelho da C.	96
Figura 13 – Faixa etária das vítimas de violência doméstica em 2023	99
Figura 14 – Estratégias utilizadas na Construção do PIC <i>Cuidar Sem Pressão</i>	111

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização da amostra relativamente à variável sexo	120
Gráfico 2 – Caracterização da amostra relativamente à idade.....	120

Gráfico 3 – Caracterização da amostra relativamente ao tempo de exercício profissional	121
Gráfico 4 – Caracterização da amostra relativamente ao nível de formação especializada	121
Gráfico 5 – Caracterização da amostra relativamente à variável sexo	138
Gráfico 6 – Caracterização da amostra relativamente à variável idade	138
Gráficos 7 – Caraterização da relação com o utente	139
Gráficos 8 – Caracterização dos cuidadores relativamente à situação profissional.....	139
Gráficos 9 – Caracterização dos cuidadores relativamente à situação profissional.....	140
Gráficos 10 – Caracterização dos cuidadores relativamente à situação profissional.....	140
Gráficos 11 – Caracterização dos utentes relativamente à variável sexo	141
Gráficos 12 – Caracterização dos utentes relativamente à variável idade	142
Gráficos 13 – Local de origem das UPP	143
Gráficos 14 – Avaliação pré e pós intervenção de capacitação de cuidadores e utentes	147

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Apresentação dos resultados do fator 1: Importância atribuída à intervenção dos enfermeiros na prevenção das UPP.....	123
Tabela 2 – Apresentação dos resultados do fator 2: responsabilidade pela prevenção	123
Tabela 3 – Apresentação dos resultados do fator 3: obstáculos ou barreiras que podem comprometer uma prevenção eficaz de UPP	124
Tabela 4 – Apresentação dos resultados do fator 4: confiança na eficácia das intervenções preventivas	125
Tabela 5 – Apresentação dos resultados do fator 5: competências pessoais na prevenção de UPP ..	126
Tabela 6 – Resultados das questões da área: etiologia e desenvolvimento de UPP	127
Tabela 7 – Resultados das questões da área: classificação e observação de úlceras por pressão.....	129
Tabela 8 – Resultados das questões da área: a avaliação de risco de UPP	130
Tabela 9 – Resultados das questões da área: nutrição.....	130
Tabela 10 – Resultados das questões da área: medidas preventivas.....	131
Tabela 11 – Resultados das questões da área: redução da duração da pressão e forças de torção...	132
Tabela 12 – Resultados do item: Satisfação com a Ação de Formação	134
Tabela 13 – Resultados do item: Desempenho do Formador	134
Tabela 14 – Dados colhidos no item aberto: Comentários	148

Introdução

No âmbito da unidade curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP) com relatório final, lecionada no ano letivo 2025/2026 e integrada no 3º semestre do IV Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), foi elaborado o presente relatório final de estágio. Este documento constitui um elemento fundamental do processo formativo, tendo como principal objetivo desenvolver uma análise crítico-reflexiva sobre as competências adquiridas e consolidadas ao longo da prática clínica, sendo apresentado como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

O contexto clínico do estágio de ESCSP decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) Polo C, de uma Unidade Local de Saúde da Beira Interior (ULS BI) entre 3 de setembro e 19 de outubro de 2025, com um total de 125 horas de prática clínica; e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da mesma ULS: a UCC CJ, entre 22 de outubro de 2025 e 3 de fevereiro de 2026, com 250 horas de contacto clínico, perfazendo no total 375 horas de contacto presencial. A orientação prática foi assegurada por Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), e a supervisão pedagógica pela Professora Doutora Eva Menino. Estes estágios constituíram um espaço privilegiado de aprendizagem em contexto real, permitindo a confrontação com os desafios atuais da vigilância epidemiológica, promoção da saúde, avaliação do impacto em saúde e planeamento em contexto prático.

Este percurso formativo, tinha definido à priori, como objetivos gerais: desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), com base em padrões de qualidade (OE, 2012); e desenvolver as competências específicas do EESCSP, conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018). Concretamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, incluem a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade dos cuidados; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Já as competências específicas do EESCSP, incluem: a avaliação do estado de saúde das comunidades com base na metodologia do Planeamento em Saúde (PS), a capacitação de grupos e comunidades, a participação na coordenação de programas de saúde comunitários e a colaboração na vigilância epidemiológica (OE, 2018).

Como objetivos específicos para estes estágios, foram delineados: a compreensão aprofundada da organização e funcionamento da USP Polo C e UCC CJ e das suas áreas de intervenção; a elaboração de um Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) da comunidade abordada; a identificação de prioridades em saúde a partir de indicadores epidemiológicos e determinantes sociais; implementação de Projetos de Intervenção Comunitária (PIC) orientados para a resolução de problemas em contexto comunitário, a sua monitorização e avaliação segundo a metodologia do PS; a participação em programas e projetos de promoção da saúde; a prevenção da doença e vigilância epidemiológica de uma comunidade.

Paralelamente ao desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes à área de especialização, o estágio constitui igualmente um espaço de desenvolvimento de competências transversais conforme definido no guia de planeamento do estágio de ESCSP com relatório, que desempenham um papel central na formação avançada em enfermagem, tais como: a capacidade de comunicação clara e fundamentada dos resultados, a gestão eficaz do tempo e recursos, e a conceção e implementação de projetos

de intervenção, sempre com abordagem crítica, reflexiva e orientada para a melhoria contínua dos cuidados e a adequação às necessidades da população-alvo (Krauss, 2025).

Para uma melhor compreensão do percurso efetuado, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos, cada um abordando diferentes dimensões do percurso formativo e permitindo uma análise integrada da prática clínica e do desenvolvimento de competências. O primeiro capítulo apresenta a caracterização detalhada dos contextos da prática clínica: a USP Polo C e a UCC CJ. O segundo capítulo centra-se na descrição e justificação da pertinência da escolha dos modelos teóricos conceptuais que orientaram todo o percurso formativo e a elaboração do PIC: o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP) e a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem.

O terceiro capítulo descreve e analisa o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESCSP, abordando as atividades realizadas, os desafios enfrentados e a reflexão crítica sobre a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do estágio. O quarto capítulo dedica-se à prática baseada em evidência, integrando, numa primeira fase, a pesquisa integrativa bibliográfica sobre a temática escolhida para o PIC, e, posteriormente, a descrição do PIC desenvolvido segundo a metodologia do PS, detalhando os objetivos, a planificação, a implementação, resultados obtidos, análise e implicações para a prática. Este capítulo evidencia a articulação entre teoria, prática e evidência científica, demonstrando a capacidade de adaptação das intervenções às necessidades da população-alvo.

De forma sucinta, considerando a comunidade acompanhada durante o estágio, caracterizada por ser uma população envelhecida e com elevado índice de dependência, foi desenvolvido o PIC *Cuidar sem Pressão*, centrado na área da prevenção das Úlceras por Pressão (UPP). Este teve como objetivo principal promover a prevenção de UPP em contexto domiciliário, através da capacitação de dois grupos comunitários: pessoas com UPP e seus cuidadores, e os profissionais de saúde, sensibilizando-os para a identificação de fatores de risco e adoção de medidas preventivas adequadas.

No contexto atual, o envelhecimento populacional, associado ao aumento das doenças crónicas e da dependência funcional, potencia o risco de desenvolvimento de UPP, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção, educação para a saúde e intervenção precoce (Direção Geral da Saúde (DGS), 2011). As UPP constituem um relevante problema de saúde pública, pela sua prevalência, impacto na qualidade de vida e custos associados ao tratamento. Estão ligadas a complicações graves como infeções, dor crónica (European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), 2025), prolongamento do internamento e aumento da morbilidade e mortalidade, sendo também um indicador sensível da qualidade dos cuidados de saúde e de enfermagem. A implementação deste PIC revelou-se assim fundamental para a capacitação dos grupos comunitários abordados e para a implementação de intervenções preventivas consistentes, contribuindo para a melhoria dos cuidados e ganhos em saúde nesta área.

Por fim, o relatório inclui as considerações finais, que sintetizam aprendizagens e contributos do estágio, bem como as referências bibliográficas, apêndices e anexos, que complementam, documentam e enriquecem o trabalho desenvolvido, garantindo uma visão completa do percurso efetuado. Na elaboração deste relatório foram respeitadas as normas de formatação e elaboração de trabalhos escritos da EssLei, garantindo o rigor científico, a coerência e a qualidade académica exigidos para a obtenção do grau de Mestre, definidas no *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos* da ESSLei (Instituto Politécnico de Leiria (IPL), 2024).

1. Contexto da Prática Clínica

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *United Nation Children's Fund* (UNICEF) (1978), a Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP) realizada no Cazaquistão, em 1978, representou um marco importante para a compreensão da saúde enquanto direito humano fundamental e responsabilidade coletiva. Este documento reforçou a importância dos CSP como estratégia central para alcançar níveis mais elevados de saúde a nível global.

Os CSP assumem-se desta forma, como um elemento estruturante dos sistemas de saúde, baseando-se numa abordagem abrangente, centrada na pessoa e orientada para a equidade. Esta abordagem visa responder às necessidades de saúde ao longo de todo o ciclo de vida, integrando intervenções de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Simultaneamente, os CSP procuram garantir a acessibilidade e proximidade dos cuidados, bem como capacitar os cidadãos para desempenharem um papel ativo na gestão da sua própria saúde e no funcionamento dos serviços (OMS, 2023).

A evolução dos CSP em Portugal tem sido um processo progressivo e integrado no desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com raízes já nos anos 1970, quando se iniciou a implementação da rede de centros de saúde com cobertura nacional e foco comunitário. Ao longo das últimas décadas, ocorreram reformas significativas, como a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) em 2008 pelo Decreto Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, estabelecendo um novo modelo organizativo dos cuidados de saúde primários, estruturado em diversas Unidades Funcionais (UF), nomeadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Estas equipas multidisciplinares promoviam uma nova organização dos CSP centrada na proximidade, na continuidade assistencial e no trabalho em equipa. Esta reforma permitiu a expansão das capacidades de resposta aos problemas de saúde da população e a consolidação de modelos de prática clínica mais integrados e orientados para a qualidade dos cuidados prestados (Chaves B. D., Pereira, A. L., Azevedo, M., & Antunes, J. P. 2024).

Contudo, a integração entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente entre: CSP e Cuidados Hospitalares (CH), continuava a constituir-se como um desafio e um objetivo contínuo no SNS, culminando com a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) ainda no final da década de 1990, com a primeira unidade em 1999, seguida de outras ao longo dos anos seguintes. (Chaves et al., 2024).

As ULS representam um modelo de integração vertical entre os CSP, CH e outros serviços de saúde, sob uma única direção clínica e administrativa, com o objetivo de reforçar a coordenação dos cuidados, otimizando recursos e melhorando a qualidade dos serviços prestados. Recentemente, através do Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023), o modelo ULS foi expandido em 2024 para todo o território nacional, integrando 39 ULS, nomeadamente a ULS BI (ULS em que decorreu o presente estágio), e consolidando a articulação entre os vários níveis de cuidados no SNS. Este novo enquadramento procura reduzir a fragmentação assistencial, facilitar o acesso aos serviços de saúde e promover a continuidade de cuidados (Decreto-Lei n.º 102/2023, 2023).

As ULS, enquanto Entidades Públicas Empresariais (EPE), são pessoas coletivas de direito público com natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado. De acordo com a legislação em vigor, as ULS têm como missão principal a prestação de cuidados de saúde à população em geral, incluindo utentes do SNS, cidadãos estrangeiros não

residentes e entidades externas com quem estabelecem contratos. Para dar resposta a todas as suas atribuições as ULS realizam processos de contratualização (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2024).

O processo de contratualização das ULS é um instrumento de gestão e regulação, através do qual se estabelecem compromissos formais de desempenho, produção e qualidade, tanto com entidades externas, como internamente entre a administração e os serviços (ACSS, 2024). Assim, também internamente todas as UF da ULS devem contratualizar com o Conselho de Administração (CA), a sua carteira básica de serviços a prestar para o ano e os respetivos indicadores de avaliação.

No que respeita ao planeamento estratégico e operacional, a contratualização constitui um instrumento central de governação integrada, permitindo avaliar os resultados em saúde da população, quer nos CSP quer nos CH, através de indicadores como os Índices de Desempenho Global (IDG) e Índices de desempenho de Equipa (IDE). Este modelo valoriza a governação clínica, a articulação entre níveis de cuidados, bem como o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária em parceria com a rede social local. (ACSS, 2024).

Desta forma, dentro deste enquadramento conceptual, será descrito no subcapítulo 1.1 as unidades da ULS BI onde foram realizados os estágios deste percurso formativo: a USP Polo C, destacando a sua organização, estrutura funcional, principais áreas de intervenção da sua carteira básica de serviços; e no subcapítulo 1.2, será apresentada a UCC CJ, incluindo a sua missão, dinâmica de funcionamento e a sua carteira básica de serviços contratualizada para o ano de 2025.

1.1 Caracterização da Unidade de Saúde Pública Polo C da ULS BI

As USP são unidades funcionais dotadas de autonomia técnica, responsáveis pela vigilância epidemiológica, pela elaboração de planos e pareceres no domínio da saúde pública e pela coordenação de programas de prevenção da doença, promoção e proteção da saúde, dirigidos à população em geral e a grupos específicos, assumindo igualmente um papel central na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com os setores da saúde ambiental, alimentar e animal, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 52/2022 (2022). Esta articulação encontra enquadramento conceptual na abordagem *One Health*, defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza a integração das dimensões humana, animal e ambiental como fundamento das intervenções em saúde pública, reforçando a necessidade de estratégias colaborativas e sustentadas para a proteção da saúde coletiva (OMS, 2018).

A USP da ULS BI tem como área de abrangência os três municípios que compõem esta região: Polo C, Polo F e Polo B. Esta área caracteriza-se por uma população que ronda os 100 mil habitantes, distribuídos entre zonas urbanas e rurais, com particularidades demográficas, sociais e económicas semelhantes. A USP BI encontra-se formalmente inserida no âmbito do Departamento de Saúde Pública (DSP) da ULS BI. A missão da USP da ULS BI é a melhoria do estado de saúde da população, com foco na obtenção de ganhos em saúde efetivos e sustentáveis. A sua visão institucional orienta-se para a promoção da saúde da população residente na área de abrangência, atuando na redução da prevalência dos fatores de risco e no fortalecimento dos fatores de proteção. Os valores que norteiam a USP da ULS BI incluem a inovação técnica, o trabalho colaborativo e multidisciplinar, a equidade no acesso aos cuidados, a partilha transparente e eficiente da informação em

saúde, bem como o compromisso com a garantia da qualidade interna e externa dos serviços prestados (ACSS, 2025).

O estágio na USP da ULS BI foi efetuado especificamente na equipa da USP Polo C, que se caracteriza pela sua composição multidisciplinar, integrando médicos especialistas em Saúde Pública, EESCSP, técnicos superiores de saúde ambiental, e outros profissionais de apoio. A coordenação local está a cargo de um médico de Saúde Pública que desempenha funções de Delegado de Saúde. Especificamente a USP Polo C conta com três médicos (incluindo o Delegado de Saúde, um interno de formação especializada e um médico com funções de Autoridade de Saúde), quatro EESCSP (que não se encontram em tempo integral, com cerca de 60 horas semanais distribuídas) e três técnicos superiores de saúde ambiental, além de dois técnicos administrativos que asseguram o suporte operacional. De acordo com os cálculos das dotações seguras de enfermeiros especialistas para as Unidades de saúde Pública, definidas pela OE, o rácio é de 1 enfermeiro especialista para cada 30000 habitantes (OE, 2019b), pelo que a necessidades da USP CB Polo C seria de 1,5 enfermeiros (cerca de 52,5 horas semanais) para uma população aproximada de 46.000 habitantes, caso que se verifica.

As instalações físicas desta unidade são compostas por 6 gabinetes: um gabinete médico, dois gabinetes de enfermagem, dois gabinetes destinados aos técnicos de saúde ambiental, um gabinete administrativo e uma sala de reuniões e uma copa que dividem com a UCC CJ. A equipa não dispõe de viatura própria para as deslocações na comunidade, sendo que estas são asseguradas pelo serviço de motoristas partilhado por todo o Centro de Saúde da C, mediante marcação prévia.

Relativamente ao referencial de contratualização interna, a USP Polo C não realizou a contratualização interna de serviços com a ULS BI no ano de 2025. Apesar disso, a USP Polo C desempenha um papel fundamental na promoção, proteção e monitorização da saúde pública no território que abrange. A sua carteira básica de serviços permite realizar intervenções estruturadas em múltiplas áreas estratégicas que abrangem o planeamento em saúde, a vigilância epidemiológica, a saúde ambiental, a promoção da saúde e a resposta a situações de emergência em saúde pública.

No que respeita ao planeamento em saúde, a USP Polo C contribui diretamente para a elaboração, atualização e monitorização do Plano Local de Saúde (PLS), um instrumento que define as prioridades, objetivos e estratégias para a melhoria dos indicadores de saúde da população local. Este trabalho inclui a análise e estratificação de riscos epidemiológicos, que permitem identificar grupos populacionais vulneráveis e orientar intervenções específicas. Assim a USP BI - Polo C constitui-se como um observatório local de saúde, onde se recolhe, sistematiza e interpreta dados de saúde, facilitando a tomada de decisões baseada em evidência.

Na área da vigilância epidemiológica, a USP Polo C assegura a monitorização contínua das doenças transmissíveis de notificação obrigatória, garantindo a deteção precoce e a resposta rápida a surtos. Destacam-se programas nacionais implementados localmente, como o Programa Nacional para a Tuberculose (PNT) e o Programa de Prevenção e Controlo da Doença dos Legionários (PPCDL), que visam controlar e reduzir a incidência destas patologias. Além disso, realiza a monitorização da saúde em eventos de massa, garantindo medidas de controlo adequadas para minimizar riscos.

A vigilância em saúde ambiental é outra área de intervenção, realizando-se a monitorização ativa sobre zoonoses e doenças de transmissão hídrica e alimentar. Na área do Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Transmitidas por Vetores (PNPCDV), o programa REVIVE, constitui-se como uma rede de vigilância de vetores (insetos e outros animais transmissores de doenças), e está implementado para monitorizar a presença e atividade destes agentes, contribuindo para a prevenção de doenças transmitidas por vetores. A

equipa técnica de saúde ambiental fiscaliza também a qualidade da água para consumo humano, abrangendo fontes públicas, piscinas, zonas balneares e estabelecimentos termais, além de serviços de hemodiálise, que exigem elevados padrões de segurança sanitária. São ainda realizadas inspeções regulares em estabelecimentos de restauração, comércio, serviços e apoio social para garantir o cumprimento das normas sanitárias vigentes.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, a USP Polo C executa o planeamento e participa na execução dos Programas Nacionais de Saúde Escolar (PNSE), Programa Nacional de Saúde Oral (PNSO) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV), assegurando a cobertura adequada e o acompanhamento dos grupos etários-alvo. São também promovidos rastreios de base populacional, como o Rastreo de Saúde Visual Infantil, essencial para a deteção precoce de problemas que podem comprometer o desenvolvimento das crianças. A vigilância em populações móveis, nomeadamente imigrantes e trabalhadores transfronteiriços, é igualmente monitorizada, tendo em conta os desafios acrescidos de saúde associados a estes grupos.

No domínio da gestão de contingências e catástrofes, esta USP elabora e operacionaliza planos de contingência sazonais, preparados para responder a episódios de risco, como ondas de calor e outras emergências ambientais que possam afetar a saúde da população. Estes planos contemplam protocolos claros para a resposta rápida e coordenada com outros serviços e entidades.

Adicionalmente, na USP Polo C são asseguradas as funções de Autoridade de Saúde, exercidas na USP Polo C pelo Delegado de Saúde e por outro médico designado com competências legais específicas em matéria de saúde pública. Neste âmbito, cabe-lhe, nomeadamente, a emissão de mandatos para avaliações clínico-psiquiátricas urgentes (incluindo propostas de internamento compulsivo), a verificação de óbitos, a emissão de atestados multiusos e o desempenho de outras competências previstas na legislação nacional.

Os poderes da Autoridade de Saúde encontram-se definidos sobretudo no Decreto-Lei n.º 82/2009 (2009), que estabelece o enquadramento legal da sua atuação. No exercício das funções de Autoridade de Saúde, pode-se determinar medidas obrigatórias de proteção da saúde pública, tais como o isolamento ou a quarentena de indivíduos, o encerramento de estabelecimentos, a suspensão de atividades que constituam risco sanitário, bem como desenvolver ações de investigação de surtos, vigilância epidemiológica e controlo das condições ambientais e de higiene. As decisões tomadas no âmbito destas competências têm caráter vinculativo e de execução imediata, podendo, sempre que necessário, ser apoiadas pelas forças de segurança. Contudo, a sua aplicação deve respeitar os princípios da legalidade, necessidade e proporcionalidade, sendo igualmente passíveis de impugnação judicial, nos termos da legislação em vigor (Decreto-Lei nº 82, 2009).

Por fim, a USP mantém uma forte colaboração comunitária, participando ativamente em órgãos municipais e regionais, em programas de controlo de infeções e resistência antimicrobiana, e promovendo ações de formação, investigação e auditorias. Esta articulação revela uma forte dinâmica de parcerias comunitárias, envolvendo ativamente diversos *stakeholders* locais, tais como câmaras municipais, escolas, associações comunitárias, organizações não governamentais, instituições académicas como a Universidade Local (UL), serviços de segurança local (Polícia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR)) e outros serviços do sistema de saúde. A articulação entre estes intervenientes é fundamental para a implementação eficaz de programas de promoção da saúde, prevenção da doença e vigilância epidemiológica, bem como para a participação em fóruns regionais e conselhos de saúde que asseguram a corresponsabilização da comunidade nas decisões de saúde pública.

A nível de sistemas operativos utilizados, a USP Polo C utiliza o *SClínico* como sistema de registo e partilha de informação clínica, permitindo a interligação entre profissionais de diferentes áreas, a sistematização de dados e a uniformização de práticas, contribuindo para maior eficácia da atuação da equipa multidisciplinar e para a melhoria do acompanhamento de utentes e comunidades. A notificação de doenças de declaração obrigatória é efetuada no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), mediante formulário eletrónico, possibilitando o envio automático de alertas aos Delegados de Saúde locais e regionais e a disponibilização de informação epidemiológica à Direção-Geral da Saúde. No âmbito da saúde oral, é utilizado o Sistema de Informação para Saúde Oral (SISO), integrado no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, que permite monitorizar indicadores epidemiológicos, emitir cheques dentista e registar informação clínica relevante.

A plataforma da Rede Nacional de Utentes (RNU), constitui a base de dados de referência do SNS, reunindo informação de identificação, inscrição, benefícios, histórico de acessos, medicação, exames complementares e vacinação. Já o sistema de informação SiiMA Rastreios, suporta a gestão integrada dos Programas de Rastreio de Base Populacional, assegurando o circuito funcional desde a convocatória ao tratamento e seguimento do utente. Por fim, a gestão de materiais consumíveis, assegurada pelos serviços de Logística e Armazém Central da ULS BI, através da plataforma de gestão hospitalar do armazém e farmácia da *Glint*.

1.2 Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade CJ da ULS BI

De acordo com o Despacho n.º 10143/2009 (2009), de 16 de abril, que aprova o Regulamento de Organização e Funcionamento das UCC, estas unidades têm como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Assim, as UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo; atuam ainda na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família (SNS, 2019).

Inserida neste enquadramento, a UCC CJ da ULS BI, define no Manual de Acolhimento de Alunos, como sua missão: a melhoria contínua do estado de saúde da população da sua área de abrangência, promovendo acessibilidade, equidade e qualidade nos cuidados prestados. A visão da unidade centra-se em consolidar-se como uma UCC de proximidade, potenciando a consciencialização e responsabilização dos cidadãos na gestão da própria saúde. Os valores que norteiam a sua atividade: a colaboração com os utentes segundo o princípio da boa-fé, responsabilidade, competência, dedicação e reflexão crítica; reforçam o compromisso ético e profissional da equipa multidisciplinar (UCC CJ, 2024).

A UCC CJ iniciou a sua atividade a 6 de fevereiro de 2012, sendo uma unidade com autonomia organizativa e técnica, estruturada para operar em articulação inter-institucional, condição essencial para a concretização da sua missão. O horário de funcionamento cobre todos os dias de semana das 8h às 18h, sendo que sábados, domingos e feriados, efetua-se apenas trabalho programada no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Os cuidados são prestados em articulação com as UCSP, USF, a USP, organizações da comunidade, grupos formais e informais, autarquias, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), empresas e demais recursos comunitários, garantindo uma resposta integrada às necessidades da população (UCC CJ, 2024).

Em termos de recursos humanos, a unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por 10 enfermeiros a tempo inteiro (incluindo três enfermeiros Especialistas em Reabilitação integrados no programa ECCI; um enfermeiro EESCSP, responsável pelo Programa Nacional de Saúde Escolar; um enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, responsável pelos programas: de saúde Mental, do Cuidador Informal e Apoio ao Luto, e cinco enfermeiros generalistas alocados à ECCI); e sete enfermeiros a tempo parcial, distribuídos entre especialidades como Materno-Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica e Saúde Comunitária de Saúde Pública, com horários entre 5 e as 17 horas semanais. A equipa conta ainda com apoio parcial de um médico, dois assistentes sociais, um nutricionista, um administrativo e a tempo inteiro de duas assistentes operacionais. A coordenação da unidade é assegurada por um EEESCSP, que tem ainda algumas horas afetas à USP e é coordenador da Equipa Coordenado Local (ECL) da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI).

Relativamente às dotações seguras, de acordo com o cálculo das dotações seguras preconizado pela OE, a UCC CJ deveria dispor no total de 15 enfermeiros a tempo inteiro: 10 enfermeiros para a UCC (rácio: preferencialmente 1 enfermeiro especialista para cada 5.000) e mais 5 enfermeiros dedicados à ECCI que tem em internamento 25 vagas (rácio de 1 enfermeiro para 5 utentes nas ECCI), de forma a assegurar índices adequados de segurança e qualidade dos cuidados. Atualmente, existem apenas 10 enfermeiros a tempo inteiro, com sete profissionais a tempo parcial, o que evidencia uma insuficiência de recursos face às necessidades da população (OE, 2019b).

Quanto às instalações físicas, a UCC CJ dispõe de 4 salas multiprofissionais e uma sala de reunião e copa partilhada com a USP. Dispõe ainda de duas salas de armazém de material, e dois WC com vestiários. A nível de transportes, esta unidade tem afeta 3 automóveis, que são geridos pelo serviço de transporte, nomeadamente pelos dois assistentes operacionais afetos à UCC e pelos motoristas do Centro de Saúde da C. Estes asseguram mediante um plano semanal de pedidos, os transportes dos vários programas comunitários.

A contratualização dos serviços das UCC centra-se na definição e cumprimento da Carteira Básica de Serviços, assegurando que as equipas de enfermagem e profissionais de saúde realizem intervenções estruturadas em cuidados domiciliários, promoção da saúde, prevenção de doença e acompanhamento de grupos vulneráveis. Este processo de contratualização permite organizar objetivos anuais, estabelecer indicadores de desempenho e garantir a monitorização das atividades realizadas, promovendo a uniformização das práticas e a avaliação sistemática da qualidade dos cuidados prestados à comunidade. Ao mesmo tempo, serve de instrumento de planeamento estratégico e operacional, integrando as UCC na rede local de saúde e favorecendo a articulação com outros serviços e programas de saúde pública (ACSS, 2024).

A contratualização da UCC CJ integra um conjunto alargado de indicadores que refletem a multidimensionalidade da sua intervenção domiciliária, comunitária e em cuidados continuados integrados. No âmbito da saúde materno infantil, são monitorizados indicadores como a proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo até aos 4 e 6 meses, a proporção de grávidas acompanhadas pela UCC, a proporção de grávidas com parto por cesariana e a proporção de recém-nascidos de termo com baixo peso. Estes indicadores avaliam ganhos em saúde, acompanhamento pré e pós-natal e promoção de práticas protetoras de crianças mais vulneráveis.

Na área da intervenção escolar e comunitária, incluem-se indicadores como: a proporção de turmas abrangidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar, a proporção de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais intervencionados em contexto escolar, a proporção de crianças e jovens com intervenção da UCC e

ainda a proporção de comunidades com aumento de conhecimentos em saúde oral, alimentação saudável e atividade física. Estes parâmetros traduzem a dimensão preventiva e educativa da unidade, centrada na literacia em saúde e na capacitação comunitária.

Relativamente à gestão da doença crónica, são avaliadas a proporção de consultas não presenciais, a proporção de utentes com ganhos no controlo da dor, a taxa de resolução da ineficácia ou compromisso na gestão do regime terapêutico e a proporção de utentes com melhoria no controlo de sintomas. Estes indicadores permitem mensurar a efetividade clínica das intervenções.

No contexto da ECCL, são contratualizados indicadores como: a proporção de utentes da ECCL com objetivos atingidos, o número médio de visitas domiciliárias por utente por mês, a proporção de utentes com melhoria na dependência para o autocuidado, a proporção de utentes com melhoria funcional, a proporção de utentes avaliados por equipa multiprofissional nas primeiras 48 horas, a taxa de efetividade na prevenção de úlceras por pressão, a taxa de incidência de úlceras por pressão na ECCL, a proporção de úlceras por pressão melhoradas, a proporção de utentes integrados na ECCL com internamento hospitalar, a taxa de ocupação da ECCL, o tempo médio de permanência, e a proporção de utentes com melhoria na gestão do stress do prestador de cuidados. Estes parâmetros avaliam qualidade assistencial, segurança dos cuidados e eficiência na utilização de recursos.

Integram ainda a matriz de contratualização indicadores relacionados com patologias específicas, como a proporção de utentes com asma ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) com intervenção da UCC e a taxa de internamento por asma ou DPOC em utentes acompanhados, bem como a taxa de internamento por fratura do colo do fémur.

Globalmente, este conjunto de indicadores permite avaliar desempenho assistencial, ganhos em saúde, qualidade, eficiência e impacto comunitário da UCC CJ, funcionando como instrumento estruturante de monitorização, melhoria contínua e responsabilização no âmbito da contratualização interna. Neste sentido, a UCC CJ desenvolve programas e projetos diversificados, orientados para o cumprimento dos objetivos da sua carteira básica, tais como:

- **Programa do Rendimento Social de Inserção (RSI):**

Programa que promove inclusão social e acesso a cuidados de saúde de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica. O RSI é uma prestação social cujo principal objetivo é apoiar indivíduos ou agregados familiares que se encontrem em situação de pobreza extrema, garantindo cobertura das necessidades básicas e promovendo a sua integração social e profissional. Esta medida combina uma prestação monetária com um contrato de inserção, que visa incentivar a autonomia e a participação ativa dos beneficiários na sociedade, através de ações que favoreçam a sua empregabilidade e inclusão comunitária. A atribuição e manutenção deste apoio dependem do cumprimento das condições definidas no contrato de inserção, reforçando a ligação entre apoio social e projetos de autonomia dos beneficiários (Portaria n.º 257/2012, (2012)).

Este programa é dinamizado na UCC CJ por uma Enfermeira Especialista em Reabilitação, que aquando das situações sinalizadas para o programa da RSI, procura avaliar necessidades de saúde do indivíduo e do seu agregado familiar e agilizar a correta resposta. Existe uma reunião quinzenalmente, onde o gestor de caso (quase sempre um assistente social) apresenta o indivíduo e sua família, as necessidades detetadas e onde são discutidas em equipa soluções.

- **Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR):**

Programa dinamizado na UCC CJ por um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, que identifica e acompanha de crianças e jovens vulneráveis. O NACJR é uma estrutura de intervenção no âmbito da saúde pública que atua na identificação e acompanhamento de situações de risco ou perigo que possam afetar o desenvolvimento, a segurança e o bem-estar de crianças e jovens. O núcleo funciona em articulação com serviços de saúde, instituições escolares, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e outros parceiros comunitários, permitindo uma abordagem multidisciplinar e integrada aos fatores que colocam em risco a segurança ou os direitos das crianças e adolescentes. Os NACJR desenvolvem ações de sinalização precoce, acompanhamento familiar e coordenação de respostas de proteção, assegurando que as situações de vulnerabilidade são tratadas com rapidez, coerência e com foco nas necessidades específicas de cada criança ou jovem (Despacho nº 13057/2023 (2023)).

- **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ):**

A CPCJ é um órgão público criado para promover e proteger os direitos das crianças e jovens em risco, atuando sempre que a intervenção de outras entidades ou serviços não seja suficiente para garantir a sua segurança ou bem-estar. Esta comissão é integrada por Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da UCC CJ.

A CPCJ tem competência para avaliar situações de perigo, promover medidas de promoção e proteção e, quando necessário, articular com entidades judiciais para salvaguardar os direitos dos menores. A ação da CPCJ insere-se num quadro legal que prevê a sua intervenção em cooperação com diferentes setores, incluindo a saúde, educação e ação social, garantindo que crianças e jovens expostos a riscos significativos recebam um acompanhamento contínuo e medidas adaptadas às suas necessidades. Esta abordagem integrada favorece a proteção precoce e sustentável dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes em contexto comunitário (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens (CNPDOCJ), 2025).

- **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI):**

O SNIPI é um programa dinamizado por Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da UCC CJ, e que se constitui como uma rede nacional que visa proporcionar apoio e intervenção precoce a crianças dos 0 aos 6 anos com risco de atraso no desenvolvimento ou com necessidades especiais, promovendo o seu desenvolvimento integral e a participação familiar ativa no processo terapêutico e educativo. O SNIPI está instituído em Portugal ao abrigo do Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009) e integra equipas multidisciplinares que atuam em coordenação com serviços de saúde, educação e social.

A intervenção precoce engloba diversas respostas que podem incluir avaliação funcional, estimulação global, apoio às famílias e articulação com outros serviços comunitários, com vista a reduzir desigualdades no desenvolvimento infantil. Este sistema privilegia a atuação em contextos próximos da criança, valorizando o envolvimento dos cuidadores e a continuidade entre fases de intervenção e transição para a educação formal (Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009)).

- **Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV):**

O PNPVCV criado no âmbito DGS, tem como propósito reforçar a capacidade dos serviços de saúde para prevenir, detetar e intervir em situações de violência interpessoal — incluindo maus-tratos na infância, violência doméstica e outras formas de abuso — ao longo de todas as fases da vida. Este programa orienta estratégias de sinalização precoce, resposta clínica, formação profissional e articulação entre respostas

comunitárias. A abordagem do PNPVCV baseia-se na promoção de fatores protetores, sensibilização comunitária e na coordenação de respostas com serviços jurídicos, sociais e educacionais, de modo a proporcionar um suporte integrado às pessoas em situação de violência e às suas famílias (Despacho n.º 9494/2019, (2019)). Na UCC CJ este programa é dinamizado por um enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):**

As ECCI fazem parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI é uma rede pública que articula saúde e apoio social para assegurar cuidados continuados a pessoas em situação de dependência, temporária ou prolongada, promovendo reabilitação, autonomia e continuidade assistencial após doença aguda ou em contexto de doença crónica. Organiza-se em duas grandes tipologias: a tipologia geral, destinada a situações de convalescença, média e longa duração (em regime de internamento) e apoio domiciliário (com as ECCI); e as tipologias específicas, que incluem a área de saúde mental, vocacionada para pessoas com doença mental, e a área de cuidados paliativos, dirigida a utentes com doença avançada e progressiva que necessitam de controlo sintomático e suporte especializado, garantindo acompanhamento clínico, psicológico e social adequado às suas necessidades.

Nomeadamente as ECCI prestam cuidados de saúde e apoio social de forma continuada e articulada a pessoas em situação de dependência funcional temporária ou prolongada, operando a nível domiciliário; garantindo a continuidade dos cuidados pós hospitalares e promovendo a autonomia dos utentes no seu ambiente habitual. As ECCI desempenham um papel essencial na prevenção de internamentos desnecessários e na adequação dos cuidados às necessidades individuais dos utentes, proporcionando cuidados de enfermagem, reabilitação, apoio psicossocial e educação para a saúde, com serviços disponíveis também aos fins de semana e feriados. Este modelo de cuidados promove melhor qualidade de vida e apoio aos cuidadores (Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006)).

Na UCC CJ esta equipa é coordenada por um Enfermeiro Especialista em Reabilitação e dinamizado Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, EESCSP, Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais, médico, assistente social e nutricionista.

- **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE):**

O PNSE tem como finalidades centrais promover estilos de vida saudáveis entre crianças e jovens, prevenir a doença e melhorar a qualidade do ambiente escolar, além de apoiar a inclusão de alunos com necessidades específicas de saúde e educativas. Este programa reconhece a escola como um ambiente privilegiado para a construção de hábitos saudáveis, integrando medidas que abordam a alimentação, a atividade física, a saúde oral, a vacinação, a saúde mental e a segurança na escola, alinhado com prioridades nacionais de saúde pública. As suas estratégias reforçam fatores de proteção e promovem que a comunidade educativa desenvolva comportamentos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida (DGS, 2015). Especificamente na UCC CJ este programa é coordenado por EESCSP, contando com a intervenção de todas as outras especialidades da UCC CJ e *stakeholders* locais.

- **Preparação para a Parentalidade:**

Nesta área, a UCC CJ disponibiliza um curso dinamizado por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, dirigido a grávidas, pais e famílias, com o objetivo de desenvolver competências parentais essenciais para o cuidado saudável e seguro da criança. Abrange temas como o desenvolvimento infantil,

técnicas de cuidado, estratégias de comunicação familiar, gestão de rotinas e apoio à promoção do aleitamento materno. Além da dimensão educativa, o programa proporciona um espaço de partilha de experiências e orientação profissional, contribuindo para a criação de ambientes familiares saudáveis e protetores. As grávidas a partir das 28 semanas podem inscrever-se neste curso que dura aproximadamente 2 meses, e que decorre em sessões semanais.

- **Programa de Apoio ao Luto:**

Programa dinamizado por um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que se destina a prestar suporte psicológico e social a famílias, cuidadores e membros da comunidade que enfrentam situações de perda ou luto. O programa promove estratégias de resiliência, oferecendo acompanhamento, orientação sobre processos de luto e integração em redes de apoio comunitário. Esta intervenção contribui para a redução do impacto emocional da perda, facilita a adaptação a novas circunstâncias e fortalece a coesão e o bem-estar da comunidade, valorizando a dimensão preventiva e promotora da saúde mental. Também permite precocemente detetar situações de luto complicado, que necessitem de apoio mais especializado, havendo esta articulação com os serviços de psicologia e psiquiatria.

- **Programa de Apoio a Cuidadores Informais:**

O Apoio ao Cuidador Informal em Portugal está enquadrado no regime jurídico do Estatuto do Cuidador Informal (ECI), criado pela Lei n.º 100/2019 (2019). O ECI reconhece direitos e medidas de apoio para pessoas que prestam cuidados não profissionais, regulares ou permanentes, a familiares ou pessoas em situação de dependência, com vista a reforçar a sua autonomia e qualidade de vida. Entre as medidas previstas estão a formação e capacitação em cuidados básicos, o apoio psicossocial, a informação específica sobre cuidados à pessoa cuidada, a participação em grupos de autoajuda e o planeamento de descanso do cuidador (modalidade de internamento na RNCCI, da tipologia de longa duração dos cuidados gerais), bem como o acesso facilitado a apoios sociais e de saúde. A estrutura de apoio ao cuidador informal visa reduzir a sobrecarga física e emocional associada à prestação de cuidados prolongados, promover a sua integração no mercado de trabalho quando aplicável e assegurar respostas adequadas às necessidades dos cuidadores informais.

Este programa é dinamizado por um profissional de saúde (neste caso um Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria da UCC CJ) e um profissional da área do serviço social do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, que garantem o acompanhamento dos cuidadores e a articulação da gestão de cuidados com as respostas da RNCCI e outros serviços comunitários (Lei n.º 100/2019, (2019)). A implementação do programa inicia-se com a aprovação do processo de reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal (ECI), sendo o caso integrado numa plataforma digital: *SharePoint*, e atribuído a uma equipa de profissionais de referência.

Esta equipa realiza, no prazo de quinze dias, uma visita domiciliária para avaliar a situação de cuidados, identificar necessidades e definir um plano de intervenção individualizado. No prazo de 6 meses deverá haver uma nova visita domiciliária onde se avaliam as intervenções realizadas, e a necessidade de novas intervenções, sendo que cada cuidador deverá ter uma avaliação presencial pelo menos duas vezes por ano. O acompanhamento periódico ao cuidador informal termina quando ocorrem situações específicas, como mudança de residência para outro concelho, desistência do papel de cuidador, óbito da pessoa cuidada ou integração permanente em resposta institucional.

- **Prevenção de Quedas no Idoso:**

Programa dinamizado por Enfermeiro Especialista em Reabilitação, que se centra na promoção de ações preventivas direcionadas à população idosa, com o objetivo de reduzir a incidência de quedas e os respetivos impactos na saúde e autonomia. Inclui formação a grupos comunitários de pessoas idosas e em avaliações de risco individualizadas, orientação sobre adaptações do domicílio, exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular, educação sobre hábitos de vida seguros e sensibilização para comportamentos preventivos. A intervenção combina estratégias educativas, físicas e ambientais, envolvendo profissionais de saúde, familiares e cuidadores, contribuindo para a manutenção da independência, segurança e qualidade de vida dos idosos.

- **Programa Diabetes em Movimento:**

O programa Diabetes em Movimento é uma iniciativa comunitária integrada no Plano Nacional de Saúde (PNS) e coordenada pela DGS, que promove a atividade física como componente essencial da prevenção e gestão da diabetes tipo 2. Desenvolvido em parceria com unidades de saúde, municípios e instituições locais, este programa oferece sessões de exercício físico adaptado, educação para saúde e monitorização clínica, contribuindo para o controlo metabólico, redução do risco cardiovascular e melhoria da qualidade de vida dos participantes (Diabetes em Movimento, 2011). A participação gratuita, mediante referenciação clínica, favorece a acessibilidade e a inclusão de pessoas com diabetes em iniciativas de promoção de saúde baseadas na comunidade, destacando-se pela sua componente multidisciplinar e enfoque na autoeficácia dos participantes na gestão da sua condição crónica. Programa na UCC CJ dinamizado por EESCSP e Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

- **Programa de Saúde Mental:**

Programa dinamizado por Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que tem como objetivo promover o bem-estar psicológico da população e prevenir o desenvolvimento ou agravamento de perturbações mentais, através de intervenções de promoção da saúde, prevenção e deteção precoce. Inclui ações de educação para a saúde dirigidas a diferentes grupos etários, com enfoque no desenvolvimento de competências sócio emocionais, como a gestão emocional, a resiliência, a comunicação assertiva e a adaptação a situações de stress (Despacho n.º 6401/2016 (2016)).

Paralelamente, contempla a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, o encaminhamento para serviços especializados quando necessário e o acompanhamento em articulação com a rede de cuidados de saúde e parceiros comunitários. Esta abordagem integrada contribui para a redução do estigma associado à doença mental, promove a inclusão social e reforça a capacidade dos indivíduos e comunidades para lidar com os desafios psicossociais, melhorando a qualidade de vida e a saúde global (Despacho n.º 6401/2016 (2016)).

- **Equipa Coordenadora Local (ECL):**

As ECL asseguram a coordenação e a articulação da RNCCI a nível local. São equipas compostas por representantes dos setores da Saúde e da Segurança Social e, sempre que necessário, das autarquias locais, que promovem a articulação dos recursos locais de cuidados continuados, monitorizam a sua implementação e avaliam o desempenho das respostas. As ECL atuam em estreita ligação com as equipas de coordenação regionais e nacionais da RNCCI, garantindo o alinhamento das estratégias locais com a política nacional de cuidados continuados (Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006)).

A intervenção das ECL inclui a identificação das necessidades de cuidado no contexto comunitário, a elaboração e acompanhamento dos planos de ação locais, a promoção de parcerias entre instituições de saúde e serviços sociais, e a divulgação de informação atualizada à população sobre os recursos disponíveis. Este modelo de coordenação visa maximizar a acessibilidade e continuidade dos cuidados em contexto domiciliário ou comunitário, promovendo uma resposta integrada às situações de dependência e fragilidade da população, como parte central da estratégia nacional de cuidados continuados (Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006)).

Em suma, a UCC CJ, através da sua carteira básica de serviços, assegura uma prestação de cuidados integrada, equitativa e de elevada qualidade, orientada para as necessidades da comunidade. A sua intervenção contribui para o fortalecimento da rede de saúde comunitária, promovendo simultaneamente a literacia em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis. Para além disso, desempenha um papel fundamental no apoio a famílias, cuidadores e grupos em situação de maior vulnerabilidade, atuando de forma articulada e centrada na pessoa, em consonância com a missão, visão e valores da unidade.

À semelhança do que ocorre na USP, as UCC recorrem a diversos sistemas de informação que sustentam o registo, a monitorização e a avaliação da atividade assistencial. O *SCLínico* constitui o principal sistema de suporte e partilha de informação entre profissionais de saúde, sendo utilizado na maioria dos programas. Complementarmente, a Plataforma SI RNCCI é utilizada para a monitorização da RNCCI, permitindo o registo da atividade dos profissionais das ECCI e ECL, enquanto o SharePoint suporta o registo dos processos da ECI. Por sua vez, os profissionais do SNIPI e da CPCJ utilizam plataformas nacionais específicas para o registo das suas intervenções. Por fim, o coordenador da UCC dispõe do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), ferramenta essencial para o acompanhamento dos indicadores de desempenho e das metas contratualizadas, facilitando a gestão e a melhoria contínua dos cuidados prestados.

2. Modelos de referência para a Tomada de Decisão em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

A consolidação da enfermagem como profissão autónoma decorreu, em grande medida, do desenvolvimento e aplicação de teorias próprias, que estruturaram o conhecimento científico e reforçaram a utilização de metodologias rigorosas (Rocha & Martins, 2024). Diversos autores têm analisado a evolução do pensamento disciplinar à luz das transformações sociais, científicas e culturais ocorridas ao longo do tempo.

Sobressaem os contributos de Kérouac e de Esther Condon e dos seus colaboradores, que estudaram o desenvolvimento histórico da profissão considerando a evolução das teorias, dos movimentos sociais e das correntes psicológicas desde a segunda metade do século XIX até ao século XX. A partir da análise das mudanças nos conceitos meta paradigmáticos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, foi possível organizar a evolução do pensamento em Enfermagem em três grandes paradigmas, correspondentes às diferentes visões dominantes em cada época histórica; e em 6 escolas de pensamento agrupando-as de acordo com a similaridade de enfoque teórico e conceitual (José & Sousa, 2021).

O paradigma da categorização, correspondente à fase mais antiga, é fortemente influenciado pelo modelo biomédico e pelo positivismo científico. Nesta perspetiva, a pessoa é vista de forma fragmentada, centrando-se a atenção na doença e nos sinais clínicos, enquanto o enfermeiro assume um papel técnico e executante, focado na identificação de problemas e na sua resolução. Com o paradigma da integração, a Enfermagem começa a reconhecer a pessoa como um ser biopsicossocial em interação com o ambiente, considerando não apenas a doença, mas também fatores psicológicos e sociais, e atribuindo ao enfermeiro um papel mais autónomo e centrado na relação terapêutica. O paradigma da transformação, mais contemporâneo, apresenta uma visão holística e dinâmica da pessoa, concebida como um ser global em constante interação com o meio. A saúde deixa de ser entendida apenas como ausência de doença, passando a ser vista como um processo de crescimento, desenvolvimento e construção de significado (José & Sousa, 2021).

Sobre as Escolas de Pensamento, a Escola das Necessidades centra-se na identificação e satisfação das necessidades humanas, promovendo a independência do utente, a Escola da Interação valoriza a relação enfermeiro–utente, focando nos processos de comunicação e parceria, a Escola dos Efeitos Desejados enfatiza os resultados da prática de enfermagem e a experiência do utente, a Escola da Promoção da Saúde tem como objetivo central estimular comportamentos saudáveis, a Escola do Ser Humano Unitário e a Escola do Cuidar privilegiam a visão holística do indivíduo e a dimensão do cuidado humano (José & Sousa, 2021).

As teorias de enfermagem podem ainda ser classificadas segundo o seu grau de abstração e objetivos em três níveis principais. As grandes teorias apresentam elevado nível de generalização, propondo conceitos amplos sobre a natureza e missão da enfermagem e sobre os objetivos do cuidado, sendo suficientemente estruturadas para permitir testes e validação empírica. As teorias de médio alcance, possuem menor grau de abstração, abordando fenómenos ou conceitos específicos da prática, como cuidados clínicos, administrativos ou educativos, e refletindo situações concretas que atravessam diferentes contextos de atuação em enfermagem. Por fim, as teorias específicas são desenvolvidas para explicar e orientar intervenções em contextos clínicos ou populações particulares, fornecendo enquadramentos diretamente aplicáveis a determinados campos de prática (Allgood & Tomey, 2018, citados por Rocha & Martins, 2024).

As teorias de enfermagem constituem um conjunto organizado de pressupostos e proposições que explicam fenómenos e orientam a ação profissional (Alligood & Tomey, 2018, citados por Rocha & Martins, 2024). Neste sentido, assumem relevância na fundamentação da prática, contribuindo para a construção da autonomia profissional e orientando as dimensões assistencial, pedagógica e investigativa da enfermagem (Queirós, Vidinha, & Filhos, 2014).

A adoção de um referencial teórico específico confere coerência e intencionalidade às intervenções, favorece o desenvolvimento do conhecimento disciplinar e possibilita a compreensão das relações entre dados recolhidos, diagnósticos formulados e intervenções implementadas, permitindo antecipar e interpretar fenómenos emergentes no contexto da prática clínica. Assim, a articulação entre teoria e prática contribui para a consolidação da identidade profissional e para o desenvolvimento de competências especializadas (Lacerda, Santos, Tonin, & Diogo, 2024).

No âmbito do Estágio do ESCSP com relatório, dois modelos teóricos assumiram particular relevância como referenciais orientadores da prática, do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas, e do desenvolvimento do PIC *Cuidar sem Pressão* que são: o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP) e a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, constituindo ambos pilares conceptuais fundamentais na orientação das estratégias implementadas e das intervenções realizadas.

Embora estes modelos tenham orientado toda a prática de estágio, foram selecionados por, entre o referencial teórico disponível, melhor se adequarem ao propósito central do PIC *Cuidar sem Pressão*, direcionado para a capacitação de utentes com UPP, cuidadores informais e enfermeiros da UCC CJ, visando a deteção precoce e a prevenção destas lesões. A escolha dos modelos teóricos de Nola Pender e Dorothea Orem fundamenta-se na necessidade de integrar duas perspetivas complementares no âmbito da prevenção das UPP: uma abordagem abrangente, centrada na promoção da saúde, e outra mais focalizada no autocuidado.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender permite uma leitura global da pessoa inserida no seu contexto, valorizando fatores individuais, comportamentais e ambientais que influenciam a adoção de comportamentos preventivos. Esta perspetiva é particularmente relevante na área das UPP, onde a prevenção exige mais do que intervenções técnicas, implicando a mobilização de conhecimentos, atitudes e comportamentos dos utentes, cuidadores e profissionais. Assim, este modelo sustenta intervenções de educação para a saúde e capacitação, promovendo uma abordagem preventiva estruturada e contínua.

Por outro lado, a Teoria do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem introduz uma abordagem mais específica e operacional, centrada na identificação de défices de autocuidado e na intervenção do enfermeiro para os colmatar. No contexto das UPP, este modelo orienta a prática clínica para a avaliação da capacidade funcional, identificação das necessidades e implementação de intervenções concretas, como o posicionamento, vigilância da pele e promoção da mobilidade, reforçando o papel do enfermeiro na gestão direta do risco.

No que respeita à capacitação dos enfermeiros nesta área, a articulação destes modelos permite sustentar uma prática clínica mais consistente e intencional. Estes modelos não só contribuem para a capacitação dos enfermeiros enquanto educadores e promotores de saúde, como também reforçam a sua competência na prestação de cuidados individualizados, baseados na avaliação do autocuidado e na gestão do risco. A integração dos modelos de Pender e Orem no PIC *Cuidar sem Pressão* revela-se, assim, fundamental para

sustentar teoricamente as intervenções desenvolvidas e potenciar ganhos em saúde. Se seguida, nos subcapítulos 2.1 e 2.2 serão descritos com mais pormenor os modelos utilizados neste percurso formativo.

2.1 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender foi desenvolvido na década de 1980 por Nola J. Pender, professora na Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos, integrando contributos da enfermagem, da psicologia e da sociologia (Silva & Santos, 2010). O MPSNP situa-se no nível das grandes teorias de enfermagem, pois propõe um referencial abrangente para compreender e orientar comportamentos de saúde ao longo do ciclo vital, explicando de forma ampla a interação entre fatores individuais, interpessoais e contextuais que influenciam a adoção de práticas promotoras de saúde (José & Sousa, 2021)

Em termos de paradigma, o MPSNP enquadra-se no paradigma da Integração, considerando a interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais, e reconhecendo a autonomia do indivíduo na gestão da sua saúde. Relativamente à escola de pensamento, o modelo de Nola Pender pertence à Escola da Promoção da Saúde, que tem como foco principal a capacitação do indivíduo e da comunidade para adotarem comportamentos saudáveis, desenvolvendo competências para manter ou melhorar a qualidade de vida (José & Sousa, 2021).

A teoria de Nola Pender parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo, e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada uma define a sua própria saúde mais importante do que o conceito genérico. Por isso, a pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos, percetivos e fatores sociais. A proposta de Nola Pender centra-se na motivação do indivíduo para adotar práticas que promovam a saúde ao longo do ciclo vital, considerando a pessoa como agente ativo no seu cuidado. Assim o conceito de promoção da saúde, é entendida como um processo contínuo e dinâmico, que visa fortalecer os recursos do indivíduo para manter ou melhorar o seu bem-estar. Este conceito diferencia-se da simples prevenção de doença, ao enfatizar a capacitação das pessoas para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde, assumindo a responsabilidade pelas escolhas que impactam o seu estado de saúde (Silva & Santos, 2010).

Este modelo surge como uma ponte entre a prática clínica e a ciência do comportamento, permitindo aos enfermeiros compreenderem de que forma fatores individuais, interpessoais e contextuais influenciam a adoção de comportamentos promotores de saúde (Silva & Santos, 2010). O MPSNP organiza o comportamento humano em saúde em três componentes fundamentais: características e experiências individuais; sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento desejado; e comportamento de promoção da saúde desejável (Santi & Baldissera, 2023).

As características individuais incluem fatores biológicos, como sexo, idade e índice de massa corporal, fatores psicológicos, como autoestima e auto motivação, e fatores socioculturais, como nível educacional, etnia e contexto socioeconómico. O conhecimento destas dimensões permite compreender como as experiências e atributos pessoais condicionam as escolhas de saúde e a disposição para mudança (Aguar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021). Esta componente inclui também o comportamento anterior, ou seja, o comportamento existente e que deve ser mudado, uma vez têm influência direta nos comportamentos futuros

e, portanto, são fatores que podem direta e indiretamente influenciar no comportamento de promoção de saúde. (Santi & Baldissera, 2023; Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021)

O segundo componente, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento desejado, permite orientar a definição de metas de saúde e compreender as variáveis que influenciam a probabilidade de adoção de comportamentos específicos. Entre estas, destacam-se:

- a percepção dos benefícios do comportamento (resultados positivos);
- as barreiras para a adoção de ações promotoras da saúde, que se devem constituir um núcleo de atenção para a enfermagem porque eles podem ser modificados por meio de intervenções;
- a percepção de autoeficácia, que se revela determinante no compromisso com o comportamento de saúde. Segundo Pender, quanto maior a confiança do indivíduo na sua capacidade de realizar determinada ação, maior a probabilidade de persistência e manutenção desse comportamento. Emoções positivas associadas à prática de ações promotoras de saúde reforçam a motivação, criando um ciclo de retroalimentação que sustenta o comportamento ao longo do tempo;
- os afetos relacionados com a atividade, são sentimentos subjetivos que ocorrem antes, durante ou após uma atividade, podendo ser positivos ou negativos, e que influenciam o comportamento de saúde e a ação promotora da saúde;
- as influências interpessoais, como o apoio de familiares, pares ou profissionais de saúde. Pender, evidencia que a socialização e o suporte social podem reforçar ou dificultar a adesão a comportamentos saudáveis.
- as influências situacionais, que dizem respeito às percepções das opções disponíveis no ambiente e às normas e regulamentos, podendo facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde. É importante ter conhecimento dessas influências para poder aproveitar ou criar um contexto ambiental propício ao comportamento promotor de saúde (Santi & Baldissera, 2023).

Este conjunto de fatores demonstra que a adoção de comportamentos saudáveis não depende apenas da vontade do indivíduo, mas da interação complexa entre percepções, emoções e contexto ambiental. Comportamentos previamente adquiridos moldam crenças e percepções, influenciando diretamente a adoção de novos hábitos promotores de saúde (Santi & Baldissera, 2023).

O terceiro componente, o comportamento de promoção da saúde desejável, traduz-se na ação concreta do indivíduo, impulsionada pelo compromisso com um plano de ação. Trata-se da materialização do compromisso assumido, momento em que o indivíduo transforma a intenção em prática concreta. Nessa fase, emergem exigências concorrentes e a necessidade de estabelecer prioridades, uma vez que fatores internos e externos podem influenciar a continuidade da conduta adotada. A forma como o indivíduo responde a esses desafios evidencia seu nível de autonomia e percepção de autoeficácia, elementos que orientam a atuação do enfermeiro no apoio, monitorização ou supervisão do processo (Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021).

O compromisso com o plano de ação constitui um constructo central, pois envolve a definição de estratégias viáveis e coerentes com a realidade do sujeito. Fatores competitivos imediatos, como responsabilidades laborais e familiares, bem como preferências pessoais, podem interferir na implementação do comportamento, favorecendo ou dificultando sua manutenção. Assim, a adoção e a consolidação de práticas promotoras de saúde dependem da capacidade de se integrar essas variáveis ao quotidiano, minimizando barreiras e potencializando os fatores facilitadores (Aguiar, Barbosa e Silva, Queiroz, & Santos, 2021).

2.2 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), desenvolvida por Dorothea Orem entre 1959 e 1985, constitui um dos referenciais conceptuais mais consistentes e amplamente reconhecidos na disciplina de enfermagem. Formalizada e sistematizada na obra *Nursing: Concepts of Practice*, publicada inicialmente em 1971, esta teoria apresenta-se como um modelo explicativo da necessidade de cuidados de enfermagem, sustentado na relação entre as exigências terapêuticas de autocuidado e a capacidade da pessoa para lhes responder de forma autónoma (Orem, 2001).

A TDAE caracteriza-se por um elevado nível de abstração conceptual, sendo por isso considerada uma grande teoria de enfermagem, na medida em que procura explicar dimensões amplas da experiência humana relacionadas com a saúde, o desenvolvimento e a funcionalidade. Ao oferecer uma estrutura teórica abrangente, fornece fundamentos para a prática clínica, para o ensino e para a investigação em enfermagem, permitindo a operacionalização de conceitos centrais como autocuidado, défice e sistemas de enfermagem (Rocha & Martins, 2024).

A TDAE insere-se em termos epistemológicos das teorias de enfermagem, no paradigma da Integração, emergente no período pós-Segunda Guerra Mundial, que marcou uma transição relevante na enfermagem, deslocando o foco do cuidado centrado na doença para uma abordagem centrada na pessoa enquanto ser biopsicossocial e espiritual. Neste enquadramento, a prática de enfermagem passa a orientar-se para a promoção, manutenção e recuperação da saúde da pessoa considerada na sua globalidade, valorizando a interação entre indivíduo, ambiente e processo saúde-doença. A teoria de Dorothea Orem enquadra-se ainda na escola de pensamento das Necessidades, onde o cuidado se centra na independência da pessoa em relação à satisfação das suas necessidades básicas ou na capacidade para realizar os seus autocuidados (*self-care*) (Rocha & Martins, 2024).

A TDAE estrutura-se em três componentes conceptualmente articuladas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001). Na Teoria do Autocuidado, Orem, sustenta que cada pessoa possui potencial para cuidar de si, resultado das competências, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo do ciclo vital, assumindo o papel de agente de autocuidado. Esta capacidade é condicionada por fatores básicos, que variam consoante a etapa de desenvolvimento e incluem o estado de saúde, o nível educacional, as vivências pessoais e o contexto sociocultural (Petronilho, 2012). Assim o autocuidado é uma função humana que é reguladora e que não é inata, já que necessita de ser aprendida e desenvolvida. Petronilho (2012) reforça que o conceito de autocuidado se encontra intimamente associado à autonomia, independência e responsabilidade individual, assumindo-se como expressão da capacidade da pessoa para gerir a sua própria saúde (Queirós et al., 2014).

Para que o autocuidado seja efetivamente alcançado, Orem (2001) identifica três categorias de requisitos: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais dizem respeito às necessidades comuns a todos os indivíduos, relacionadas com a manutenção dos processos vitais e da integridade estrutural e funcional. Os requisitos de desenvolvimento emergem de transições ou etapas específicas do ciclo de vida, implicando adaptações que favoreçam o crescimento e previnam desequilíbrios. Os requisitos de desvio de saúde decorrem de situações de doença, lesão ou incapacidade, exigindo ações específicas associadas ao diagnóstico e tratamento, bem como à adaptação às limitações impostas pela condição clínica (Queirós et al., 2014).

Já a Teoria do Défice de Autocuidado constitui o eixo central do contributo da TDAE, ao explicar que a necessidade de cuidados de enfermagem surge quando as exigências de autocuidado ultrapassam a capacidade da pessoa para lhes responder autonomamente. A identificação desse défice orienta a intervenção do enfermeiro, que deve ajustar estratégias de apoio ou compensação às necessidades identificadas (Petronilho, 2012). Assim, os défices são entendidos como limitações que requerem intervenção profissional para preservar a funcionalidade e independência, implicando coordenação com outros profissionais e articulação com os recursos disponíveis.

Este processo envolve o estabelecimento de relação terapêutica, a avaliação contínua dos resultados, a elaboração de planos individualizados, o envolvimento de pessoas significativas e a integração do contexto de vida da pessoa. O défice de autocuidado pode ser permanente ou transitório (Queirós et al., 2014). Desta forma, a Teoria do Défice de Autocuidado constitui um referencial estruturante para o planeamento em enfermagem, ao identificar necessidades, orientar intervenções individualizadas e sustentar uma prática centrada na capacidade da pessoa para aprender, decidir e assumir um papel ativo no cuidado de si própria (Joaquim, J., Barbosa, S., Perin, J., Dantas, B., Madeiros, Y., Nitschke, R., Alvarez, A, 2023).

Por fim, na Teoria dos Sistemas, o processo de enfermagem emerge como um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, realizar um planeamento e intervir. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem define a forma como se organiza a prática, de acordo com a magnitude das necessidades de autocuidado e a capacidade da pessoa para as satisfazer (Petronilho, 2012). Assim, a enfermeira planeia o sistema de enfermagem tendo em conta as necessidades de autocuidado e as capacidades do indivíduo para desempenhar o autocuidado (Queirós et al., 2014). O sistema pode ser:

- sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado;
- sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só;
- apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Queirós et al., 2014)

Independentemente do sistema adotado, a inclusão da pessoa e do seu contexto no processo de cuidados potencia a adesão, promove a coprodução e reduz os défices identificados, reforçando a autonomia no percurso saúde-doença (Joaquim et al., 2023). A TDAE estabelece, assim, uma articulação consistente entre o pensamento teórico e a prática clínica, permitindo interpretar diagnósticos e resultados como indicadores de défices de autocuidado (Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M., 2022).

2.3 Aplicação do MPSNP e da TDAE na prática de cuidados do EESCSP

Na reflexão sobre a prática enquanto EESCSP, reconhece-se que os modelos de Nola Pender e de Dorothea Orem assumiram um papel orientador fundamental, funcionando como referenciais complementares na tomada de decisão e na organização da intervenção. De forma metafórica, estes modelos podem ser compreendidos como instrumentos de orientação distintos, mas interdependentes: enquanto um direciona a atuação no domínio dos comportamentos e da promoção da saúde, o outro, estrutura a resposta no âmbito das necessidades e da autonomia funcional.

No que se refere ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a sua integração na prática em contextos específicos de estágio, como a saúde escolar, as consultas de respiratórias na comunidade (com o PNT), na vacinação e no programa diabetes em movimento, permitiu uma maior consciencialização da complexidade envolvida nos processos de mudança comportamental. Tornou-se progressivamente evidente que a eficácia das intervenções em saúde nestas comunidades não depende apenas da transmissão de informação, mas da capacidade de compreender como os indivíduos percebem, valorizam e incorporam essa informação nas suas rotinas diárias.

Neste sentido, as intervenções passaram a focar-se no desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde adaptadas aos níveis de literacia e aos contextos socioculturais de cada grupo, promovendo simultaneamente a adesão a programas de promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção da tuberculose, vacinação e controlo da diabetes, através da identificação de barreiras e do reforço de fatores motivacionais e de promoção de autoeficácia. Paralelamente, foi promovida a criação de contextos facilitadores da adoção de comportamentos saudáveis, integrando estas intervenções nos diferentes programas de saúde, por meio da redução de barreiras de acesso e da aproximação dos cuidados aos contextos de vida. Neste âmbito, o enfermeiro assume-se como arquiteto de escolhas, aplicando estratégias de *nudge* ao organizar o ambiente e a forma como as opções são apresentadas, promovendo decisões de saúde mais favoráveis sem restringir a liberdade do utente.

No âmbito da saúde escolar, promoveram-se comportamentais saudáveis com recurso a sinalética apelativa para escolhas alimentares saudáveis; no Plano Nacional para a Tuberculose, reforçou-se a acessibilidade ao tratamento e a adesão terapêutica através de acompanhamento de proximidade; no programa Diabetes em Movimento, facilitaram-se condições para a prática regular de atividade física com suporte comunitário e reforço motivacional; no Plano Nacional de Vacinação, implementaram-se mecanismos de convocatória ativa para aumentar a adesão e, nas ECCI, privilegiaram-se intervenções ajustadas ao contexto familiar, envolvendo cuidadores e redes de apoio. Esta abordagem contribuiu para a transição de uma prática predominantemente informativa para uma intervenção orientada à transformação efetiva de comportamentos, com impacto significativo na promoção da saúde em diversos contextos comunitários, fortalecendo o alcance e a eficácia de políticas de saúde pública.

Mais especificamente, a utilização do MPSNP, como guia estruturador para a implementação do PIC *Cuidar sem Pressão* evidenciou-se como uma mais-valia. Numa primeira fase, permitiu perceber que as características e experiências individuais assumem particular relevância, uma vez que fatores como idade avançada, limitação da mobilidade, estado nutricional, comorbilidades e contexto sociofamiliar influenciam diretamente o risco de desenvolvimento de UPP. A análise destas variáveis, conforme proposto pelo MPSNP, permitiu individualizar as intervenções, reconhecendo que os comportamentos de prevenção não emergem de forma isolada, mas são moldados pela história clínica, pelos recursos disponíveis e pelas experiências prévias da pessoa. Ao longo da intervenção, o reforço da perceção dos benefícios associados à implementação dos cuidados preventivos, bem como a identificação de barreiras aos cuidados, revelou-se determinante para a promoção da autoeficácia. Esta foi desenvolvida através de um programa estruturado de capacitação dos utente e cuidadores, sustentado no reforço positivo, contribuindo de forma consistente para a adesão e manutenção de comportamentos preventivos.

As influências interpessoais e situacionais, também descritas por Nola Pender, ganham expressão neste contexto comunitário, onde familiares, cuidadores e profissionais de saúde desempenham papel determinante na criação de ambientes favoráveis à prevenção de UPP. O PIC *Cuidar sem pressão*, reconheceu

esta dimensão ao integrar ações de capacitação dirigidas não apenas ao utente e cuidador, mas também aos enfermeiros da ECCI, promovendo corresponsabilização e o aumento da literacia em saúde nesta área. Por fim, o comportamento de promoção da saúde desejável, traduzido no compromisso com um plano de ação preventivo, permitiu haver ganhos em saúde neste grupo comunitário.

Por sua vez, a TDAE permitiu consolidar um raciocínio clínico mais robusto, ao estruturar a avaliação, planeamento e intervenção centrada nas necessidades de autocuidado de indivíduos, famílias e comunidades. Esta teoria foi essencial para a abordagem da comunidade de utentes e cuidadores das ECCI, pois permitiu analisar de forma sistemática a autonomia e a capacidade funcional das pessoas, identificando défices de autocuidado no utente e cuidadores, orientando respostas ajustadas às necessidades reais.

Na prática de saúde comunitária, a aplicação deste modelo fortalece competências do enfermeiro na avaliação multidimensional, integrando fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o autocuidado. Permite ainda definir intervenções diferenciadas e selecionar o sistema de enfermagem mais adequado — compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educativo — de acordo com a capacidade da pessoa e/ou comunidade. Esta abordagem promove uma prática centrada na autonomia, na utilização eficiente de recursos locais e na adaptação das ações às características da comunidade. Adicionalmente, a TDAE reforça as competências na gestão e continuidade de cuidados, particularmente relevantes na articulação entre diferentes níveis de prestação.

Na implementação do PIC *Cuidar sem Pressão*, a utilização do TDAE foi bastante útil como guia orientador da prática de cuidados. Neste contexto, o autocuidado traduz-se na adoção por parte do utente ou cuidador de comportamentos adequados, como a vigilância do estado da pele, a realização de mudanças de posicionamento, a manutenção de adequada nutrição e hidratação e a utilização correta de superfícies de alívio de pressão, para que se consiga prevenir o aparecimento de UPP. Em todos os indivíduos existe a necessidade de equilíbrio entre a atividade de repouso/atividade e os fatores inerentes à resistência da pele para que se possa manter a integridade cutânea (requisitos universais). Contudo, com o envelhecimento da pele e progressiva perda de mobilidade inserida no ciclo vital do indivíduo (requisitos de desenvolvimento), este equilíbrio pode ser afetado, aumentando o risco de desenvolvimento de UPP ou mesmo proporcionando o aparecimento de UPP (requisitos de desvio de saúde).

Esta teoria permitiu perceber que nesta área de cuidados, por vezes as exigências terapêuticas de autocuidado excedem a capacidade física, emocional ou cognitiva da pessoa ou do seu cuidador, ou o conhecimento dos fatores de risco e comportamento a adotar para a prevenção de UPP. A identificação precoce deste desequilíbrio orientou o planeamento de intervenções individualizadas e baseadas na evidência. Importa salientar que o cuidador também necessita de cuidados, sendo fundamental identificar eventuais défices no seu autocuidado, sobretudo face ao risco de sobrecarga física, emocional e psicológica associado à prestação contínua de cuidados. A sobrecarga do cuidador pode comprometer a sua capacidade de autocuidado e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados, sendo imperativo atuar sobre o cuidador também.

Assim, a avaliação sistemática do risco de desenvolvimento de UPP, aliada à análise das capacidades funcionais e do contexto familiar, permitiu determinar a magnitude do défice e selecionar estratégias adequadas. Para o planeamento do processo de enfermagem, no âmbito do PIC *Cuidar sem Pressão*, o sistema de apoio-educação assumiu particular relevância, sobretudo junto dos cuidadores. A capacitação destes intervenientes, através da demonstração de técnicas de posicionamento, da orientação quanto à inspeção cutânea e da gestão de fatores nutricionais, contribui para reduzir o risco e minimizar complicações.

No que se refere à capacitação do grupo profissional de enfermagem na área da prevenção das UPP, o MPSNP permitiu orientar a identificação de fatores de barreira, bem como crenças e atitudes deste grupo face ao tema, possibilitando compreender em que medida estes aspetos influenciam a sua prática de cuidados. Já a TDAE constitui um referencial estruturante, ao permitir organizar o processo de ensino-aprendizagem em torno da identificação de défices de conhecimento deste grupo. A identificação destas lacunas permite orientar estratégias formativas direcionadas, promovendo a atualização de conhecimentos, o desenvolvimento de competências técnico-científicas e o reforço do pensamento crítico. Desta forma, o processo de capacitação torna-se contínuo e ajustado às necessidades do grupo, contribuindo para a melhoria das práticas clínicas, a autonomia profissional e a qualidade dos cuidados prestados (Figura 1).

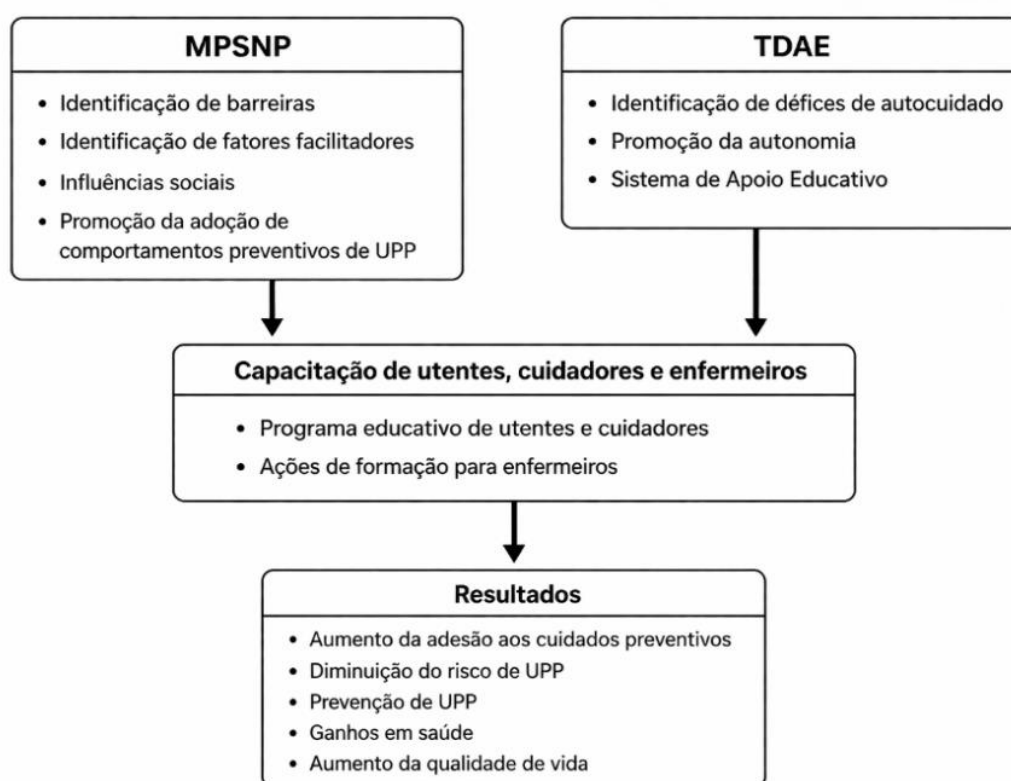


Figura 1 – Contributos do MPSNP e da TDAE para o PIC

Fonte: Elaboração própria

3. Competências do Enfermeiro Especialista

Neste capítulo, pretende-se realizar uma análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas no Estágio de ESCSP. A realização do estágio e o planeamento e execução do PIC *Cuidar sem Pressão* têm como objetivo promover o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (OE, 2019a), bem como das competências específicas da enfermagem especializada na área da saúde comunitária e de saúde pública, de acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (OE, 2018).

O Enfermeiro Especialista (EE) é um profissional dotado de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados, evidenciando elevada capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão, em consonância com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a). No âmbito da minha formação especializada, e em articulação com a enfermeira orientadora de estágio, procedeu-se ao planeamento estruturado das atividades a realizar, de modo a permitir, num primeiro contacto, uma compreensão global das atividades desenvolvidas na USP Polo C e na Unidade UCC CJ, (previamente descritas no capítulo 1 deste relatório), para posteriormente se priorizarem as atividades que favorecessem o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, tal como preconizado pela OE, e detalhadas no Projeto de Aprendizagem (Apêndice 1).

Considerando que o tempo de estágio constitui um recurso limitado, esta priorização teve em conta não apenas a relevância das atividades para a formação, mas também a área escolhida para a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária (PIC). Neste contexto, o desempenho da atividade assistencial na ECCI assumiu particular relevância, correspondendo à maior parte das horas de estágio, seguida das áreas em que as enfermeiras orientadoras desenvolvem a sua prática quotidiana, nomeadamente os programas PNSE, PNT e ECL.

Adicionalmente, a época de estágio coincidiu com momentos estratégicos da implementação de programas nacionais, destacando-se a participação nas atividades do PNV, particularmente durante a campanha de vacinação sazonal, e no PND, com o arranque anual do programa “Diabetes em Movimento”. Por circunstâncias pontuais descritas oportunamente, foi também possível colaborar nos Planos Nacional do Radão (PNRd) e no PNPCDV, ampliando a experiência prática em contextos diversificados.

Importa salientar o papel determinante da enfermeira orientadora e da restante equipa da unidade, cujo acompanhamento próximo, partilha de conhecimentos e apoio contínuo foram fundamentais para a concretização dos objetivos delineados, garantindo uma aprendizagem estruturada, integrada e alinhada com as competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública.

Deste modo, apresentam-se de seguida uma descrição das atividades desenvolvidas nos dois contextos de estágio e na reflexão dos resultados de aprendizagem alcançados para a concretização das competências comuns do EESCSP no subcapítulo 3.1, e das competências específicas da EESCSP no subcapítulo 3.2. Apesar de todas as atividades em geral terem contribuído para o desenvolvimento de diversas competências, optou por desenvolver em mais pormenor, em cada competência, a atividade e programa que mais ajudou a desenvolver a competência em questão, reconhecendo, porém, que todas as atividades foram essenciais para o processo formação de competências especializadas. Esta abordagem visa evitar a descrição exaustiva de todas as atividades para cada competência, o que tornaria o relatório repetitivo, permitindo concentrar a análise nas experiências mais relevantes.

3.1 Reflexão sobre a aquisição das competências comuns do EESCSP

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, as competências comuns “(...) são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE,2019a).

Neste regulamento são descritas as seguintes competências comuns do EE:

- a responsabilidade profissional, ética e legal: que implica o exercício da prática profissional de forma ética, legal e deontologicamente correta, assegurando o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa;
- a melhoria contínua da qualidade: que se refere à capacidade de promover, implementar e avaliar práticas clínicas orientadas para a excelência, com foco na segurança e qualidade dos cuidados prestados, apoiando estratégias institucionais de governação clínica;
- a gestão dos cuidados: que compreende a organização, coordenação e supervisão dos cuidados de enfermagem, otimizando os recursos disponíveis, garantindo a articulação com equipas interdisciplinares e respondendo adequadamente às necessidades da pessoa, grupo ou comunidade;
- o desenvolvimento das aprendizagens profissionais: que envolve o compromisso com a aprendizagem ao longo da vida, a atualização permanente do conhecimento com base em evidência científica e a promoção da formação contínua e partilha de saberes entre os profissionais de saúde (OE,2019a).

Nos subcapítulos 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 e 3.1.4, apresenta-se a descrição das atividades desenvolvidas nos dois contextos de estágio, acompanhada da reflexão sobre os resultados de aprendizagem alcançados, com vista à concretização das competências comuns do EESCSP previamente descritas.

3.1.1 Competência do domínio comum: Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio desta primeira competência, o EESCSP deve exercer a sua prática em estrita conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assegurando cuidados que respeitam simultaneamente a segurança do utente, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

Este enquadramento alicerça-se na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), que consagra o direito universal à saúde, independentemente da situação sociocultural ou estatuto migratório e impõe os princípios de igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade, com especial ênfase na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Complementarmente, o Código Deontológico (OE, 2015) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) orientam a conduta profissional, exigindo ao enfermeiro uma assistência isenta de imperícia, negligência ou imprudência, salvaguardando a segurança, dignidade e autonomia da pessoa, grupo ou comunidade (OE, 1998).

Neste sentido, durante este estágio, para o desenvolvimento desta competência, executei a minha prática profissional pautada pela responsabilidade ética e legal, assumindo como fundamental a prestação de cuidados aos utentes, grupos e comunidades de forma segura, livre de imperícia, negligência ou imprudência, conforme estabelecido pelo Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a). Esta conduta sistemática permitiu integrar os referenciais normativos na prática diária, fortalecendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

A aplicação destes princípios éticos e legais foi transversal a todos os contextos de estágio onde me foi possível participar e intervir mais aprofundadamente: na consulta de Doenças Respiratórias na Comunidade (onde se dinamiza o Plano Nacional para a Tuberculose), e nas atividades integradas no: Programa Nacional para a Diabetes (nomeadamente com o programa comunitário: Diabetes em Movimento), nas atividades do Programa Nacional de Saúde Oral, nas atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar, nas atividades do Programa Nacional de Vacinação e na Equipa de ECCI. Estes programas envolvem populações diversas, incluindo crianças, idosos, migrantes e indivíduos em situação de vulnerabilidade, o que exige que cada intervenção seja cuidadosamente planeada, adaptada às necessidades específicas da população e fundamentada em evidência científica.

Na ECCI, a prática ética exige respeito pela privacidade do utente e da família, pela autonomia e autodeterminação do indivíduo, assim como proteção de pessoas em situação de vulnerabilidade, assegurando cuidados centrados na pessoa e no seu ambiente familiar. No PND – Diabetes em Movimento, enquanto programa comunitário, a prática ética e legal envolve promoção da adesão terapêutica, monitorização sistemática dos parâmetros clínicos, proteção da confidencialidade e capacitação dos utentes para o desenvolvimento de competências de autocuidado e prevenção de complicações crónicas.

No PNT, a observância de princípios éticos e legais é essencial para garantir monitorização adequada, sigilo de dados clínicos e cuidados individualizados. A preservação do sigilo é particularmente crítica, dada a estigmatização social associada à tuberculose, prevenindo exclusão social, impacto psicológico e barreiras à adesão terapêutica.

Nos programas PNSE e PNSO, a aplicação de normas éticas e legais assegura que ações educativas e preventivas respeitem crenças, valores e diversidade cultural, promovam inclusão e incentivem a participação ativa de alunos e famílias, fortalecendo a equidade e a justiça social na saúde comunitária. Em todas as intervenções, a observância rigorosa dos princípios éticos garantiu que todos os utentes tenham recebido informações claras, adequadas ao seu contexto cultural e linguístico, permitindo a tomada de decisões informadas e a obtenção de consentimento prévio antes da implementação de qualquer intervenção.

No âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV), promoveu-se a literacia em saúde de forma a aumentar os comportamentos de adesão, respeitando simultaneamente a autonomia do utente, a sua segurança e a confidencialidade dos dados. Esta abordagem salvaguarda os direitos dos indivíduos, fortalece a prevenção de doenças e reforça a confiança da comunidade no processo de vacinação. Deste modo, o enfermeiro atua de forma ética e responsável, integrando rigor técnico com a promoção efetiva da saúde coletiva.

Em todos estes programas, assegurou-se também o acesso equitativo aos cuidados de saúde. Esta prática reforça o compromisso com a dignidade humana e com o princípio da justiça social, elementos centrais da

ética profissional. A prática ética e legal permitiu ainda consolidar a confiança da comunidade na prestação de cuidados, respeitando a dignidade dos indivíduos e as suas necessidades e particularidades; em conformidade com os princípios deontológicos e legais preconizados pela OE (OE, 2015a) e alinhada com o REPE (OE, 1998).

No que concerne especificamente à garantia de segurança do utente, realizou-se a monitorização de riscos e a implementação de medidas preventivas e corretivas nos cuidados prestados em todas as atividades, melhorando a qualidade assistencial, em consonância com o Programa Nacional para a Segurança do Utente 2021-2016 (DGS, 2021c); que tem como objetivo central promover práticas seguras e ambientes seguros, promovendo entre várias atividades, a prevenção da infeção (nomeadamente das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde), a prevenção da UPP e de quedas. A execução de práticas como higienização das mãos, verificação da identidade, comunicação eficaz, e implementação de cuidados preventivos de quedas e de UPP (com o desenvolvimento do próprio PIC na área da prevenção de UPP), consolidou a responsabilidade profissional, reforçando a segurança e o bem-estar dos utentes, e constituíram como expressões de responsabilidade profissional e de compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados prestados na ULS BI.

Paralelamente, ao longo do estágio, surgiram diversos dilemas éticos que exigiram a tomada de decisões conscientes e fundamentadas, sendo essencial a partilha de conhecimento com a equipa multidisciplinar e com especialistas da área. Situações como recusa de vacinação, gestão da privacidade em domicílios e escolas, ou recusa de tratamento, foram objeto de reflexão e discussão entre os pares. Especificamente foi-me proposto trabalhar em equipa um dilema ético que mais marcou a equipa da ECCI durante o estágio: recusa de tratamento de um utente.

Para aprofundar esta experiência, realizei uma reflexão individual detalhada sobre o dilema, apresentada no Apêndice 2, permitindo desenvolver uma prática reflexiva e autocrítica. Decidi usar o Modelo de Tomada de Decisão Ética de *Treviño*, dado que este fornece uma abordagem sistemática para avaliar decisões éticas em contextos complexos, integrando tanto fatores individuais como organizacionais.

Este modelo permitiu considerar múltiplas dimensões da decisão, incluindo a influência da cultura organizacional, os códigos de conduta profissional, a legislação aplicável e os valores éticos centrais da enfermagem. Ao aplicar o modelo, consegui identificar os dilemas conflituantes, ponderar alternativas de intervenção e refletir sobre os impactos potenciais para o utente, a equipa e a comunidade. A análise deste caso, com participação ativa na tomada de decisões coletivas, contribuiu significativamente para a consolidação da capacidade de julgamento crítico e ético, competências centrais na prática do enfermeiro especialista. Este processo fortaleceu a compreensão de que a prática ética especializada exige não apenas conhecimento técnico, mas também sensibilidade e discernimento para equilibrar necessidades do utente, normas legais e valores profissionais.

Ainda durante o estágio, a atividade de desenvolvimento e submissão do PIC *Cuidar sem Pressão* à Comissão de Ética (CE) e ao Conselho de Administração (CA), exigiu planeamento detalhado, articulação com múltiplos intervenientes (nomeadamente com o Gabinete de Investigação da ULS BI) e cumprimento rigoroso dos requisitos éticos e legais.

Este processo permitiu antecipar desafios, integrar conhecimento teórico na prática e assegurar que todas as fases do PIC respeitassem os direitos humanos, a dignidade dos utentes e os princípios de não discriminação, demonstrando a complexidade da prática especializada. Reconhece-se que este percurso foi deveras complexo para o investigador, dada a multiplicidade de procedimentos, requisitos e validações necessárias.

A colheita de dados no âmbito do PIC *Cuidar sem Pressão* exigiu procedimentos rigorosos, iniciando-se pela obtenção de consentimento informado adaptado às especificidades culturais, linguísticas e sociais da população. Este passo foi essencial para assegurar a participação voluntária, promover a autonomia dos utentes e incentivar o envolvimento ativo nas atividades do projeto. Posteriormente, a proteção dos dados pessoais e da confidencialidade constituiu uma prioridade central, sendo implementadas medidas para garantir o sigilo das informações, o armazenamento seguro e o acesso restrito à informação colhida. Desta forma, foram assegurados a confidencialidade e segurança dos dados pessoais.

Acresce por fim, que os modelos de Nola Pender e de Dorothea Orem sustentam, de forma consistente, o exercício desta competência, ao fornecerem um enquadramento teórico que orienta a prática de cuidados em conformidade com os princípios éticos, legais e deontológicos da enfermagem.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender contribui significativamente para a implementação de intervenções centradas na pessoa, ao valorizar a sua autodeterminação, perceções, escolhas e contexto de vida. Esta abordagem permite que as decisões de saúde sejam informadas, promovendo a adesão voluntária e consciente às medidas de prevenção e promoção da saúde, evitando estratégias impositivas. Em consonância com os princípios de autonomia, dignidade e respeito pela pessoa, consagrados no Código Deontológico, o modelo orienta o enfermeiro para compreender as barreiras e motivadores individuais, adaptando a intervenção às necessidades, capacidades e valores de cada utente.

Por sua vez, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem reforça a centralidade da autonomia no cuidado de enfermagem, orientando o profissional para capacitar o utente a assumir um papel ativo na gestão do seu próprio cuidado. Ao identificar défices de autocuidado e mobilizar recursos compensatórios ou educativos adequados, esta teoria fornece um quadro estruturado para avaliar a capacidade funcional, planear intervenções individualizadas e monitorizar resultados. Assim, a aplicação combinada destas abordagens permite ao enfermeiro integrar conhecimento teórico e prática clínica, promovendo cuidados éticos, seguros e centrados na pessoa.

Para uma visualização sintética do desenvolvimento da competência de responsabilidade profissional, ética e legal, o Quadro 1 apresenta de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Competência	Objeto de aprendizagem	Resultado de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Demonstrar uma prática profissional ética e legal, assegurando cuidados centrados na pessoa/comunidade e respeitando os direitos humanos, a dignidade, a privacidade e a confidencialidade.	- Identificação e respeito das normas ético-legais aplicáveis às intervenções nos diferentes grupos comunitários; - Consulta de legislação aplicável, Código Deontológico, REPE e regulamentos internos das unidades; - Garantia da confidencialidade da informação dos utentes ou comunidades durante todas as ações de enfermagem desenvolvidas; - Garantia do consentimento informado e voluntário nas atividades desenvolvidas e na implementação do PIC; - Tomada de decisões fundamentadas em conhecimentos científicos e princípios ético-legais, promovendo uma prática colaborativa e deontologicamente responsável no seio da equipa de Enfermagem da USP Polo C e UCC CJ.
		Participar de forma efetiva nos processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade	- Reflexão sobre dilemas éticos emergentes da prática: recusa de vacinação, gestão da privacidade em escolas e domicílios, recusa de tratamento proposto; - Participação ativa na tomada de decisões em equipa multidisciplinar perante situações éticas complexas, integrando valores éticos e deontológicos. - Mobilização de modelos de decisão ética para a prática clínica- Modelo de Decisão ética de Trevino.
		Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão	- Avaliação da adequação das decisões tomadas em situações éticas, documentando o raciocínio e as alternativas consideradas; - Partilha das reflexões com a equipa, promovendo melhoria ética contínua na prática da USP Polo C e da UCC CJ.
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	Promover a proteção dos direitos humanos	- Desenvolvimento de estratégias que assegurem o acesso equitativo da população às diferentes atividades de saúde pública ou comunitária; - Implementação de práticas de cuidado que valorizem o respeito pela dignidade humana; - Garantia de privacidade da informação colhida no PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Promoção da participação inclusiva e o empoderamento de grupos vulneráveis, promovendo a justiça social e a redução das desigualdades em saúde (ex.: crianças, idosos, migrantes, alunos com necessidades especiais). - Promoção do acesso equitativo aos cuidados, respeitando diversidade cultural e autodeterminação.
		Gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente	- Avaliação de riscos de segurança para o utente, associados às diferentes áreas de intervenção; - Cumprimento com as normas de segurança na ULS BI: higienização das mãos, verificação da identidade, comunicação eficaz, prevenção de infeções, quedas e UPP; - Implementação de medidas preventivas e corretivas baseadas na evidência científica, promovendo boas práticas de cuidado; - Monitorização de resultados e incidentes, propondo estratégias de melhoria contínua que reforcem a segurança e a qualidade dos cuidados; - Implementação do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>, que permite melhorar a segurança do utente, através de prevenção de UPP.

Fonte: Elaboração própria

3.1.2 Competência do domínio comum: Melhoria contínua da qualidade

No domínio da competência comum: melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha um papel central na conceção, execução e monitorização de iniciativas de governação clínica, sendo responsável por promover um ambiente terapêutico seguro e por assegurar práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (OE, 2019).

Neste sentido, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012), constituem um referencial essencial para o desenvolvimento desta competência e prática profissional, funcionando como instrumento orientador da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Estes padrões promovem a melhoria contínua, incentivando a monitorização sistemática da prática clínica, a identificação de áreas de melhoria e a adoção de intervenções baseadas na evidência. São igualmente um mecanismo de responsabilização ética e profissional, contribuindo para uma cultura organizacional centrada na excelência, na humanização e na personalização do cuidado. Neste contexto, o EE assume um papel estratégico ao integrar estes padrões na sua prática avançada, assegurando cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

Refletindo no meu percurso formativo, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, penso ter conseguido assumir um papel importante na dinamização e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, mobilizando conhecimentos para implementar melhorias contínuas na prática clínica e organizacional. Para isso, realizei numa primeira fase, o estudo aprofundado das normas e orientações da Direção-Geral da Saúde, assim como de planos e programas nacionais de saúde pública e comunitária, incluindo o Programa Nacional de Saúde (PNS), Programa Nacional para a Tuberculose (PNT), Programa Nacional de Saúde Oral (PNSO), Programa Nacional de Vacinação (PNV), Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Programa Nacional de Diabetes (PND), Plano Nacional da Segurança do Utente, Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo, Programa Nacional do Radão (PNRd), Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Transmitidas por Vetores (PNPCDV), entre outros.

Adicionalmente, colaborei em diversos projetos institucionais, quer na fase da planificação, quer na execução de iniciativas nas áreas do PNV, PNT, no programa “Diabetes em Movimento” e no PNSE, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da implementação de intervenções estruturadas, da articulação entre equipas e da adaptação das respostas às necessidades específicas das populações-alvo. Esta experiência, possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da organização, monitorização e avaliação das intervenções, numa lógica de melhoria contínua, assegurando cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa, em consonância com as orientações nacionais e os princípios da qualidade em saúde.

Nestas áreas, foi-me ainda possível participar em reuniões de planeamento e *follow up*, onde estiveram envolvidos diversos parceiros comunitários, permitindo-me, compreender melhor a articulação entre os diferentes parceiros e o planeamento estratégico das intervenções em saúde. Esta oportunidade contribuiu para o desenvolvimento de uma visão integrada, reconhecendo a importância do trabalho em rede, para o planeamento e implementação de intervenções sustentadas, alinhadas com as prioridades em saúde, reforçando o papel do EE enquanto agente ativo na promoção de ganhos em saúde e na otimização das respostas de qualidade em contexto comunitário.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE desempenha um papel ativo na identificação de áreas de intervenção, planeamento e liderança de programas de melhoria. Os projetos de melhoria contínua da qualidade em saúde correspondem a intervenções planeadas, sistematizadas e baseadas na evidência, que visam a melhoria dos cuidados de enfermagem, promovendo a segurança, a eficácia e a satisfação das pessoas, famílias e comunidades. Estes projetos implicam a identificação de necessidades e oportunidades de melhoria, a implementação de intervenções adequadas e a avaliação contínua dos resultados, numa perspetiva de desenvolvimento sustentado da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Neste contexto, o desenvolvimento do PIC *Cuidar sem Pressão* configurou-se como um projeto de melhoria contínua da qualidade focado na prevenção de UPP. O projeto seguiu de forma estruturada todas as etapas essenciais de uma intervenção de melhoria contínua: começou pela identificação de necessidades específicas da população: dos utente/cuidadores e enfermeiros, permitindo detetar lacunas nos conhecimentos e práticas existentes; avançou com a implementação de ações de capacitação e formação direcionadas a utentes, cuidadores e profissionais de saúde; e incluiu a monitorização sistemática dos resultados, garantindo avaliação contínua do impacto das intervenções e ajustando-as conforme necessário.

Para assegurar rigor e objetividade na avaliação, utilizaram-se escalas e instrumentos validados, como a Escala de Braden, a Escala de Zarit, o PUKAT, o APu-PT e grelhas de observação, permitindo não apenas identificar necessidades individuais, mas também medir de forma concreta os resultados das formações e das mudanças de prática junto de cuidadores e profissionais. Desta forma, o PIC exemplifica a aplicação prática da melhoria contínua da qualidade, ao combinar evidência científica, avaliação criteriosa e implementação de intervenções adaptadas à realidade da comunidade, promovendo cuidados mais seguros, eficazes e centrados nas necessidades reais dos utentes.

No desenvolvimento do PIC *Cuidar sem Pressão*, foi possível também realizar duas importantes atividades para a melhoria dos cuidados de qualidade dos cuidados: a realização de um folheto para cuidadores sobre prevenção de UPP, e a elaboração de um protocolo e fluxograma de atuação para a prevenção de úlceras por pressão em contexto domiciliário. Estas iniciativas permitiram reforçar a importância da educação em saúde como ferramenta de capacitação dos cuidadores, promovendo práticas preventivas fundamentadas na evidência científica e contribuindo para a redução de complicações evitáveis. Para além disso, a construção do protocolo favoreceu a sistematização da intervenção de enfermagem no domicílio, promovendo uniformidade de procedimentos, maior segurança na prestação de cuidados e uma resposta mais estruturada às necessidades da pessoa em risco.

Em todas as intervenções realizadas foi assegurado um ambiente terapêutico seguro, considerando dimensões físicas, psicossociais, culturais e espirituais que favorecem o bem-estar dos utentes. O próprio PIC *Cuidar sem Pressão*, encontra-se em consonância com o Plano Nacional de Segurança do Utente 2021-2026 (DGS, 2021c), promovendo cuidados seguros na área da prevenção de UPP, e colaborando na identificação e antecipando potenciais riscos, implementando medidas preventivas e corretivas que garantem cuidados seguros, sistemáticos e centrados no utente, fortalecendo uma cultura de proteção e prevenção.

Saliento ainda a realização de uma revisão integrativa da literatura para fundamentar o PIC, pois revelou-se uma oportunidade significativa para refletir sobre a importância da utilização da melhor evidência científica na prática clínica, consolidando a compreensão de que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados depende de decisões fundamentadas e sistemáticas. Neste âmbito, também a participação em formações internas da ULS BI e em congressos (descritas em pormenor no subcapítulo 3.1.4), permitiu identificar novas

abordagens, atualizar conhecimentos e reconhecer a necessidade de ajustar práticas à realidade e às necessidades da comunidade, reforçando a consciência sobre a responsabilidade de inovar e aperfeiçoar continuamente os cuidados prestados. A subsequente partilha de informação com a equipa da UCC CI constituiu um momento de aprendizagem coletiva, permitindo avaliar e refletir sobre a consistência e coerência da prática clínica, enquanto fomentou a cultura de melhoria contínua na área da prevenção de UPP.

Saliento por fim, nesta competência, a minha atuação no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose (PNT). A tuberculose (TP), continua a ser um problema de saúde pública em Portugal, apesar da redução sustentada na sua incidência. O controlo da doença baseia-se na prevenção em populações vulneráveis, no diagnóstico e tratamento precoces, para atingir os objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2035, que incluem a redução de 95% da mortalidade por TB e de 90% da taxa de incidência. O PNT, tem investido na melhoria da vigilância, implementação de estratégias de controlo, rastreio gratuito e acessível, e tratamento para os grupos em maior risco, como pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), migrantes ou indivíduos em situação de sem-abrigo (DGS, 2021a).

Dados da DGS transmitidos com base no *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal*, mostram que em 2023 foram notificados: 1.584 casos de tuberculose (1.461 corresponderam a novos casos e 123 a retratamentos), correspondentes a aproximadamente 14,9 por 100 000 habitantes, mantendo-se acima da meta nacional de <10/100 000 habitantes. Em 2023, a população migrante continuou a apresentar-se como um grupo particularmente vulnerável à tuberculose, registando uma taxa de notificação 3,6 vezes superior à média nacional, com 54,3 casos por 100 mil migrantes. Verificou-se ainda um acréscimo na proporção de casos entre migrantes, passando de 30% em 2022 para 35,8% em 2023 (DGS, 2024).

A dinamização do PNT na ULS BI, encontra-se integrado nas Consultas Respiratórias da Comunidade (CRC) da USP – Polo C da ULS BI, antigo Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). A equipa responsável pela dinamização deste programa é de natureza interdisciplinar, sendo composta por um médico, um enfermeiro, um farmacêutico e um profissional administrativo. Nesta equipa, o enfermeiro encontra-se a tempo parcial, não cumprindo as dotações seguras para os antigos Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP), emanadas pela DGS (2019b), que preconiza um enfermeiro a tempo integral.

O funcionamento das CRC, representa uma concretização prática da integração de cuidados na ULS BI, evidenciando como a articulação entre diferentes profissionais e serviços, potencia ganhos em saúde e promove uma resposta mais célere, coordenada e centrada na pessoa.

Neste contexto, cada elemento da equipa desempenha um papel complementar e interdependente: o médico assegura o diagnóstico, o seguimento clínico e a avaliação da resposta terapêutica; o enfermeiro assume a coordenação dos cuidados, o acompanhamento individual e comunitário, bem como a gestão terapêutica, monitorização da adesão terapêutica e a educação para a saúde; e o farmacêutico (que neste caso é do contexto hospitalar) garante a reconciliação da medicação, o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o regime terapêutico, reduzindo o risco de interações medicamentosas e de efeitos adversos.

A realização articulada da consulta farmacêutica, de enfermagem e médica no mesmo dia, constitui um elemento diferenciador deste modelo, permitindo otimizar recursos, evitar deslocações adicionais dos utentes e aproximar o cuidado hospitalar ao contexto comunitário. Esta abordagem integrada reflete, assim, a

essência da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, centrados no utente e alicerçados na comunicação eficaz, na cooperação interprofissional e na partilha de responsabilidades, reforçando a importância do trabalho colaborativo como eixo estruturante da prática em saúde comunitária e pública.

Reconhecendo que a tuberculose continua associada a significativo estigma garantiu-se a rigorosa confidencialidade na gestão dos dados dos utentes, respeitando por inteiro o seu direito ao sigilo e à privacidade. Adicionalmente, foram desenvolvidas intervenções incluíram a adaptação do ambiente físico de consulta para assegurar conforto e segurança, bem como a promoção de uma comunicação eficaz, empática e baseada em escuta ativa. Estas ações criaram um ambiente emocionalmente seguro, que valorizou a confiança, o respeito pela diversidade cultural e o apoio durante todo o percurso terapêutico.

Como parte de uma intervenção diferenciadora e promotora da melhoria dos cuidados, propôs-se a conceção de um *dashbord* em *Excel* para estruturação dos dados atualmente arquivados em suporte papel dos utentes seguidos no PNT da USP BI – Polo C. O objetivo foi criar um sistema simples e acessível que permitisse monitorizar a incidência específica da área abrangida pela USP, bem como indicadores de adesão e de gestão terapêutica, identificando padrões de incumprimento e dificuldades.

A recolha destes dados, efetuada com rigor metodológico, não só possibilitou a identificação objetiva de áreas de melhoria, como também permitiu refletir sobre práticas existentes e sobre formas de otimizar a intervenção junto dos utentes. Desta forma, o *dashbord* contribuiu de forma concreta para a melhoria contínua dos cuidados prestados, fortalecendo a capacidade da equipa de antecipar problemas, ajustar estratégias e reforçar o ciclo de gestão da qualidade institucional. Esta experiência evidenciou o valor da utilização sistemática de dados na tomada de decisão clínica e na promoção de cuidados mais seguros, eficazes e centrados nas necessidades reais da comunidade. A estrutura do *dashbord* encontra-se documentado no Apêndice 3.

A integração dos modelos de Nola Pender e Dorothea Orem fornece ao enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública um enquadramento estruturado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Pender orienta a compreensão dos fatores que influenciam comportamentos de saúde e permite desenhar intervenções preventivas e educativas adaptadas ao contexto da população, garantindo maior adesão e eficácia. Orem, por seu turno, oferece critérios claros para identificar défices de autocuidado e planear respostas individualizadas, equilibrando segurança, eficácia e promoção da autonomia do utente.

Ao articular estas duas perspetivas, o enfermeiro especialista consegue não apenas intervir de forma centrada no utente, mas também sistematizar o planeamento, a monitorização e a avaliação das práticas de cuidado, transformando a ação clínica em um ciclo de melhoria contínua da qualidade. Desta forma, os modelos funcionam como instrumentos para otimizar resultados em saúde, promover práticas consistentes, reduzir riscos e reforçar a autonomia e participação ativa dos utentes, consolidando uma intervenção segura, eficiente e baseada na evidência.

Por fim, o Quadro 2 apresenta de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 2 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competência	Objeto de aprendizagem	Resultado de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Domínio da melhoria contínua da qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade	- Atualização de conhecimentos das normas da DGS, planos e programas da área da saúde pública e comunitária desenvolvidos: PNS, PNT, PNSO, PNV, PNSE, PND, Plano Nacional da Segurança do Utente, Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo, PNRd, PN...; - Atualização sobre boas práticas na prevenção de UPP, através realização de uma revisão sistemática da literatura, e ida a formações e congressos; - Partilha das atualizações com a equipa da UCC CJ.
		Orientar projetos institucionais na área da qualidade	- Colaboração na planificação e execução dos projetos da UCC CJ (PNV, PNT, Diabetes em Movimento e programas da Saúde Escolar); - Participação em reuniões dos projetos da UCC CJ, com parceiros comunitários; - Acompanhamento dos indicadores de qualidade (adesão ao tratamento da tuberculose, incidência de UPP, taxas vacinais);
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	Avaliar a qualidade das práticas clínicas	- Aplicação de escalas e instrumentos de avaliação da melhoria de actividade (ex.: Escala de Braden, escala de Zarit, PUKAT e APu-PT, grelhas de observação); - Avaliação do impacto das formações aos cuidadores e profissionais no âmbito do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i> ; - Realização de uma reflexão crítica pós-atividade.
		Planejar programas de melhoria contínua	- Desenvolvimento do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i> com instrumento de melhoria contínua da qualidade, planeando sessões de capacitação para a prevenção de UPP aos utentes/cuidadores e profissionais; - Desenvolvimento de materiais educativos – folheto sobre prevenção de UPP para os cuidadores; - Realização de um protocolo de atuação e fluxograma na área da prevenção de UPP em contexto domiciliário; - Planeamento de um sistema de sistematização de informação digital na área do PNT, para auxiliar a análise da informação dos processos em papel.
		Liderar programas de melhoria contínua	- Coordenação da implementação do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i> ; - Desenvolvimento do <i>dashboard</i> na área do PNT, que permitiu uma sistematização de informação e análise permitindo facilitar a prestação de cuidados nesta área.
	Garante um ambiente terapêutico e seguro	Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo	- Respeito pela diversidade cultural e pelas necessidades espirituais dos indivíduos e grupos, reconhecendo a sua importância na perceção de segurança e bem-estar; - Proteção da confidencialidade dos dados e registos clínicos; - Avaliação e monitorização das condições ambientais em contextos escolares, domiciliários e institucionais. - Desenvolvimento do PIC na área prevenção de UPP como promotor de ambientes seguros.
		Participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais	- Identificação de situações de risco nas diversas áreas (nomeadamente risco de UPP com o PIC, quedas e IACS); - Antecipação de potenciais riscos em diferentes contextos de intervenção, implementando medidas preventivas. - Utilização de mecanismos formais de notificação e análise de incidentes, incentivando uma cultura de segurança.

Fonte: Elaboração própria

3.1.3 Competência do domínio comum: Gestão dos cuidados

O domínio da competência gestão dos cuidados, traduz-se numa articulação cuidadosa entre saber técnico, decisões informadas e coordenação eficaz de equipas interdisciplinares. O Regulamento n.º 140/2019 preconiza que o enfermeiro especialista assuma este papel, ajustando a sua liderança ao contexto específico e à disponibilidade de recursos para garantir a qualidade assistencial (OE, 2019a).

Considero que este domínio é particularmente desafiante de desenvolver em contexto de estágio, uma vez que a gestão de recursos e a otimização da resposta das equipas implicam níveis de responsabilidade e autonomia que nem sempre são plenamente atribuídos ao estudante, sobretudo num período limitado de tempo. Contudo, no âmbito desta competência, destacam-se as atividades desenvolvidas em colaboração com o EESCSP na coordenação de rastreios comunitários, nomeadamente na área da tuberculose (com a realização de provas de *mantoux* numa comunidade com caso confirmado de TB pulmonar), no rastreio visual infantil, nos rastreios globais de saúde em contexto de Saúde Escolar. A participação nestas intervenções permitiu não apenas integrar a execução técnica, mas sobretudo compreender e intervir no processo de gestão de cuidados, através da organização das atividades, priorização de grupos de risco, articulação com a equipa multidisciplinar e adequação dos recursos disponíveis às necessidades identificadas.

Estes rastreios constituíram instrumentos fundamentais para a colheita sistematizada de dados, possibilitando a construção de diagnósticos de situação e sustentando a tomada de decisão clínica e comunitária. Desta forma, foi possível contribuir para uma gestão de cuidados mais eficiente, orientada para a identificação precoce de problemas, planeamento de intervenções adequadas e continuidade dos cuidados, garantindo uma resposta estruturada e ajustada às necessidades da população.

A execução destes rastreios incluiu o registo sistemático de informações nos sistemas de informação do SNS, como o *SClínico*, que facilitaram o registo e análise dos dados recolhidos, permitindo uma visão integrada dos resultados. A nível estratégico, estas atividades possibilitaram a definição de metas claras e a utilização de indicadores clínicos de adesão aos rastreios, sendo uma estratégia eficaz para monitorizar e ajustar ações de melhoria contínua. Os espaços dos rastreios foram adaptados para preservar confidencialidade e reduzir o impacto do estigma associado, mas também na promoção de cuidados sensíveis, no uso estratégico da informação e na construção de confiança junto da comunidade.

A gestão de cuidados, enquanto competência central do EESCSP, implica a capacidade de organizar, monitorizar e otimizar intervenções de forma a garantir qualidade, eficácia e segurança dos cuidados prestados. Neste âmbito, a sugestão de métodos de organização do trabalho, como a implementação de um *dashboard* em Excel no contexto do PNT descrito na competência anterior, constituiu uma estratégia concreta de operacionalização desta competência. Esta ferramenta permitiu estruturar e sistematizar a informação, facilitando a monitorização de indicadores relevantes, a identificação de prioridades e a deteção precoce de situações de risco. Desta forma, contribuiu para uma tomada de decisão mais informada e para uma gestão de cuidados mais eficiente, consistente e orientada para a melhoria contínua dos resultados em saúde.

Também nas áreas do PNV e do PNSE foi-me possível colaborar com EESCSP na gestão dos cuidados. A dinamização do PNV, que ocorreu no contexto específico da campanha sazonal de vacinação outono/inverno para a Gripe e a COVID-19, consistiu na colaboração do planeamento e execução de atividades vacinais em contextos institucionais e comunitários, abrangendo lares de idosos, centros de dia, serviços de apoio

domiciliário e colaboradores das instituições residenciais. Esta experiência revelou-se particularmente significativa pela complexidade logística e organizacional inerente à vacinação descentralizada, exigindo um planeamento minucioso, uma articulação eficaz entre a USP e a UCC, bem como uma gestão criteriosa das vacinas, dos equipamentos de conservação e dos recursos humanos disponíveis.

A atuação implicou o cumprimento rigoroso das normas e orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2025b) assegurando-se os cuidados e a proteção de populações particularmente vulneráveis. Para além de conhecimento técnico, este trabalho exigiu planeamento, mobilização de recursos e articulação eficaz com entidades locais. Para a correta gestão dos cuidados, antes teve-se de desenvolver um trabalho de conhecimento do papel e funções dos membros da equipa, de conhecimento de legislação, políticas e procedimentos da unidade e da ULS BI, e o conhecimento das respostas comunitárias do concelho abrangido pela USP BI -Polo C.

Na área do PNSE, foi possível observar e participar no planeamento das ações anuais deste programa. O planeamento do PNSE é da responsabilidade da USP, sendo a sua execução é assegurada pela UCC. A participação neste processo possibilitou o contacto com estratégias de organização e gestão, como a calendarização das atividades, a identificação das necessidades específicas das escolas e dos grupos-alvo, bem como a definição de intervenções ajustadas às necessidades da comunidade escolar. Esta experiência evidenciou a importância da gestão de cuidados na antecipação de necessidades, na articulação com parceiros institucionais e na monitorização das atividades desenvolvidas, assegurando a continuidade e a coerência das intervenções ao longo do tempo.

O PNSE na UCC CJ é dinamizado por uma equipa composta por um EESCSP em regime de tempo integral, uma EESCSP com uma alocação de 10 horas semanais e uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), com 5 horas semanais, esta última responsável, sobretudo, pela intervenção junto dos alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE). Esta equipa assegura o acompanhamento de aproximadamente 6000 alunos, distribuídos por 4 agrupamentos e 2 de escolas públicas não agrupadas (5324 alunos), uma instituição de ensino privado e uma escola profissional, incluindo cerca de 150 alunos com NSE.

De acordo com as dotações seguras para os cuidados de enfermagem emanadas pela Direção-Geral da Saúde (2019b), está preconizada a afetação de um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública por cada 1.500 alunos, e de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por cada 150 alunos com NSE. Face a estes referenciais, o número de profissionais atualmente afeto ao PNSE nesta UCC, revela-se claramente insuficiente, tendo em conta a amplitude populacional abrangida e a diversidade dos contextos de intervenção.

O EESCSP na saúde escolar, assume um papel essencial na identificação precoce de problemas de saúde, na avaliação das condições de saúde da comunidade escolar e na implementação de estratégias de promoção da saúde. No entanto, face à escassez de recursos humanos neste programa, torna-se extremamente difícil realizar adequadamente a fase de diagnóstico da situação de saúde no contexto escolar. Neste sentido, para o planeamento de cada ano escolar são propostas várias atividades/projetos pela equipa de saúde escolar, às escolas, nomeadamente aos professores do Programa de Educação para a Saúde (PES) que vão de encontro aos eixos fundamentais do PNSE definidos pela DGS (2015), tais como:

- Saúde mental e competências sócio emocionais, com os projetos: Mimos a Torto e a Direito, Ger@ções, +Contigo;

- Educação para os afetos e a sexualidade, com os projetos: Crescer é assim..., Educação para os Afetos e Sexualidade – Caixa de Perguntas, Verdade ou Consequência - Sexualidade;
- Alimentação saudável e atividade física, com os projetos: Senhora Roda, Lanches Escolares Saudáveis; Jogo do STOP dos Alimentos, Laboratório da Alimentação;
- Higiene corporal e saúde oral, com os projetos: Eco Escovinhas, Higiene Corporal e das Mãos;
- Hábitos de sono e repouso, com o projeto: Importância do Sono - Dormir... que perda de tempo! Será?;
- Educação postural, com o projeto: Educação Postural;
- Prevenção de consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, com os projetos: In(dependências), Antes que te QUEIMES - Prevenção de consumo de tabaco e álcool e outras drogas;
- Prevenção de comportamentos aditivos sem substância, com o projeto: Internet Segura;
- Prevenção de acidentes, com os projetos: Prevenção Rodoviária- Estrada Segura, Prevenção de acidentes-Viagem de finalistas;
- Segurança na Escola, com o projeto: Suporte Básico de Vida.

Até ao quarto ano de escolaridade, as intervenções são essencialmente desenvolvidas pelo enfermeiro de saúde escolar e com o apoio pontual de outros profissionais da UCC (nomeadamente Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, e em Saúde Infantil e Pediátrica e nutricionista), e da USP (técnicos de saúde ambiental). A partir do 5º ano até ao 12º ano, as atividades são realizadas em parceria com diversos *stakeholders* locais que dinamizam o programa: Crescer Saudável na C. Esses parceiros comunitários são: forças de segurança (PSP e GNR), uma associação de desenvolvimento local, a B.S., o Centro de Respostas Integradas (CRI) e o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). A Saúde Escolar contempla ainda as ações: Diabetes *Mellitus* tipo I em Meio Escolar, Suporte básico de Vida e Epilepsia... Conhecer para intervir!, para a comunidade educativa, e para os encarregados de educação as atividades: Dormir... que perda de tempo! Será?, e Lanches Escolares Saudáveis.

A escolha e implementação destas atividades, são discutidas em reuniões de equipa periódicas, sendo que cada agrupamento escolar poderá sinalizar outras áreas a nível da saúde sobre as quais poderá ser necessário intervir. A participação neste programa, permitiu ainda reconhecer a relevância da visão sistémica e integradora do EESCSP que atua como elo de ligação entre as equipas e a comunidade, promovendo a comunicação eficaz, a partilha de responsabilidades e a avaliação contínua dos resultados em saúde. Assim, a experiência nesta fase do estágio revelou-se essencial para o fortalecimento da competência da gestão de cuidados, consolidando a capacidade de planear, coordenar e avaliar programas de saúde comunitária em alinhamento com as políticas de saúde pública e com as necessidades reais da população escolar.

Outra atividade essencial para o domínio desta competência foi a observação das funções da EESCSP orientadora da prática clínica, enquanto gestora da UCC e coordenadora da Equipa Coordenadora Local (ECL) da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI).

As ECL são estruturas fundamentais da RNCCI, com responsabilidade na articulação, planeamento e acompanhamento dos processos de referenciação e gestão de casos no território de atuação. Criadas pelo Despacho n.º 6359/2011, estas equipas são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um assistente social, podendo integrar outros profissionais consoante a complexidade das necessidades identificadas. Compete às ECL validar as propostas de referenciação, avaliar a adequação das respostas existentes, monitorizar a evolução dos utentes na rede e promover a articulação entre os diferentes

intervenientes, garantindo uma resposta eficaz, humanizada e em tempo útil (Despacho n.º 6359/2011). Segundo a DGS (2019b), a dotação segura das ECL para os cuidados de enfermagem, são de um enfermeiro a tempo inteiro, caso que não se verifica nesta ECL, onde o enfermeiro atua a tempo parcial.

A oportunidade de acompanhar e observar a atuação da EESCSP orientadora no exercício das suas funções de liderança, evidenciou que uma liderança orientada para resultados, alicerçada num diagnóstico rigoroso das necessidades da população, no conhecimento aprofundado do território, numa articulação comunitária eficaz e numa utilização estratégica da informação disponível, constitui um pilar essencial na promoção de cuidados de enfermagem de elevada qualidade. Neste contexto, tornou-se particularmente visível o contributo do enfermeiro especialista enquanto gestor estratégico no domínio da saúde comunitária.

Por fim a nível micro, a implementação do PIC *Cuidar Sem Pressão*, constituiu um contexto privilegiado para a gestão direta dos cuidados, permitindo uma intervenção próxima, individualizada e ajustada às necessidades concretas das pessoas e famílias acompanhadas. Neste âmbito, foi possível planejar, organizar e avaliar as intervenções de forma sistemática, garantindo coerência entre as necessidades identificadas, os objetivos definidos e as estratégias implementadas. A proximidade ao terreno favoreceu uma tomada de decisão mais célere e fundamentada, bem como a adaptação contínua dos cuidados às mudanças observadas na situação clínica e social dos utentes. Esta gestão de proximidade permitiu ainda reforçar a articulação com cuidadores e restantes intervenientes, promovendo maior continuidade, segurança e qualidade na prestação de cuidados.

Mesmo na vertente formativa de capacitação dos enfermeiros para a prevenção de UPP, o PIC *Cuidar sem Pressão* constituiu-se como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências na gestão de cuidados. Tal deveu-se ao facto de implicar a organização estruturada das intervenções, a definição de prioridades com base nas necessidades formativas identificadas e a adequação dos conteúdos formativos ao contexto de prestação de cuidados, exigindo uma abordagem planeada, intencional e orientada para resultados.

Por fim salienta-se que esta competência adquire maior profundidade quando articulada com referenciais teóricos de enfermagem deste percurso formativo. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender evidencia que gerir cuidados implica integrar estratégias que promovam a saúde, incentivem a participação ativa do utente e reforcem fatores motivacionais que sustentem a adoção de comportamentos saudáveis. Por sua vez, a TDAE de Dorothea Orem permite estruturar a organização dos cuidados a partir da avaliação das capacidades e limitações da pessoa para cuidar de si, possibilitando ao enfermeiro especialista definir prioridades, ajustar a intensidade das intervenções e distribuir responsabilidades de forma coerente com as necessidades identificadas. Deste modo, a gestão de cuidados ultrapassa a mera coordenação de recursos, assumindo-se como um processo clínico estruturado, centrado na autonomia da pessoa e sustentado por referenciais teóricos que orientam a tomada de decisão, promovem a qualidade dos cuidados e garantem a articulação entre prática e conhecimento científico.

No Quadro 3, apresenta-se de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 3 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio da gestão de cuidados

Competência	Objeto de aprendizagem	Resultado de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
3. Domínio da gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	- Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar da UCC CJ e ECCL; - Participação nas reuniões de planeamento, execução e avaliação das atividades comunitárias, nomeadamente na área do PNV e PNSE; - Colaboração na tomada de decisões organizacionais, nomeadamente na organização de rastreios comunitários: na área da tuberculose (provas de <i>mantoux</i>), na área do rastreio visual infantil, na área dos rastreios globais de saúde, na Saúde Escolar. - Promoção de uma comunicação eficaz e do trabalho colaborativo com profissionais e instituições da rede comunitária, assegurando a referência oportuna e adequada de utentes e famílias, de acordo com as suas necessidades de saúde e apoio social.
		Supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	- Gestão direta dos cuidados, no âmbito da implementação do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>, nomeadamente o planeamento, organização e avaliação sistemática das intervenções; - Dinamização de sessões de formação para a capacitação de enfermeiros para a prevenção de UPP, promovendo uma gestão eficaz dos cuidados nesta área; - Articulação com cuidadores e restantes intervenientes comunitários, promovendo continuidade, segurança e qualidade na prestação de cuidados.
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	- Adequação das intervenções às necessidades específicas da comunidade e às condições reais de cada contexto, nomeadamente no PNV, PNT, PNSE e ECCL com o projeto <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Aplicação das normas legais, políticas institucionais e procedimentos de gestão de cuidados; - Sugestão de métodos de organização de trabalho que otimizem a eficácia e a qualidade das intervenções, nomeadamente a sugestão do <i>dashboard</i> em Exel no PNT.
		Adaptar o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos	- Colaboração na dinamização das atividades desenvolvidas no âmbito dos programas: PNV, PNT, PNSE, PNSO, PND e ECCL; - Dinamização da participação e o envolvimento de todos os elementos da equipa no PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Reconhecimento das funções e competências de cada profissional, favorecendo a distribuição adequada das atividades nomeadamente nos PNV e nos rastreios efetuados; - Promoção de um ambiente de trabalho cooperativo em todos os programas em que foi possível participar, baseado no respeito, confiança e entreajuda entre profissionais e parceiros institucionais.

Fonte: Elaboração própria

3.1.4 Competência do domínio comum: Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Por fim, no que diz respeito à competência comum da EE: domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Regulamento n.º 140/2019 estabelece que o enfermeiro fundamenta decisões clínicas e processos de ajuda em conhecimento válido e atualizado, desenvolvendo simultaneamente as próprias capacidades críticas e reflexivas (OE,2019a).

No desenvolvimento desta competência, reconheço que o autoconhecimento e a assertividade foram dimensões progressivamente consolidadas ao longo do estágio, assumindo um papel central na forma como me posiciono enquanto futura EESCSP. A tomada de consciência de mim própria, enquanto pessoa e profissional, permitiu-me identificar de que forma as minhas crenças, experiências e emoções influenciam a relação estabelecida com utentes, cuidadores e comunidade, contribuindo para uma intervenção mais consciente, ética e centrada na pessoa. Durante o estágio, assumi sempre uma postura reflexiva e adaptativa, trabalhando as minhas singularidades e ajustando os meus recursos pessoais e profissionais em função do contexto e da função a desempenhar.

Este autoconhecimento e a assertividade foram sendo construídos de forma particularmente significativa em situações concretas da prática como por exemplo: no processo de capacitação de cuidadores para a prevenção de UPP. Aqui confrontei-me com diferentes níveis de literacia em saúde e, por vezes, com resistência à mudança de práticas. Esta situação exigiu uma reflexão sobre a minha forma de comunicar e ensinar, levando-me a adaptar estratégias, simplificar a linguagem e valorizar o conhecimento prévio dos cuidadores. Ao reconhecer estas necessidades, consegui ajustar a minha intervenção, tornando-a mais eficaz e centrada nas reais capacidades dos cuidadores, o que contribuiu para uma maior adesão às recomendações.

Recorri neste ponto, à reflexão do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, onde se compreende que a adoção de comportamentos saudáveis em saúde não é um processo linear nem universal, mas influenciado por múltiplos fatores individuais e contextuais. Tal compreensão obriga o enfermeiro a refletir criticamente sobre a eficácia das intervenções implementadas, questionando se estas promovem efetivamente a capacitação da pessoa ou se reproduzem práticas pouco ajustadas à sua realidade. Assim, o desenvolvimento profissional traduz-se numa aprendizagem contínua sobre como mobilizar conhecimento científico para intervir de forma mais sensível, personalizada e transformadora, assumido o EESCSP como um verdadeiro agente de mudança.

Em situações que senti que poderiam ser potencialmente geradoras de conflito, nesta área da capacitação de cuidadores em domicílio, foi necessário antecipar desafios, adotando estratégias preventivas, técnicas adequadas de mediação e resolução de conflitos, promovendo relações interpessoais saudáveis e sustentando a confiança entre utentes, cuidadores e equipa.

Ao longo destes processos, a resiliência demonstrada permitiu manter a eficácia das intervenções mesmo perante alterações inesperadas ou períodos de maior carga de trabalho, refletindo a capacidade de adaptação tanto a nível individual como organizacional. Deste modo, a prática em contextos comunitários evidenciou que a adaptabilidade não é apenas uma resposta reativa, mas uma competência ativa do EESCSP, que combina gestão emocional, planeamento antecipatório e flexibilidade operacional para assegurar a continuidade, a qualidade e a coerência dos cuidados prestados.

No desenvolvimento desta competência, a minha atuação pautou-se também por ser um facilitador de aprendizagens em contexto de trabalho, reconhecendo que decisões clínicas e formativas informadas são essenciais para a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados. Neste sentido, adotando uma postura reflexiva, percebi que era essencial integrar de forma sistemática a evidência científica disponível na minha prática quotidiana, sempre baseada numa prática baseada na evidência científica. Para isso, recorri ao estudo das normas, orientações e programas nacionais relevantes para os contextos onde estagiei, assim como realizei uma pesquisa aprofundada sobre o tema que iria desenvolver no PIC, tendo realizado uma revisão integrativa da literatura sobre a prevenção de UPP em contexto domiciliário, apresentada no capítulo 4 deste relatório. Todo o saber acumulado foi partilhado com outros elementos da equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública da Beira Interior – Polo C, contribuindo para um ambiente de aprendizagem colaborativa.

No que se refere ainda ao meu esforço por estar atualizada enquanto EESCSP, investi em formação formal, tendo para isso, participado, no dia 12 de maio de 2025, num curso prático sobre terapia de pressão negativa em feridas (Anexo 1) e numa ação formativa sobre seleção de material terapêutico para o tratamento de feridas, no dia 17 de maio de 2025 (Anexo 2), ambas promovidas pela ULS BI. Ainda participei no Congresso: "A Arte de (Re)Tratar: do esboço à obra-prima" organizado pela APTFeridas que decorreu no dia 14 e 15 de novembro (Anexo 3).

Com estas iniciativas, procurei assegurar que a minha prática clínica se mantivesse alinhada com os mais elevados padrões de qualidade, segurança e atualização científica, promovendo cuidados fundamentados nas melhores evidências disponíveis. A participação nestas formações permitiu-me aprofundar conhecimentos especializados na prevenção de UPP, consolidando competências técnicas e reforçando não só a minha prática assistencial, mas também potenciando a minha capacidade de atuar como formadora na área da prevenção de UPP.

Penso que a minha integração na equipa decorreu num sentido positivo, tendo sido aceite pelos pares, o que facilitou assumir um papel ativo como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Desta forma, com a implementação do PIC *Cuidar sem Pressão* foi possível atuar como facilitadora de aprendizagens ao identificar as necessidades formativas dos enfermeiros da ECCL e planificar e executar ações educativas direcionadas. Esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora. A diversidade de perfis de conhecimento e experiências exigiu que adaptasse conteúdos e estratégias pedagógicas, integrando resultados da revisão integrativa da literatura sobre prevenção de UPP, orientações normativas vigentes e os conhecimentos das formações e congresso.

Enquanto facilitadora da aprendizagem, procurei não apenas transmitir informação, mas também criar oportunidades para a participação ativa dos profissionais, promovendo a aplicação prática dos conteúdos e estimulando a reflexão crítica sobre as intervenções no cuidado. A divulgação dos resultados das ações formativas, através de relatórios, reuniões e apresentações à equipa, constituiu uma estratégia de reforço do conhecimento, favorecendo a melhoria contínua das práticas e a consolidação da literacia em saúde entre os profissionais.

Neste ponto, recorri aos contributos da TDAE de Dorothea Orem, que se relaciona de forma particularmente significativa com o conceito de desenvolvimento profissional do enfermeiro, uma vez que exige um aperfeiçoamento contínuo do julgamento clínico e da capacidade de avaliação. Ao identificar e interpretar os

défices de autocuidado, o enfermeiro é desafiado a mobilizar conhecimento teórico, evidência científica e experiência prática de forma integrada, refinando progressivamente a sua competência diagnóstica e interventiva. Este processo implica autoanálise, revisão de decisões e aprendizagem a partir das situações vivenciadas, fortalecendo a maturidade profissional. Assim, o desenvolvimento profissional não se traduz apenas na aquisição de novos conteúdos, mas na consolidação de uma prática cada vez mais fundamentada, crítica e autónoma, capaz de ajustar os sistemas de enfermagem às necessidades reais da pessoa e de responder com maior rigor, segurança e responsabilidade às exigências do cuidado.

Ainda nesta competência de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, saliento o ambiente enriquecedor de oportunidades de aprendizagens proporcionadas pela UCC CJ, que permitiram observar, executar, questionar e refletir sobre diferentes práticas. Procurei adotar uma postura ativa, aproveitando todos estes momentos para consolidar conhecimento e desenvolver competências, quer na execução das atividades dos programas PNV, PND, PNT, PNSE, PNSO e ECCI (que serão descritas em pormenor no subcapítulo 3.2.2), quer na interação com a equipa multidisciplinar. Estes momentos de formação informal possibilitaram a compreensão mais profunda da articulação entre diferentes programas de saúde, da coordenação das atividades e da adaptação das intervenções às necessidades da comunidade. Formalmente, tive ainda a oportunidade de participar na ação “Atualização de Conhecimentos sobre Materiais de Penso” (Anexo 4), dinamizada por uma EESCSP da UCC CJ, com formação pós-graduada em feridas.

Paralelamente, foi realizado um protocolo interno com fluxograma para prevenção de UPP no domicílio e a produção de materiais pedagógicos para cuidadores, como atividades que sistematizam e cristalizam as aprendizagens teórica e práticas. A elaboração de protocolos internos constituiu-se como uma ferramenta estratégica para consolidar práticas baseadas na evidência, promovendo qualidade, padronização e melhoria contínua na prestação de cuidados, cumprindo o desígnio dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE,2012).

Assim, ao promover uma prática empreendedora e orientada para a excelência, reforçou a minha compreensão de que o desenvolvimento profissional está indissociavelmente ligado à melhoria contínua da prática clínica. A reflexão sobre estas experiências evidenciou que o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais envolve a articulação entre evidência científica, prática reflexiva, estratégias pedagógicas adaptativas e a promoção da aprendizagem na equipa, garantindo intervenções seguras, eficazes e sustentáveis. Deste modo, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume-se como um processo intencional de crescimento, no qual o EESCSP não apenas acumula saberes, mas os problematiza, integra e resignifica, consolidando uma prática fundamentada, consciente e alinhada com os princípios da qualidade, da autonomia e centrada nos cuidados à pessoa e comunidade.

No Quadro 4, apresenta-se de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 4 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência	Objeto de aprendizagem	Resultado de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Deter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	- Desenvolvimento do autoconhecimento como ferramenta para reconhecer fatores que influenciam a relação com utentes, grupos e comunidade; - Utilização de forma consciente e adaptativa os próprios recursos pessoais e profissionais nas diferentes situações de prática; - Identificação de competências e áreas que requerem melhoria contínua; - Utilização de uma comunicação assertiva e empática nas interações com utentes, cuidadores e equipas multidisciplinares.
		Gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional	- Gestão de forma equilibrada os sentimentos e emoções em contextos exigentes de prática profissional; - Atuação de modo proativo e eficaz na identificação e resolução de problemas nas diversas atividades em que colaborei, nomeadamente no PNV, PNSE, Diabetes em Movimento, ECCI e realização de rastreios; - Antecipação de situações potencialmente geradoras de conflito, adotando estratégias preventivas, nomeadamente na área de capacitação dos cuidadores no domicílio, aplicação de técnicas adequadas de mediação e resolução de conflitos, promovendo relações interpessoais saudáveis; - Demonstração de resiliência e capacidade de adaptação perante mudanças e períodos de maior carga de trabalho.
	Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica	Responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho	- Identificação de necessidades formativas dos enfermeiros com o PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Colaboração na planificação, implementação e avaliação de ações de educação para os profissionais de saúde da ECCI com o PIC <i>Cuidar sem Pressão</i> - Avaliação o impacto das atividades formativas na melhoria dos conhecimentos e práticas em saúde.
		Suportar a prática clínica em evidência científica	- Consulta e aplicação de evidência científica e orientações normativas vigentes, para fundamentar a prática de cuidados; - Realização de uma revisão integrativa da literatura na área da prevenção da UPP, promovendo que a prática na área do PIC, fosse baseada em evidência e que a formação aos enfermeiros fosse atualizada; - Participação em formações e congressos pertinentes para a prática desenvolvida (na ULS BI e com a APT Feridas).
		Promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	- Aplicação conhecimentos especializados e atualizados, garantindo uma prática segura, competente e baseada na evidência; - Participação em oportunidades de aprendizagem contínua no contexto profissional quer momentos informais quer sessões formais como formação em serviço sobre: Material de Pensos- Atualizações; - Produção e partilha materiais pedagógicos que promovam a literacia em saúde- folheto para os cuidadores na área da Prevenção de UPP; - Realização de um protocolo interno na área da prevenção da UPP no domicílio, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. - Sistematização e partilhar da informação das formações e dos resultados das atividades e intervenções através de relatórios, reuniões e apresentações, promovendo a disseminação do conhecimento e a melhoria contínua da prática.

Fonte: Elaboração própria

3.2 Reflexão sobre a aquisição das competências específicas do EESCSP

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Regulamento n.º 428/2018 estabelece o perfil de competências específicas do EESCSP, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, definindo-o como um profissional com uma prática avançada e diferenciada, centrada na promoção da saúde, na prevenção da doença e na capacitação dos cidadãos, famílias, grupos e comunidades, e com competências específicas de: estabelecer, com base na metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS); e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2018).

O percurso formativo desenvolvido nestes estágios teve como principal finalidade a consolidação destas competências específicas. Para tal, adotou-se como referencial metodológico o Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993). O PS visa responder às necessidades de saúde de uma população de forma eficiente, otimizando os recursos disponíveis. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, no qual o alinhamento entre diagnóstico e necessidades define a relevância de cada projeto. Para que o PS seja rigoroso, é imprescindível ter em conta os fatores determinantes de saúde: biológicos, ambientais, hábitos de vida e características do sistema de cuidados, que influenciam o estado de saúde individual e comunitária (Imperatori & Giraldes, 1993).

As etapas do PS para Imperatori & Giraldes (1993) são: Diagnóstico de Situação de Saúde de uma comunidade, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas, Preparação da Execução; Execução e Avaliação. Cada uma destas etapas articula-se com as quatro competências específicas do EESCSP.

Em primeiro lugar, a competência de avaliação das necessidades de saúde da comunidade, permite ao enfermeiro diagnosticar de forma sistemática o estado de saúde da população, identificar determinantes sociais e ambientais, e definir prioridades e estratégias de intervenção. A segunda competência, centrada na capacitação de grupos e comunidades, reforça o papel do enfermeiro como agente facilitador da participação ativa das populações na construção de respostas às suas necessidades, tendo para isso de desenvolver a capacidade de planear ou elaborar programas ou projetos comunitários de resposta a essas necessidades.

A terceira competência refere-se à coordenação de programas de saúde estruturantes, sendo o EESCSP responsável pela implementação, execução em parceria e avaliação de programas comunitários alinhados com os objetivos do PNS. Por fim, a competência: vigilância epidemiológica geodemográfica permite ao enfermeiro analisar dados demográficos e de saúde, antecipar riscos e responder de forma adequada a fenómenos epidemiológicos emergentes, mas também permite avaliar a eficácia da sua atuação e dos programas dinamizados nesta área. Estas quatro competências articulam-se de forma sinérgica, conferindo ao EESCSP um papel determinante na melhoria contínua da saúde das populações.

Nos subcapítulos 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 e 3.2.4, apresenta-se a descrição das atividades desenvolvidas nos dois contextos de estágio, acompanhada da reflexão sobre os resultados de aprendizagem alcançados, com vista à concretização das competências específicas do EESCSP previamente descritas.

3.2.1 Competência do domínio específico: Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

No que respeita à primeira competência: estabelecer, com base na metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, neste caso específico da população abrangida pela USP Polo C e pela UCC CJ; foi realizada num primeiro momento: um Diagnóstico de Situação de Saúde dessa população, que se encontra descrita em pormenor no subcapítulo 4.2.2. Contudo, sinteticamente, o DSS efetuado contemplou a caracterização geodemográfica, socioeconómica, ambiental e de saúde da população-alvo, os principais problemas de saúde com base em indicadores de morbimortalidade e respetivos determinantes sociais de saúde, bem como analisou a utilização dos serviços de saúde e identificou recursos comunitários. (DGS, 2016).

Após a caracterização da população da abrangida, o DSS definiu as necessidades prioritárias passíveis de intervenção, com maior potencial de ganhos em saúde face aos recursos disponíveis. As prioridades de intervenção em saúde da população foram estabelecidas pela aplicação do método de *Hanlon*, recorrendo a critérios objetivos e ponderados, em consonância com as orientações estratégicas definidas no PNS e do Plano Local de Saúde (PLS) da ULS BI. Este processo permitiu hierarquizar os problemas identificados de forma fundamentada, assegurando maior racionalidade e transparência na tomada de decisão.

Face ao levantamento dos determinantes sociais de saúde da população em questão e ao processo de priorização efetuado, percebeu-se que a população a intervir apresentava um perfil demográfico envelhecido e uma elevada taxa de dependência, sendo que o envelhecimento populacional um verdadeiro desafio para os serviços de saúde da área. No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2021–2030 (PNS 2030), a população envelhecida é identificada como um dos grupos prioritários de intervenção, considerando que o atual contexto epidemiológico e demográfico do país, é também caracterizado por um elevado índice de envelhecimento e pelo aumento da carga associada à multimorbilidade, dependência funcional e fragilidade. Este enquadramento estratégico encontra-se refletido no eixo 1 do PNS 2030 – Promoção da Saúde ao Longo do Ciclo de Vida, com especial enfoque no envelhecimento ativo e saudável, sustentado por políticas e intervenções centradas na pessoa idosa (DGS, 2023a).

De forma convergente, o PLS da C.B. (ACSS, 2019) estabelece como prioridade local, a intervenção junto da população idosa, identificando este grupo como particularmente vulnerável a eventos adversos evitáveis, que comprometem significativamente a qualidade de vida e aumentam a carga sobre os cuidadores informais. Desta forma, a população envelhecida do município da C apresenta múltiplas vulnerabilidades de natureza clínica, social e ambiental, associadas a um maior risco de descompensação e a dificuldades no acesso aos cuidados de saúde.

A condição de dependência agrava não só o impacto das doenças já instaladas, como compromete a capacidade de prevenção, o autocuidado e a adesão terapêutica, constituindo um desafio acrescido para a organização dos cuidados e para a sustentabilidade do sistema de saúde. Em suma, após a análise das necessidades da comunidade abrangida, e considerando que esta área já se encontra priorizada no PNS e no PLS da ULS BI, decidiu-se direcionar a intervenção deste estágio para a população idosa e dependente da área de abrangência da USP Polo C e UCC CJ.

Para direcionar a intervenção à população idosa dependente, os dados recolhidos foram discutidos com a EESCSP orientadora e em reuniões de equipas multidisciplinares (ECCI, UCC, USP), concluindo-se que a melhor estratégia seria atuar no programa comunitário da ECCI.

Este programa presta cuidados individualizados a pessoas com dependência funcional, promovendo avaliação integral, reabilitação e recuperação da autonomia no contexto familiar. Não existindo uma análise efetuada da população da ECCI da UCC CJ, percebeu-se que na ULS a ECCI da UCCF, com uma população base muito semelhante à da ECCI CJ, possuía uma análise da população, em que os dados disponíveis revelaram que em 2024 aproximadamente 66% dos utentes necessitaram de tratamento de feridas, predominantemente úlceras por pressão (48%), com média de idade de 73 anos, maioritariamente mulheres, e funcionalidade reduzida (média de 73 pontos na Tabela Nacional de Funcionalidade) (Veiga, 2025).

Complementarmente, para perceber se estes resultados estavam concorrentes com a literatura e evidencia disponível, fez-se uma revisão da literatura em bases especializadas, mais aprofundada no Apêndice 4, que identificou as UPP como o problema de saúde mais prevalente em cuidados domiciliários, seguidas da sobrecarga e saúde mental dos cuidadores e do risco de desnutrição.

Com base nesta análise, na observação direta e no consenso das equipas, definiu-se a prevenção de UPP como área prioritária de intervenção, abrangendo utentes de alto risco, cuidadores e enfermeiros. Para isso, foi desenvolvido o PIC *Cuidar sem Pressão*, com o objetivo de melhorar os cuidados preventivos de UPP e promover ganhos de saúde significativos para a população idosa dependente e para a comunidade de cuidadores da ECCI.

No âmbito da sua implementação, procedeu-se também à caracterização sociodemográfica dos cuidadores e dos utentes, permitindo compreender variáveis como idade, nível de escolaridade, contexto familiar e condições socioeconómicas e à avaliação das suas necessidades com a aplicação de uma grelha de observação pré intervenção sobre a adoção de cuidados preventivos. Desta forma, foi possível realizar um diagnóstico de situação deste grupo comunitário referente às suas dificuldades nesta área para posterior planeamento de intervenções.

Paralelamente, no grupo dos enfermeiros, foi realizado um diagnóstico de situação desta comunidade profissional, através da avaliação do nível de conhecimentos com recurso a instrumentos validados para a população portuguesa. A análise obtida revelou-se essencial para identificar necessidades formativas específicas e orientar a adequação das estratégias de intervenção, contribuindo para uma maior pertinência, eficácia e qualidade da formação desenvolvida.

Já para o planeamento do PIC *Cuidar sem Pressão*, foi realizada, numa fase inicial, uma pesquisa bibliográfica alargada sobre os cuidados preventivos às UPP. Contudo, verificou-se que a evidência disponível apresentava-se pouco direcionada para o contexto domiciliário e comunitário. Neste sentido, tornou-se pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura centrada especificamente nos cuidados a utentes com UPP em contexto comunitário.

Esta atividade contribuiu diretamente para o desenvolvimento da competência de avaliação do estado de saúde de uma comunidade, ao possibilitar uma compreensão integrada dos determinantes associados ao desenvolvimento de UPP, das vulnerabilidades específicas do grupo-alvo e das suas repercussões ao nível individual, familiar e comunitário, permitindo sistematizar o conhecimento científico existente, identificar

boas práticas e lacunas na prestação de cuidados, bem como fundamentar as decisões subsequentes do projeto em evidência atualizada e contextualizada.

Com base na evidência científica analisada, foram então definidas e operacionalizadas intervenções dirigidas à resolução dos problemas priorizados, nomeadamente ao nível da capacitação dos cuidadores, da promoção da literacia em saúde, da adoção de práticas preventivas sistematizadas, atualização de conhecimentos dos enfermeiros na área da prevenção de UPP, e realização de protocolos sistemáticos de atuação nesta área e elaboração de folheto formativo para os cuidadores.

Numa fase subsequente do PIC, procedeu-se à definição de objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporalmente definidos, bem como à delineação de estratégias de intervenção exequíveis e coerentes com as características sociodemográficas das populações a intervir e com os recursos disponíveis, descrito em pormenor no capítulo 4 deste relatório. Foi privilegiada uma abordagem participativa, promovendo o envolvimento ativo da comunidade e dos diversos *stakeholders*, reforçando a corresponsabilização e a sustentabilidade das ações implementadas.

Por fim, procedeu-se à avaliação do projeto *Cuidar sem Pressão*, contemplando indicadores de processo e de resultado, com vista à apreciação da eficácia, eficiência e impacto das intervenções desenvolvidas, e à partilha destes resultados com as equipas da ECCI. A implementação do PIC *Cuidar sem Pressão* configurou-se como um processo rigoroso e desafiante, que favoreceu o aprofundamento das competências específicas do EESCSP, em alinhamento com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reforçando uma atuação estruturada, sustentada na evidência científica e orientada para a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

Assim esta competência específica: avaliação do estado de saúde da comunidade, fundamentada na metodologia do Planeamento em Saúde, constitui uma competência central do enfermeiro na articulação e implementação de programas de saúde de âmbito comunitário, permitindo uma intervenção estruturada, ajustada às necessidades locais e orientada para resultados efetivos. Esta avaliação foi aplicada também de forma sistemática nos diversos programas em que me foi possível colaborar, nomeadamente o PNSE, o PNV, o PNT, Diabetes em Movimento e as atividades desenvolvidas no âmbito da ECCI.

No âmbito do PNSE, a avaliação do estado de saúde, através das reuniões com os professores responsáveis pelo PES, permitiu identificar necessidades específicas das crianças e jovens, como lacunas em literacia em saúde, hábitos alimentares, higiene e atividade física, orientando a planificação de ações educativas e preventivas nas escolas. Esta intervenção possibilitou não apenas promover comportamentos saudáveis, mas também capacitar a comunidade escolar e as famílias, fortalecendo a autonomia e consolidando a prática do EESCSP enquanto agente ativo de promoção da saúde coletiva.

No âmbito PNV, a análise dos dados sobre cobertura vacinal e grupos de risco permitiu direcionar estratégias de sensibilização e rastreio, garantindo que os recursos fossem aplicados de forma eficiente e eficaz. A monitorização de indicadores de vacinação possibilitou ajustes contínuos às estratégias, assegurando o cumprimento dos objetivos do programa e evidenciando a competência do enfermeiro em planear, coordenar e avaliar ações preventivas a nível comunitário.

No âmbito PNT, a avaliação geodemográfica da população permitiu identificar áreas e grupos vulneráveis à tuberculose, facilitando a implementação de rastreios direcionados, acompanhamento de casos e medidas

preventivas adequadas. Este processo reforçou a capacidade do EESCSP de atuar de forma integrada, respondendo de forma proativa a riscos específicos de saúde pública e promovendo a vigilância epidemiológica em alinhamento com os objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Relativamente ao programa Diabetes em Movimento, a avaliação do estado de saúde da comunidade revelou-se fundamental para identificar fatores de risco associados, como sedentarismo e excesso de peso. Esta análise permitiu adequar a implementação do programa às características da população, promovendo a adesão à prática de atividade física estruturada e incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis. A monitorização dos resultados, nomeadamente ao nível do controlo glicémico e da capacidade funcional, possibilitou avaliar o impacto das intervenções e reformular estratégias, evidenciando a competência do EESCSP na utilização de dados para melhorar continuamente os ganhos em saúde.

No contexto da ECCI, a avaliação da comunidade permitiu compreender o perfil de saúde de pessoas com dependência funcional, doença crónica ou em convalescença, identificando necessidades clínicas, psicossociais e familiares. Esta análise orientou a planificação de cuidados individualizados e coletivos, reforçando a articulação com redes formais e informais de suporte, e evidenciou a competência do enfermeiro em integrar a coordenação de programas de saúde e promover a continuidade e a qualidade dos cuidados em contexto comunitário. Desta forma, a realização de avaliações sistemáticas do estado de saúde das comunidades demonstra não apenas a capacidade técnica do enfermeiro em coletar e interpretar dados, mas também a sua competência em transformar essa informação em ações concretas, adaptadas às necessidades da população, promovendo a saúde, prevenindo doenças e fortalecendo a autonomia individual e coletiva.

A concretização desta competência assentou numa integração estruturada de referenciais teóricos, destacando-se os contributos da MPSNP e da TDAE enquanto matrizes orientadoras da prática. Estes quadros conceptuais funcionaram como verdadeiros mapas de navegação, permitindo não apenas a leitura sistemática das necessidades dos indivíduos e grupos, mas também a organização do raciocínio clínico de forma intencional e fundamentada.

Neste sentido, a utilização do MPSNP e da TDAE, favoreceu a identificação rigorosa das necessidades em saúde, sustentada numa análise holística e contextualizada, ao mesmo tempo que apoiou a definição de estratégias de intervenção ajustadas, realistas e sensíveis às especificidades de cada situação. Paralelamente, proporcionou critérios claros para a avaliação dos resultados, promovendo uma monitorização contínua e reflexiva das práticas desenvolvidas. Assim, o recurso consistente a estes quadros conceptuais assegurou maior coerência metodológica na intervenção, reduzindo a aleatoriedade das decisões e promovendo uma prática mais estruturada e intencional. Simultaneamente, reforçou o rigor científico, ao ancorar as decisões em modelos teóricos reconhecidos, e garantiu maior consistência na implementação das intervenções ao longo do tempo.

No Quadro 5, apresenta-se de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 5 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Estabelece com base na metodologia do PS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

Competências	Objeto de aprendizagem	Resultados de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	Efetua a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade	- Recolha e análise dados epidemiológicos e sociodemográficos da população da USP Polo C e da UCC CJ; - Recolha e análise de dados epidemiológicos e sociodemográficos da população alvo dos diversos programas (nível mais micro): PNT, PND, PNV, ECCI, PNSE, ECCI. - Identificação determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde com base no PLS da ULS BI das populações alvo; - Elaboração um Diagnóstico de Situação de Saúde.
		Estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade	- Utilização critérios objetivos e rigorosos que conduziram à definição das prioridades em saúde, tendo em conta as orientações estratégicas do PNS e do PLS da CB; - Participação em reuniões de equipa multidisciplinar (ECCI, UCC, USP) para discussão dos problemas de saúde prioritários; - Articulação com a equipa da UCC CJ na seleção de áreas prioritárias de intervenção.
		Estabelecer objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	- Elaboração de objetivos gerais e específicos do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i> alinhados com o PNV e com os programas da carteira de serviços da UCC CJ; - Definição de objetivos mensuráveis, através de indicadores, que permitam medir as mudanças em termos de melhoria do estado de saúde das diversas comunidades; - Elaboração de estratégias de intervenção exequíveis, coerentes de acordo com os objetivos estabelecidos, recursos disponíveis e características da comunidade abordada.
		Elaborar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	- Planeamento de intervenções em saúde comunitária, tendo em conta os recursos disponíveis, as necessidades identificadas e as orientações estratégicas das políticas de saúde; - Mobilização de parceiros comunitários (lares e centro de dia), promovendo o envolvimento e o compromisso com as intervenções planeadas para o PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Implementação do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>, junto de utentes dependentes acompanhados pela ECCI, assegurando a melhoria dos cuidados preventivos às UPP, e junto dos profissionais de saúde, assegurando uma atualização de conhecimentos nesta área; - Elaboração de materiais educativos e instrumentos de monitorização, adequados ao contexto dos utentes acompanhados na ECCI; - Elaboração de um protocolo de sistematização de cuidados na área da prevenção de UPP.
		Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	- Execução do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Aplicação de instrumentos de avaliação de resultados (indicadores de processo e de impacto, satisfação dos enfermeiros); - Elaboração de relatório de avaliação final do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>, identificando ganhos em saúde e oportunidades de melhoria; - Apresentação dos resultados à equipa da UCC CJ e proposta de medidas de continuidade.

Fonte: Elaboração própria

3.2.2 Competência do domínio específico: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

O desenvolvimento da competência específica do EESCSP: contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, promovendo a sua autonomia e empoderamento para a autogestão da saúde; implicou a participação em várias atividades dos projetos comunitários da carteira básica da USP Polo C e UCC CJ. É objetivo desta competência, colocar em prática projetos de saúde de forma a dar resposta aos problemas de saúde identificados na comunidade (OE, 2018), e nesse sentido, também a implementação do PIC *Cuidar sem Pressão* ajudou no desenvolvimento desta competência.

No âmbito do PNT, a participação incidiu essencialmente no acompanhamento e apoio ao processo de rastreio e vigilância epidemiológica de casos ativos e respetivos contactos, com particular atenção à população imigrante e a grupos em situação de vulnerabilidade social. Esta colaboração envolveu a análise de notificações, o apoio à realização de inquéritos epidemiológicos, o contacto com os utentes e suas famílias para orientação e sensibilização, e ainda a articulação com o hospital para garantir o seguimento clínico e social adequado. Esta atuação permitiu reforçar a deteção precoce da doença, minimizar o risco de propagação na comunidade e contribuir para a continuidade de cuidados no sistema de saúde.

Também me foi possível colaborar nas consultas interdisciplinares da Consulta de Doenças Respiratórias na Comunidade, onde o foco central foi capacitar os utentes com o diagnóstico de tuberculose para a gestão autónoma da doença, através da promoção da literacia em saúde. Procurou-se capacitar esta comunidade para a gestão eficaz do regime terapêutico, para o reconhecimento dos possíveis efeitos adversos e para o fortalecimento da adesão ao tratamento, promovendo maior responsabilidade e envolvimento ativo no seu percurso de cuidados (autocuidado).

Particularmente neste ponto foram importantes os contributos do constructo teórico de Dorothea Orem, pois forneceu a estrutura teórica que sustentou a capacitação dos utentes com tuberculose para a gestão autónoma da doença. Ao aplicar os princípios de Orem, foi possível orientar as intervenções de forma a promover a literacia em saúde, apoiar o reconhecimento precoce de efeitos adversos e reforçar a adesão ao tratamento, valorizando a autonomia do utente. Este enfoque no autocuidado não só fortalece a responsabilidade individual na gestão da saúde, como também incentiva um envolvimento ativo no percurso terapêutico, alinhando-se diretamente com os objetivos desta consulta.

No que respeita ao PNSO, colaborou-se em diversas ações educativas em contexto escolar, alinhadas com os objetivos de promoção da literacia em saúde e de prevenção de doenças prevalentes em idade pediátrica, nomeadamente com o projeto “Eco Escovinhas”, direcionado às crianças do pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico. A intervenção envolveu a realização de sessões pedagógicas interativas através das quais se transmitiram mensagens-chave sobre a importância da higiene oral e se demonstra a prática da técnica correta de escovagem dos dentes, tendo ainda sido entregues kits de higiene para uso diário em casa, fomentando a continuidade dos cuidados no ambiente familiar. Estes elementos facilitadores da adoção de comportamentos saudáveis visaram o empoderamento das crianças enquanto promotoras de saúde no seu meio envolvente, salientando o papel do EESCSP como um “arquiteto de escolhas”.

No âmbito do PNSE, foi-me possível participar em reuniões do PNSE com parceiros comunitários, nomeadamente reunião do Crescer Saudável na C., e reuniões com a equipa do Programa de Educação nas Escolas (PES). Estas experiências permitiram contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, pois

possibilitaram compreender as necessidades específicas da comunidade escolar, fomentar a troca de conhecimentos entre diferentes intervenientes e apoiar a implementação de estratégias de promoção da saúde adaptadas ao contexto local. Desta forma, tornou-se evidente que o envolvimento ativo e colaborativo com parceiros comunitários é essencial para fortalecer a autonomia coletiva, promover hábitos saudáveis e consolidar a literacia em saúde junto de crianças, jovens e famílias.

Tive ainda a oportunidade de colaborar na dinamização de sessões formativas direcionadas a alunos do 2.^a e 3.^a ciclo do ensino básico e ensino secundário, incidindo sobre temáticas cruciais como o Suporte Básico de Vida (SBV), educação para a sexualidade, promoção da saúde mental, promoção do sono, nomeadamente com as ações dos programas: + Contigo; Educação para os Afetos e Sexualidade – Caixa de Perguntas, Importância do Sono - Dormir... que perda de tempo! Será? e Suporte Básico de Vida. Especificamente dinamizei autonomamente sessões do: Antes que te queimes! – Primeiros Socorros em contexto recreativo, direcionado para os alunos do 12.^o ano. “Antes que te Queimes” é um projeto de intervenção comunitária e educativa que foi criado originalmente por estudantes e docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) em 2007 e foi posteriormente aplicado em vários contextos escolares, nomeadamente na UCC CJ. O programa Antes que te Queimes! tem como objetivo promover a diversão sem risco durante eventos e festas académicas e recreativas, incentivando contextos de lazer mais seguros e conscientes. Procura reduzir os danos associados ao consumo nocivo de álcool, outras substâncias psicoativas e outros comportamentos de risco, sensibilizando os alunos para escolhas responsáveis no que respeita ao álcool, tabaco, sexualidade e condução. Nomeadamente a sessão que dinamizei encontra-se em pormenor no Apêndice 5.

Estas intervenções na área do PNSE potenciaram o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, fundamentais na prática do EESCSP. A criação de espaços seguros de diálogo sobre temas sensíveis como sexualidade, saúde mental ou consumo de substâncias exigiu escuta ativa, postura e capacidade de facilitar a reflexão crítica, promovendo empoderamento individual e coletivo. Ao assumir o papel de facilitador de aprendizagens durante as sessões educativas direcionadas a alunos do 2.^o e 3.^o ciclo e do ensino secundário, foi possível experienciar diretamente a relevância de capacitar grupos e comunidades para a promoção da saúde e da prevenção de riscos. Esta experiência mostrou que a capacitação de comunidades vai além da transmissão de informação: implica inspirar autonomia, fomentar atitudes proativas e criar ambientes mais seguros e conscientes, reforçando o papel do EESCSP como agente de mudança social, centrado na promoção da literacia em saúde, na prevenção de comportamentos de risco e na construção de comunidades mais resilientes e informadas.

No âmbito do PNV, foi-me possível participar ativamente na campanha sazonal de vacinação contra a gripe e a COVID-19, integrando as equipas responsáveis pela administração das vacinas em lares de idosos, centros de dia e junto de utentes acompanhados pelos serviços de apoio domiciliário. Esta experiência permitiu vivenciar de forma concreta a importância da proximidade dos cuidados e da descentralização das intervenções de saúde pública, assegurando o acesso equitativo à vacinação de grupos particularmente vulneráveis e com maior risco de complicações associadas a infeções respiratórias. Paralelamente, a intervenção em contextos institucionais possibilitou a promoção da adesão às campanhas vacinais e a literacia em saúde desta população.

Já a participação no PND, mais concretamente no projeto “Diabetes em Movimento” da DGS, permitiu-me colaborar num programa comunitário estruturado de exercício físico supervisionado para utentes com diabetes tipo 2. As atividades realizaram-se em contexto de grupo e envolveram sessões regulares de exercício

adaptado, combinando trabalho cardiovascular, treino de força e flexibilidade, sempre com monitorização de enfermagem dos participantes. Para além do acompanhamento dos utentes nas sessões, monitorizando e esclarecendo questões sobre a gestão da doença, foi também possível apoiar ações de educação para a saúde, centradas na autogestão da diabetes, alimentação equilibrada, adesão terapêutica e autocontrolo da glicemia. Este programa revela-se essencial na redução do sedentarismo, no reforço da literacia em saúde e na promoção do autocuidado, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos participantes e a prevenção de complicações associadas à doença.

Estar envolvido neste projeto durante algum tempo permitiu conhecer de forma mais próxima o grupo de utentes, compreender as suas necessidades, hábitos e barreiras à mudança de comportamento, o que possibilitou a aplicação prática do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Neste contexto, dinamizei de forma autónoma a sessão de educação para a saúde sobre Cuidados de Prevenção do Pé Diabético (Apêndice 6), traduzindo conhecimento técnico em informação clara, prática e aplicável ao quotidiano dos utentes. A familiaridade com o grupo permitiu reforçar a perceção dos benefícios dos cuidados preventivos, identificar e superar barreiras à sua implementação e fortalecer a confiança dos participantes na sua capacidade de autogestão. Esta abordagem centrada no utente promoveu o autocuidado, o envolvimento ativo na sua saúde e a adoção de comportamentos mais conscientes e responsáveis, evidenciando o impacto positivo da promoção da saúde baseada no modelo de Nola Pender.

Também as atividades desenvolvidas nos PNRd e PNPCDTV, que serão desenvolvidas no subcapítulo 3.2.4, permitiram-me assumir um papel ativo na informação e sensibilização da comunidade, reconhecimento precoce de sinais e sintomas e adoção de medidas de proteção individual e coletiva. Assim, ao atuar na proximidade, o EESCSP não apenas transmitiu conhecimento, mas fomentou corresponsabilização, fortalecendo a resiliência comunitária perante ameaças ambientais e doenças transmitidas por vetores.

Por fim, como já foi descrito anteriormente em pormenor, também a implementação do PIC *Cuidar sem Pressão* permitiu a capacitação dos grupos comunitários alvo para a prevenção de UPP: utentes/cuidadores e enfermeiros da ECCI ULS BI. Esta intervenção permitiu transmitir conhecimento técnico de forma prática e acessível, sensibilizando para a importância da prevenção, promovendo a autonomia dos utentes e cuidadores e fortalecendo competências profissionais dos enfermeiros. O impacto desta abordagem estruturada será explorado em detalhe no capítulo 4.

Todas estas atividades e experiências práticas ilustram a aquisição da competência de capacitação de grupos e comunidades, através da promoção da literacia em saúde, do reforço de comportamentos saudáveis e da participação ativa da população nos cuidados de saúde. As intervenções foram planeadas com base nos princípios do planeamento em saúde, em articulação com os parceiros locais, de acordo com as necessidades identificadas na comunidade e tendo sempre por base as teóricas de enfermagem que guiaram a elaboração do PIC.

No Quadro 6, apresenta-se de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 6 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Competências	Objeto de aprendizagem	Resultados de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	Capacita grupos e comunidades	Colaborar em projetos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades	- Colaboração nas atividades da carteira básica da USP e UCC CJ, colaborando em programas de promoção da saúde, nomeadamente nas áreas: Consulta Respiratória da Comunidade (âmbito do PNT); atividades no âmbito dos programas: PNV, PNSE, PNSO, PND (Diabetes em Movimento), PNRd, PNPCDTV; - Participação em reuniões com parceiros comunitários (Crescer Saudável na C e Equipas PES); - Dinamização de sessões de capacitação comunitária (Antes que te queimes! e Cuidados Preventivos do Pé Diabético); - Integração as equipas da ECCL, promovendo para ações que contribuam para a capacitação deste grupo comunitário; - Implementação do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>, que tem como objetivo a capacitação de utentes/ cuidadores e enfermeiros para a área da prevenção de UPP.
		Integrar nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas	- Articulação e integração de contributos de várias áreas do saber — enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia, na elaboração de planos de cuidados dos utentes e comunidades; - Articulação com instituições parceiras (IPSS, centros de dia, lares, serviços sociais) para promover uma rede comunitária de apoio; - Avaliação do impacto interdisciplinar das intervenções, recolhendo feedback dos diferentes profissionais sobre a eficácia das ações implementadas.
		Proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade	- Utilização de técnicas eficazes de comunicação e educação para a saúde; - Identificação das necessidades formativas dos grupos comunitários; - Realização de sessões de educação para colmatar as necessidades formativas dos grupos comunitários; - Integração de conhecimentos de diferentes áreas nos processos de capacitação comunitária; - Promoção da procura ativa de informação em saúde pela comunidade.

Fonte: Elaboração própria

3.2.3 Competência do domínio específico: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O EESCSP tem ainda como competência definida, a integração e a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário em consonância dos objetivos do PNS. (DGS, 2021). A participação nas diferentes fases dos projetos e programas da USP Polo C e UCC CJ, já descritos nas competências anteriores, desde o diagnóstico comunitário até à avaliação de resultados, permitiu-me reforçar o papel da enfermagem especializada percebendo a dinâmica de coordenação dos programas de saúde: PNT, PNSE, PNV, PNSO, PND, PNRd, PNPCDTV, e até à gestão de cuidados e coordenação de equipas como a ECL e a UCC CJ.

Mas neste ponto, saliento a minha integração na ECCI, uma equipa com um programa estruturante da RNCCI, operacionalizado pela UCC. As ECCI têm como missão prestar cuidados de saúde e apoio social integrados a pessoas em situação de dependência, assegurando a continuidade de cuidados entre os diferentes níveis do sistema de saúde. Promovem a reabilitação, a autonomia e a qualidade de vida, através de uma intervenção interdisciplinar, centrada na pessoa e articulada com as redes de suporte formal e informal.

A atuação do enfermeiro na ECCI reveste-se de particular importância para a promoção da continuidade e integração dos cuidados de saúde junto de pessoas em situação de dependência funcional, doença crónica ou convalescença, no próprio domicílio. Esta intervenção exige uma perspetiva holística, em que a avaliação global da pessoa e da família constitui o ponto de partida, permitindo identificar necessidades clínicas, funcionais e psicossociais, bem como os recursos disponíveis no contexto comunitário. Com base nesta avaliação, o enfermeiro planifica, implementa e monitoriza o plano individual de cuidados, ajustando as intervenções à evolução clínica e às prioridades identificadas, em articulação com a equipa multidisciplinar.

Embora cada família seja acompanhada de forma individualizada, tendo em conta a sua singularidade e contexto próprio, a população abrangida pela ECCI pode também ser perspetivada como uma comunidade com características e necessidades frequentemente convergentes. De facto, é possível identificar padrões comuns, nomeadamente ao nível da dependência funcional, da gestão da doença crónica, da sobrecarga do cuidador informal e das dificuldades na manutenção de regimes terapêuticos.

A partir desta leitura mais integrada, a intervenção do enfermeiro pode beneficiar da incorporação de estratégias globais de avaliação e sistematização de cuidados, promovendo uma abordagem mais organizada e consistente, conforme foi o objetivo da implementação do PIC *Cuidar sem pressão*, na área os cuidados preventivos de UPP. A utilização de instrumentos padronizados, a definição de planos de cuidados estruturados e a monitorização contínua facilitam a identificação de necessidades, a adequação das intervenções e a continuidade dos cuidados. Desta forma, contribui-se para a melhoria da qualidade assistencial e para a obtenção de ganhos em saúde mais sustentados.

A minha intervenção nesta equipa abrangeu um conjunto diversidade de atividades: desde a execução de procedimentos técnicos, como tratamento de feridas, administração de terapêutica e vigilância de parâmetros clínicos, até à avaliação global do utente e cuidador, avaliação de riscos (quedas, UPP, risco nutricional), mobilização de estratégias de prevenção consoante os riscos avaliados, promoção da mobilidade, promoção para a saúde através do aumento da literacia em saúde, capacitação para autogestão da doença, gestão do regime terapêutico, articulação com outros grupos profissionais e recursos comunitários, avaliação dos resultados das intervenções, discussão em equipa das intervenções e resultados. Além de todas estas atividades, desenvolvi ainda um papel ativo no apoio e acompanhamento emocional dos utentes e famílias,

oferecendo escuta ativa, suporte à família e orientação sobre recursos comunitários, reconhecendo que o cuidado no domicílio envolve tanto a dimensão física como a afetiva da pessoa.

A ECCI constituiu-se nesta lógica um contexto privilegiado para a implementação do PIC *Cuidar sem Pressão*. Como foi descrito anteriormente, este projeto planeado por mim para desenvolver a competência deste domínio específico, tem como objetivo promover o empoderamento de três grupos-chave da ECCI: os utentes da ECCI com alto risco de desenvolver UPP, os seus cuidadores e os enfermeiros da ECCI, através do aumento da literacia e promoção da saúde. Com a aplicação deste PIC permitiu-se numa primeira fase compreender as necessidades reais de cada grupo, para posteriormente executar intervenções personalizadas e reforçando competências profissionais.

Após a implementação do PIC, procedeu-se à monitorização sistemática de indicadores de saúde e à avaliação contínua das intervenções, permitindo identificar áreas de sucesso e pontos que requeriam ajustes. Com base nestes resultados, foram propostas reformulações estratégicas, garantindo que o programa permanecesse eficaz, relevante e adaptado às necessidades específicas dos grupos-alvo.

Este processo de acompanhamento e ajuste não apenas assegura a qualidade técnica das intervenções, mas também fortalece o envolvimento e a capacitação da comunidade, transformando o PIC *Cuidar sem Pressão* numa verdadeira ferramenta de *empowerment*. Através desta abordagem, indivíduos e grupos ganham competências para gerir melhor a sua saúde e cuidados, consolidando o papel do EESCSP como agente ativo de transformação e promoção de saúde na comunidade, capaz de fomentar autonomia, prevenção e participação coletiva.

À luz do modelo de Nola Pender, a competência de integrar a coordenação dos programas de saúde comunitária traduz-se na capacidade de promover ambientes e intervenções que favorecem comportamentos de saúde positivos na população, articulando ações educativas, programas estruturados e estratégias de promoção da saúde alinhadas com os objetivos do Plano Nacional de Saúde. O enfermeiro atua de forma a capacitar a comunidade, considerando fatores individuais, sociais e ambientais que influenciam a adoção de estilos de vida saudáveis.

Segundo a TDAE de Dorothea Orem, esta competência evidencia-se na capacidade de apoiar o desenvolvimento do autocuidado na comunidade, identificando necessidades coletivas e individuais, promovendo a autonomia das famílias e cuidadores, e estruturando intervenções que reforçam a continuidade e integração dos cuidados. A atuação do enfermeiro assume assim um papel central na articulação de recursos, na implementação de programas de saúde e na monitorização de resultados, garantindo respostas sistematizadas e sustentadas aos desafios de saúde da população.

No Quadro 7, apresenta-se de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 7 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Competências	Objeto de aprendizagem	Resultados de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	Participa em programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	Colaborar na promoção, implementação e monitorização das atividades dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde	- Colaboração nas atividades da carteira básica da USP e UCC CJ, colaborando em programas de promoção da saúde, nomeadamente nas áreas: Consulta Respiratória da Comunidade (âmbito do PNT); atividades no âmbito dos programas: PNV, PNSE, PNSO, PND (Diabetes em Movimento), PNRd, PNPCDTV; - Planificação de programas e implementação de ações educativas dirigidas à comunidade, em alinhamento com os objetivos do Plano Nacional de Saúde; - Implementação do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Monitorização de indicadores de saúde relacionados a implementação do PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>; - Avaliação dos resultados das atividades; - Reformulação de estratégias de intervenção, de modo a otimizar os ganhos em saúde da população; - Articulação com outras entidades locais (escolas, IPSS, autarquia, associações) para reforçar a implementação dos programas de saúde.

Fonte: Elaboração própria

3.2.4 Competência do domínio específico: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Por fim, para o EESCSP, a vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico constitui uma competência nuclear na sua prática, onde este deve recolher e interpretar criticamente dados populacionais não só regionais, mas também nacionais e internacionais, tendo em conta os determinantes de saúde que condicionam o perfil epidemiológico das comunidades (OE, 2018).

Para o desenvolvimento desta competência evidencio as atividades que desempenhei no âmbito do PNT. Neste programa foi possível a realização de vários inquéritos epidemiológicos a casos reportados com tuberculose pulmonar, procedendo-se também à identificação dos contactos para intervenção profilática, nomeadamente com rastreios na comunidade conforme já foi descrito anteriormente, assegurando a rastreabilidade e a prevenção de novos casos. Complementarmente, propôs-se o desenvolvimento de um *dashboard* em *Excel* (Apendice 3), estruturada de acordo com a Norma Técnica para a Prevenção e Controlo da Tuberculose em Portugal (DGS, 2019a); capaz de compilar e cruzar informação sobre características sociodemográficas, data de diagnóstico, comorbilidades associadas, resposta ao tratamento, gestão do regime terapêutico e registo de eventos adversos.

Através deste instrumento de vigilância, foi facilitado a monitorização de indicadores essenciais, como a taxa de incidência, taxa de prevalência, a cobertura do rastreio de contactos, a taxa de sucesso terapêutico e a taxa de abandono de tratamento, permitindo uma leitura integrada do programa e a identificação precoce de pontos críticos de intervenção. Posteriormente, todo o conjunto de informação foi cuidadosamente exportado e registado no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), garantindo uniformidade e comparabilidade dos dados a nível nacional.

Neste âmbito, teve-se ainda a oportunidade de participar em reuniões interdisciplinares com o farmacêutico de apoio do Serviço Farmacêutico Hospitalar da Consulta de Doenças Respiratórias na Comunidade, na qual foi discutido a implementação de um protocolo de gestão conjunta da terapêutica, com especial enfoque no acompanhamento rigoroso da função hepática, e vigilância de sinais de neuropatia e efeitos secundária da terapêutica para a tuberculose. Paralelamente, colaborei ativamente nas consultas de seguimento na unidade de CDRC, onde foram abordadas as características do regime com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida, com especial ênfase na adesão terapêutica e na gestão dos efeitos adversos. Esta atuação integrada, baseada na colaboração multiprofissional e na análise sistemática de indicadores, revelou-se essencial para o cumprimento das metas definidas pelo PNT.

Durante o estágio, para o desenvolvimento desta competência, saliento ainda duas situações relevantes, nas quais acompanhei a atuação do EESCSP e colaborei com a sua intervenção: a deteção de exemplares do mosquito *Aedes aegypti*, vetor de doenças como a dengue, zika e chikungunya, na região da C da ULS BI, e a identificação de níveis elevados de radão (Rn) nas instalações do Centro de Saúde da C da ULS BI.

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Transmitidas por Vetores, determina que os serviços de Saúde Pública, a nível nacional, regional e local, são responsáveis por coordenar e apoiar medidas para reduzir o risco de transmissão de doenças transmitidas por mosquitos, garantindo a notificação obrigatória de casos importados e autóctones no SINAVE. Devem ainda reforçar o sistema de vigilância de vetores e gerir a resposta em função dos níveis de risco, em articulação com os diferentes parceiros envolvidos no controlo de mosquitos.

Cabe assim às USP desenvolver atividades de promoção da saúde centradas na prevenção das picadas e na redução de criadouros, promover formação para profissionais de saúde na vigilância, prevenção e controlo destas doenças, disseminar informação técnica e científica relevante, prestar consultoria aos parceiros e dinamizar investigação orientada para o desenvolvimento de novos conhecimentos no controlo de mosquitos, adotando uma abordagem *One Health*, que reconhece a interdependência entre saúde humana, saúde animal e saúde ambiental (DGS 2016).

Neste plano, no âmbito da avaliação do risco de exposição a mosquitos invasores, foram definidos quatro níveis de alerta. O nível 0 (verde) indica ausência de mosquitos invasores, nomeadamente das espécies *Aedes albopictus* ou *Aedes aegypti*. O nível 1 (amarelo) corresponde à presença de mosquitos invasores na área geográfica, enquanto o nível 2 (laranja) assinala a ocorrência de casos autóctones de doença transmitida por mosquitos, seja de forma esporádica ou em clusters. Por fim, o nível 3 (vermelho) representa a presença de um surto.

Com base nesta classificação, a zona da C da ULS BI, encontra-se atualmente em nível amarelo, indicando a presença de mosquitos invasores, sem registo de casos de doença autóctone na população. Nesta região este fato constituiu-se como um alerta epidemiológico significativo, exigindo a ativação de mecanismos de vigilância integrada entre a USP, as autoridades locais de saúde ambiental e os serviços municipais. Acompanhar e colaborar com EESCSP, neste contexto, reforçou as minhas competências na análise de dados epidemiológicos, comunicação de riscos, promoção de medidas preventivas e implementação de modelos de vigilância integrada e multidisciplinar. Além disso, evidencia a importância de uma abordagem preventiva, permitindo proteger a população antes do surgimento de casos, sensibilizar a comunidade e fortalecer estratégias de prevenção, consolidando assim o seu papel na promoção da saúde coletiva e na gestão de riscos emergentes.

Paralelamente, a medição de Radão (Rn) constitui uma exigência legal para as entidades empregadoras em Portugal, definida pelo Plano Nacional para o Radão (PNRn), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 150-A/2022. O Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro, reforça a necessidade de manter a concentração de Radão tão baixa quanto razoavelmente possível e abaixo do nível de referência legal. O PNRn identifica as entidades abrangidas e define a periodicidade da monitorização, aplicável a todos os locais de trabalho, independentemente da suscetibilidade geológica da zona. A exposição prolongada a altos níveis de Rn, um gás radioativo de origem natural presente em edifícios, representa um risco significativo para a saúde (associado a um maior risco de desenvolvimento de cancro do pulmão), o que torna a monitorização regular imprescindível.

A deteção de concentrações de Rn nas instalações das Unidades: USP e UCC do Centro de Saúde da C., acima dos limites recomendados, implicou uma resposta coordenada, centrada na avaliação do risco ambiental e ocupacional. O EESCSP, enquanto profissional com uma visão sistémica da saúde comunitária, tem a responsabilidade de participar na identificação de fatores ambientais de risco, no aconselhamento das medidas corretivas e na promoção de um ambiente saudável e seguro, quer para profissionais quer para utentes.

Neste contexto, a USP Polo C e a UCC CJ foram realocadas de imediato para instalações provisórias, até que fosse garantida a contenção do gás. Esta mudança gerou vários constrangimentos operacionais, afetando o desenvolvimento do estágio e exigindo rápida adaptação a novos espaços, reorganização de materiais e redefinição de rotinas de trabalho. O EESCSP desempenhou um papel fundamental na gestão da situação, assegurando não apenas a logística da realocação, mas também a comunicação com a população sobre os riscos, medidas de proteção e recomendações de segurança. Além disso, coordenou a vigilância da saúde junto dos utentes e colaboradores, promovendo orientações preventivas e garantindo a continuidade dos cuidados, reforçando assim a proteção coletiva e a resposta eficaz a situações de risco.

A experiência evidenciou também a importância da flexibilidade e da capacidade de resposta a imprevistos, ao mesmo tempo que reforçou competências essenciais em planeamento, gestão de recursos e trabalho em equipa em contextos de contingência. Estas atividades permitiram desenvolver a capacidade de atuar de forma proativa e sistemática na promoção da saúde coletiva, consolidando a confiança na gestão de situações de risco e na tomada de decisões fundamentadas em evidência científica.

Por fim, saliento o contributo do PIC *Cuidar sem Pressão*, para este domínio. No âmbito da vigilância epidemiológica de geodemografia, este PIC, constitui um contributo relevante para a saúde pública, sendo que as UPP são um problema identificado de Saúde Pública. O projeto recolhe dados essenciais que permitem identificar padrões de risco, avaliar determinantes clínicos e ambientais, e medir a eficácia das estratégias de prevenção implementadas. Para o meu desenvolvimento enquanto enfermeiro especialista, esta experiência foi particularmente enriquecedora, reforçando competências na gestão de informação em saúde, na comunicação de riscos e na implementação de medidas preventivas adaptadas às necessidades da população, consolidando a minha capacidade de atuação proativa na promoção da saúde e prevenção de UPP.

No âmbito desta competência de realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, o modelo de Nola Pender evidenciou-se na capacidade do enfermeiro em utilizar informações sobre determinantes de saúde individuais e comunitários para promover intervenções preventivas direcionadas. A

análise de dados epidemiológicos permite identificar padrões de risco, fatores de vulnerabilidade e comportamentos de saúde predominantes em diferentes grupos populacionais, orientando ações educativas e estratégias de promoção da saúde que incentivem mudanças positivas nos hábitos da comunidade.

De acordo com a TDAE de Dorothea Orem, esta competência refletiu-se na identificação de necessidades de autocuidado e na implementação de intervenções que apoiem indivíduos, famílias e grupos na manutenção da saúde e prevenção de doenças. A vigilância epidemiológica fornece dados essenciais para planejar cuidados adaptados às capacidades e limitações da população, permitindo ao enfermeiro promover autonomia, prevenção e continuidade do cuidado de forma fundamentada e sistemática.

No Quadro 8, apresenta-se de forma estruturada e concisa as atividades realizadas para a aquisição desta competência, detalhando a competência, os objetivos de aprendizagem, os resultados esperados e as respetivas atividades de desenvolvimento.

Quadro 8 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Competências	Objeto de aprendizagem	Resultados de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	Colabora na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde	- Recolha, organização e análise de dados epidemiológicos relativos à área de abrangência da USP e da UCC CJ, utilizando fontes oficiais como o SINAVE, PORDATA, INE (Instituto Nacional de Estatística) e BICSP; - Realização de inquéritos epidemiológicos em colaboração com o programa do PNT e PNPCDTV; - Realização do rastreamento de contactos; - Realização de rastreios comunitários no âmbito do programa do PNT; - Desenvolvimento de um <i>dashboard</i> em <i>Excel</i> como instrumento de vigilância epidemiológica; - Cooperação nas atividades no âmbito dos programas: PNT, PNPCDTV e PNRd. - Integrar a vigilância epidemiológica nos projetos em curso, como o PIC <i>Cuidar sem Pressão</i>, monitorizando risco, incidência prevalência de UPP nos utentes dependentes acompanhados pela ECCL; - Interpretação dos determinantes de saúde (socioeconómicos, ambientais e comportamentais) que influenciam a situação epidemiológica local.

Fonte: Elaboração própria

4. Prática Especializada Baseada na Evidência

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é definida como a integração da experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível proveniente de investigação sistemática (Broeiro, 2015). Este conceito evoluiu da Medicina Baseada em Evidência (MBE), que surgiu na literatura médica em 1991 e foi inicialmente descrita como o uso consciente, explícito e judicioso da melhor prova científica na tomada de decisão sobre o cuidado de pacientes individuais. Atualmente, esta abordagem é reconhecida como uma competência fundamental para profissionais de saúde, visando substituir práticas ultrapassadas ou baseadas apenas na tradição e intuição por intervenções cientificamente fundamentadas e mais eficazes (Broeiro, 2015).

A PBE consiste num método de resolução de problemas aplicado à decisão clínica, que integra a pesquisa da evidência científica mais atual e robusta, a experiência e a avaliação clínica do profissional, bem como as preferências da pessoa cuidada no contexto assistencial (OE, 2012). Neste enquadramento, a prática baseada na evidência pressupõe a utilização consciente, explícita e criteriosa do conhecimento científico na tomada de decisão em saúde, tornando-se também imprescindível articular a melhor evidência disponível com as necessidades, valores e expectativas da pessoa alvo dos cuidados, assim como com as competências, experiência e juízo clínico dos profissionais de saúde (OE, 2012).

O processo de implementação da PBE envolve etapas estruturadas, iniciando-se com a tradução de uma incerteza clínica numa pergunta bem definida, seguindo-se a revisão e a avaliação crítica da evidência quanto à sua validade, relevância e aplicabilidade, culminando na aplicação dos resultados e na avaliação do desempenho clínico (Broeiro, 2015). Neste sentido, para a conceção do PIC *Cuidar sem Pressão*, procedeu-se a uma pesquisa integrativa da literatura, considerado como o Estudo 1 (descrito nos subcapítulos 4.1 e 4.2), analisando-se a evidência científica disponível, avaliando a sua validade metodológica, relevância clínica e aplicabilidade ao contexto específico dos cuidados preventivos de UPP em contexto domiciliário.

No subcapítulo 4.3 e 4.4, será apresentado o PIC *Cuidar sem Pressão*, considerado o Estudo 2 deste capítulo cujo enquadramento teórico se consubstancia no Estudo 1, e que foi desenvolvido com base na metodologia de planeamento em saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993). O PS é um processo estruturado e sistemático que visa organizar recursos, definir prioridades e implementar intervenções que respondam efetivamente às necessidades da população. Geralmente, este processo é desenvolvido em várias fases interligadas. A primeira fase consiste na identificação e análise do problema de saúde, onde se avaliam dados epidemiológicos, fatores de risco e determinantes sociais, permitindo compreender a magnitude e as características da questão a abordar. Na segunda fase, são definidos objetivos e metas, alinhados com políticas de saúde e prioridades estratégicas, garantindo que as ações propostas sejam relevantes e mensuráveis (OMS, 2021).

A terceira fase envolve a seleção e planeamento das intervenções, escolhendo estratégias baseadas em evidências científicas, protocolos clínicos e boas práticas, bem como definindo os recursos humanos, materiais e financeiros necessários. Em seguida, ocorre a implementação das ações, monitorizando continuamente os processos e garantindo a adesão das equipas e a participação da população. Por fim, a fase de avaliação e retroalimentação permite analisar os resultados alcançados, identificar lacunas e ajustar estratégias, promovendo a melhoria contínua e assegurando que os objetivos de saúde sejam atingidos de forma eficiente e sustentável (OMS, 2021).

4.1 Enquadramento teórico: Cuidados Preventivos à pessoa com UPP

Para o desenvolvimento do PIC *Cuidar sem Pressão*, considerou-se essencial proceder à análise das orientações emanadas pelas normas nacionais e internacionais relativas à prevenção de úlceras por pressão, com o propósito de assegurar que a intervenção proposta se encontrasse alinhada com recomendações cientificamente fundamentadas e amplamente reconhecidas na prática clínica. De seguida serão apresentados esses pressupostos, que sustentam a temática em estudo, e a qual constituiu um contributo determinante para a contextualização, fundamentação científica e compreensão global do projeto desenvolvido.

4.1.1 Definição e Prevalência das Úlceras por Pressão

Ao longo dos anos as UPP tiveram várias denominações: úlceras de decúbito, úlceras de cama, escaras, úlceras de pressão e várias definições. Atualmente, as UPP são consideradas danos localizados na pele e/ou nos tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou associados a dispositivos médicos ou outros, resultantes de pressão prolongada ou da combinação de pressão com forças de cisalhamento. A lesão pode apresentar-se sob a pele intacta ou como uma úlcera aberta, podendo ser dolorosa (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025). As UPP constituem um dos indicadores sensíveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, refletindo não apenas a competência técnica dos profissionais, mas também a organização dos sistemas de cuidado e a capacidade de resposta à vulnerabilidade dos utentes.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2011, p.88) define UPP como um foco de atenção, descrito como “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”. A etiologia das UPP assenta fundamentalmente na exposição prolongada dos tecidos a forças mecânicas, como a pressão e o cisalhamento, que conduzem a fenómenos de isquemia, hipóxia e deformação celular (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025). A compreensão deste processo é aprofundada pela teoria do “cone de pressão”, segundo a qual os danos visíveis à superfície cutânea representam apenas a manifestação externa de uma destruição tecidular mais profunda, frequentemente ao nível muscular e ósseo (Collier, Jones & Glendewar, 2023). Esta realidade reforça a importância da prevenção e da deteção precoce, uma vez que os estádios iniciais são mais facilmente reversíveis do que as feridas já instaladas (Gabison, Pupic, Evans, Dolatabadi & Dutta, 2022).

A prevalência média de UPP na Europa situa-se em 10,8 % (4,6–27,2 %). Estas diferenças resultam de metodologias diversificadas, características dos utentes, organização dos serviços e tamanhos de amostra (Ramos, Borges, Azevedo, Magalhães, Almeida & Soares, 2024a). As taxas de prevalência variam muito em Portugal: Alves (2015) citado por Ramos et al. (2024a), estimou 0,7 casos de UP por 1 000 habitantes, representando 67,2 % das feridas crónicas, com 61,8 % dos utentes em cuidados primários. Lopes et al. (2017) citado por Ramos et al. (2024a) reportaram 5,76 % em hospitais, 4,03 % em lares e apenas 0,02 % na comunidade. Os autores estimam o aumento de prevalência de UPP em contexto domiciliário, refletindo não só a transição demográfica, mas também a multimorbilidade e a transferência de cuidados complexos para fora do hospital (Collier, Jones & Glendewar, 2023). Desta forma, as taxas de incidência e prevalência de UPP, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades na prevenção das UPP, sugerindo mesmo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento (Ramos et al., 2024a).

Em Portugal, as UPP só passaram a ser reconhecidas como problema prioritário a partir de 2015, no âmbito do Plano Nacional de Segurança do Utente 2015-2020 (DGS, 2015). Este plano estabelecia duas metas principais na área da prevenção das UPP: garantir que 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementassem práticas de avaliação, prevenção e tratamento de UPP, e reduzir em 50%, face a 2014, o número de UPP adquiridas nas instituições do SNS ou com ele convencionado. O atual Plano Nacional de Segurança do Utente 2021-2026 (DGS, 2021c) verificou que um número expressivo de instituições adotou práticas neste âmbito, tendo em 2019 sido registados valores entre 82,9% e 90,5% do total das instituições de saúde, com atividades instituídas na área da prevenção de UPP, contudo, entre 2015 e 2019 observou-se um aumento do número de incidentes reportados relacionados com UPP, podendo refletir simultaneamente maior ocorrência ou maior cultura de notificação. Ramos et al. (2024a), refere que os poucos progressos concretos conseguidos nesta área, são essencialmente por falta financiamento para programas nacionais, formação profissional e reforço das equipas com especialistas.

As UPP são um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. De acordo com dados da Direção Geral de Saúde (DGS, 2011), estima-se que cerca de 95% das UPP são evitáveis através da identificação precoce. No plano ético e organizacional, a narrativa de que “95% das UPP são evitáveis” tem sido contestada por auditorias de causa-raiz que sugerem proporções reais de evitabilidade próximas de 43%, reconhecendo condicionantes sistémicas fora do controlo direto da enfermagem em contexto hospitalar, como instabilidade hemodinâmica, uso de vasopressores e “falência da pele” no fim de vida. (Wynn, 2025). Esta evidência exige calibrar expectativas institucionais e adotar metas realistas, sem culpabilização indevida dos profissionais, embora, Andrade, Pereira, Santos, & Saldanha (2010) refiram que a prevenção de UPP é muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde, o que explica a percentagem mesmo assim elevada de evitabilidade de UPP.

O envelhecimento populacional, associado ao aumento de doenças crónicas e ao crescimento dos índices de dependência, coloca desafios significativos à gestão de cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita à prevenção de UPP. A problemática da prevenção de UPP, tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as UPP são uma causa importante de morbilidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde, sendo que a prevenção de UPP é largamente mais barata do que o tratamento de UPP (Avsar, Budri, Patton, Walsh, & Moore, 2022).

Um estudo em contexto português revelou que as UPP representam um impacto económico substancial nos sistemas de saúde, não apenas pela extensão dos cuidados diretos, mas também pelos custos associados ao tratamento em diferentes ambientes assistenciais. Uma análise teórica realizada na Região Autónoma dos Açores estimou o custo total do tratamento de úlceras por pressão em cerca de €9 812 486/ano, distribuído entre cuidados domiciliários (€7 086 415), hospitalares (€1 723 509) e em lares de idosos (€1 002 562), evidenciando que estas lesões acarretam encargos financeiros significativos e custos intangíveis relacionados ao sofrimento dos utentes e cuidadores (Silva, Pereira, Rodrigues, Rocha, Varela, Gomes, Messias, Carvalhal, Luís, & Mendes, 2013).

Assim, a realidade dos cuidados atuais exige estratégias reforçadas de prevenção e gestão das UPP, assentes em práticas fundamentadas em evidência, conhecimento da sua prevalência e atenção individualizada. Em 2025, a National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) desenvolveram vários documentos de consenso dedicados à

prevenção de UPP. Nestes documentos, destacam-se como pontos essenciais para a prevenção de UPP: conhecimento de fatores de risco, avaliação estruturado do risco de UPP e os cuidados preventivos onde se incluem a avaliação regular da pele, os cuidados gerais à pele, o reposicionamento frequente, a nutrição adequada, os cuidados específicos na posição sentada e nos calcanhares, assim como os cuidados preventivos relacionados com dispositivos médicos e superfícies de apoio. Estes elementos são considerados fundamentais para a implementação de estratégias eficazes de prevenção e redução da incidência de UPP (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025), e neste sentido, estes itens serão descritos pormenorizadamente nos subcapítulos seguintes.

Caso, apesar da implementação destas medidas preventivas, se desenvolva uma UPP, é fundamental proceder à reavaliação global do utente, com identificação e análise dos fatores etiológicos, de forma a ajustar e otimizar as estratégias de prevenção e tratamento. Esta reavaliação deve integrar obrigatoriamente a avaliação sistemática da ferida, sendo a medição, documentação e monitorização das suas características um componente essencial para a gestão clínica eficaz. Estes dados permitem apoiar o diagnóstico, orientar a seleção de estratégias terapêuticas e produtos, e monitorizar a evolução da cicatrização, constituindo ainda indicadores relevantes de resultados em saúde e qualidade dos cuidados.

De acordo com a atualização conjunta da National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2025), a classificação das úlceras por pressão mantém uma estrutura por categorias, baseada na profundidade da lesão e no grau de comprometimento tecidual:

- **Categoria/Grau I – Eritema não branqueável:** Pele intacta com eritema localizado não branqueável numa área geralmente sobre proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura, o eritema pode não ser visível, sendo observáveis alterações de temperatura, consistência ou sensibilidade. A área pode apresentar dor, endurecimento ou alterações térmicas relativamente ao tecido adjacente. Esta categoria constitui um sinal precoce de risco de úlcera por pressão (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).
- **Categoria/Grau II – Perda parcial da espessura da pele:** Perda parcial da derme, apresentando-se como lesão superficial com leito rosado ou vermelho, sem tecido desvitalizado. Pode manifestar-se como flictena intacta ou aberta com conteúdo seroso. Não deve ser utilizada para descrever dermatites associadas à incontinência, lesões por fricção ou maceração. Pode haver indicação de lesão mais profunda subjacente (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).
- **Categoria/Grau III – Perda total da espessura da pele:** Perda total da espessura cutânea, podendo haver exposição de tecido adiposo subcutâneo, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Pode existir tecido desvitalizado (esfacelo), com possível cavitação ou formação de trajetos fistulosos. A profundidade varia consoante a localização anatómica, sendo mais superficial em áreas sem tecido adiposo significativo e mais profunda em regiões com maior panículo adiposo (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).
- **Categoria/Grau IV – Perda total da espessura dos tecidos:** Perda extensa de tecidos com exposição de estruturas como osso, tendão ou músculo. Pode estar presente necrose e cavitação profunda, frequentemente com formação de trajetos fistulosos. A extensão da lesão depende da localização anatómica e pode envolver estruturas de suporte como fáscia e cápsulas articulares (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).

- **Úlcera por pressão não classificável:** Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou tecido necrótico, impedindo a avaliação da profundidade real da lesão até remoção suficiente do tecido desvitalizado (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).
- **Lesão nos tecidos profundos:** Área localizada de descoloração vermelho-escuro ou púrpura, em pele intacta ou com flitena preenchida por sangue, resultante de dano nos tecidos moles subjacentes devido a pressão e/ou cisalhamento. Pode apresentar alterações de consistência, temperatura e sensibilidade em comparação com o tecido adjacente. Em indivíduos com pele mais pigmentada, a identificação pode ser mais difícil. Esta lesão pode evoluir rapidamente para necrose ou deterioração significativa da espessura tecidual (NPIAP/EPUAP/PPPIA, 2025).

4.1.2 Fatores de Risco para o desenvolvimento de UPP

Os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP são múltiplos, envolvendo tanto determinantes intrínsecos do indivíduo (como a idade, comorbidades, fatores tecidulares), como fatores extrínsecos relacionados com o ambiente e os cuidados prestados (a pressão, a fricção, as forças de cisalhamento, as superfícies de apoio, a exposição à humidade e determinados regimes farmacológicos). Os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, podem ser categorizados de acordo com a força da evidência que sustentam a sua influência na suscetibilidade do indivíduo. Assim, entre os fatores de maior impacto, que devem constituir o foco principal da triagem inicial, destacam-se a mobilidade e a atividade reduzida, o elevado potencial de fricção e cisalhamento, bem como a presença prévia de uma lesão de Estadio 1 (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

De Pinho, Silva Júnior, Pereira, Pinho, Silva, Caldeira, Silva & Costa (2024) descrevem que, em contexto domiciliário, os indivíduos acompanhados apresentam geralmente elevados níveis de fragilidade, resultantes da interação entre idade avançada, multimorbilidade e limitação funcional, o que compromete os mecanismos fisiológicos de redistribuição da pressão e favorece fenómenos de isquemia tecidual. A imobilidade prolongada emerge, assim, como um dos principais determinantes do risco de desenvolvimento de UPP, sendo que alguns autores recomendam superar o foco exclusivo na “pressão” e adotar o paradigma das Lesões Cutâneas Relacionadas com a Dependência (LCRD), que integra mecanismos combinados – pressão, fricção, cisalhamento, humidade e *skin tears* –, permitindo planos de intervenção alinhados com a etiologia específica de cada lesão (Maella-Rius, Torra-Bou & Martínez-Rodríguez, 2024).

Fatores de risco para UPP com relevância moderada incluem condições clínicas como diabetes *mellitus*, défices de perfusão e circulação, estado nutricional comprometido e elevação da temperatura corporal. Outros elementos, apoiados por evidências mais limitadas, mas ainda essenciais numa avaliação completa de risco, englobam a exposição à humidade, défices de oxigenação, perceção sensorial diminuída, idade avançada e alterações laboratoriais, como níveis séricos de albumina e hemoglobina (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Também Sethuraman, Leekha, Adediran e Roghmann (2021) salientam que determinadas condições clínicas específicas, particularmente aquelas que comprometem a perfusão tecidual e o controlo da humidade, representam um risco acrescido de desenvolvimento de UPP. Estas alterações fisiopatológicas interferem com os mecanismos de oxigenação celular, aumentam a fragilidade dos tecidos e reduzem a sua tolerância às forças mecânicas, mesmo quando estas não são extremas.

Em contextos específicos, como unidades de cuidados intensivos ou pediátricas, fatores adicionais podem exercer influência significativa, incluindo o uso de dispositivos médicos, o índice de massa corporal (IMC) e determinados regimes farmacológicos. A avaliação cuidadosa de todos estes fatores permite a identificação precisa dos utentes mais vulneráveis, orientando intervenções preventivas adaptadas às suas necessidades individuais (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Desta forma, percebe-se que conjugação entre fatores intrínsecos e extrínsecos explica a natureza multifatorial das UPP, porque a sua ocorrência não pode ser atribuída a uma única causa isolada. No entanto, é nos fatores extrínsecos que reside a maior margem de ação preventiva, nomeadamente através da gestão da pressão, da redução da fricção e do cisalhamento, da gestão da humidade e da adequação das superfícies de apoio (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

4.1.3 Avaliação de Risco de UPP

Dada a complexidade multifatorial que caracteriza o desenvolvimento de UPP, torna-se essencial não apenas compreender os fatores de risco, mas também identificar de forma sistemática quais indivíduos apresentam maior vulnerabilidade. A avaliação estruturada do risco permite orientar intervenções preventivas personalizadas, priorizando recursos e estratégias de cuidado de acordo com a gravidade e a suscetibilidade de cada utente. A avaliação sistemática do risco constitui um elemento central na prevenção das UPP, sendo a Escala de *Braden* um dos instrumentos mais amplamente utilizados na prática clínica, e o preconizado na orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2011 (DGS, 2011).

Este instrumento integra seis dimensões interdependentes — percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/forças de cisalhamento — todas elas relevantes para a génese destas lesões, não devendo nenhuma ser considerada isoladamente ou hierarquizada em detrimento das restantes (DGS, 2011). O risco emerge da interação dinâmica entre estes domínios, refletindo a complexidade do fenómeno. O score global da escala varia entre 6, correspondente ao nível de risco mais elevado, e 23, indicativo de menor risco, sendo a relação entre pontuação e risco inversamente proporcional (DGS, 2011).

A monitorização contínua deste risco é considerada uma exigência clínica fundamental, devendo ser adaptada ao contexto assistencial e à evolução do estado do utente. No âmbito dos cuidados domiciliários, a orientação da DGS (2011) recomenda a reavaliação semanal do risco através da Escala de *Braden*. Este acompanhamento regular permite a identificação atempada de alterações no perfil de risco e a adequação das intervenções preventivas.

Na literatura, alguns autores referem que a aplicação isolada da Escala de *Braden* apresenta limitações na discriminação da vulnerabilidade cutânea complexa. Nesse sentido, foram desenvolvidas ferramentas complementares, como a PURPOSE-T, que permite uma avaliação mais abrangente e clinicamente orientada do risco de lesão por pressão, integrando fatores cutâneos, clínicos e funcionais (Irwin, 2023; Phillips, 2024); ou o modelo sistemático: aSSKINg, que facilita a avaliação precoce do risco e intervenções direcionadas, melhorando a qualidade do cuidado em contextos comunitários e hospitalares (Martin & Holloway, 2024).

Mas apesar da utilização destes instrumentos estruturados, a avaliação do risco encontra-se dependente da observação clínica e de métodos subjetivos. Antony & Thelly (2022) destacam a importância do denominado “método do dedo” na avaliação do eritema branqueável, permitindo distinguir alterações reversíveis de lesões

em progressão. Lekman, Lindén e Ekstedt (2023) sublinham que, embora o juízo clínico seja indispensável, este pode falhar na deteção de alterações subcutâneas precoces, sobretudo quando ainda não se manifestam sinais visíveis à superfície da pele. Esta limitação compromete a eficácia das estratégias preventivas e reforça a necessidade de integrar abordagens mais objetivas na prática clínica.

Neste sentido, Avsar et al. (2022) propõem a utilização de sensores para a medição da humidade subepidérmica (SEM) como uma tecnologia inovadora capaz de identificar biomarcadores precoces de inflamação e edema intersticial, antes da ocorrência de alterações clínicas evidentes. A introdução deste tipo de ferramentas permite uma transição conceptual da prevenção reativa para uma prevenção antecipatória, deslocando o foco da resposta ao dano para a sua identificação precoce e mitigação sistemática (Avsar et al., 2022).

4.1.4 Cuidados de Prevenção de UPP

Sobre a avaliação da pele, a DGS preconiza que esta avaliação deve ser realizada no momento da admissão da pessoa e em todos os contactos subsequentes, através de um instrumento próprio de avaliação da pele, promovendo a vigilância contínua da integridade cutânea (DGS, 2011). Este processo deve ser rigorosamente documentado no processo clínico, incluindo as alterações observadas e os cuidados preventivos implementados.

Para a EPUAP, NPIAP & PPPIA (2025), a implementação de estratégias preventivas assenta numa primeira fase na avaliação sistemática da pele, assim como no cuidado à pele, e promoção da integridade tegumentar, através de regimes estruturados que visam aumentar a resiliência cutânea ao stress mecânico. O núcleo central deste cuidado é a avaliação clínica sistemática “da cabeça aos pés”, realizada a intervalos regulares, especialmente durante o reposicionamento e a higiene do utente.

Esta avaliação deve ser acompanhada de documentação técnica rigorosa, utilizando terminologia anatómica adequada, de forma a otimizar a comunicação interprofissional e sustentar o raciocínio clínico. O objetivo primordial consiste na identificação precoce de áreas de vulnerabilidade, permitindo a adaptação dinâmica do plano de cuidados e a mitigação de riscos de maceração e inflamação.

No que respeita aos cuidados à pele, de acordo com as orientações nacionais, recomenda-se a hidratação diária da pele, a evicção de massagens em áreas ruborizadas, a proteção contra a humidade excessiva e a vigilância sistemática de possíveis UPP associadas a dispositivos médicos (DGS, 2011). Embora frequentemente consideradas medidas standardizadas, estas intervenções constituem a base da prevenção primária e devem ser integradas de forma consistente nos planos de cuidados.

Para a EPUAP, NPUAP & PPPIA (2025), a manutenção da saúde da pele requer protocolos de higiene individualizados, que evitem a dessecação excessiva resultante de lavagens frequentes. Recomenda-se a utilização de agentes de limpeza e produtos tópicos com pH levemente ácido (4,5 a 5,5), compatíveis com a estrutura fisiológica da pele, de modo a preservar a função de barreira cutânea. Nos casos de xerose cutânea acentuada, a aplicação de produtos lipofílicos é indicada para restaurar a hidratação da pele. É fundamental que qualquer intervenção tópica seja realizada com pressão mínima, rejeitando-se massagem ou fricção vigorosa sobre proeminências ósseas, dado que estas podem agravar o dano tecidual.

Em indivíduos com elevado risco de UPP, a evidência clínica recomenda a aplicação de pensos profiláticos de espuma de silicone multicamadas, particularmente nas regiões: sacro e calcâneos. Estes interfaces são concebidos para dissipar forças mecânicas sustentadas que, de outro modo, provocariam deformação celular e colapso tecidual. De forma complementar, a utilização de têxteis de baixa fricção, é aconselhada em roupas de cama e vestuário, dado que estas fibras facilitam a evaporação da humidade e reduzem significativamente o coeficiente de fricção e as forças de cisalhamento (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025)

A gestão do microclima cutâneo reveste-se também de particular importância, sobretudo em utentes com incontinência fecal ou urinária, visando prevenir Lesões da Pele Associada à Incontinência (LPAI). Os protocolos devem garantir a eliminação do contacto prolongado com efluentes, evitar a oclusão da pele por dispositivos absorventes impermeáveis e assegurar a sua substituição imediata após cada episódio de eliminação. Adicionalmente, em indivíduos com tons de pele mais escura, a vigilância deve ser intensificada, e deve considerar-se o recurso precoce ao uso de pensos profiláticos, dado que a deteção visual de alterações teciduais iniciais pode ser clinicamente mais difícil nestes utentes (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Outro cuidado que é reconhecido como a pedra angular da prevenção de UPP é o reposicionamento. O princípio fundamental que sustenta esta estratégia assenta na redução da duração e da magnitude da pressão exercida sobre as áreas corporais mais vulneráveis, promovendo a recuperação dos tecidos através do alívio da carga mecânica. Deste modo, o reposicionamento contribui para a prevenção da isquemia tecidual e do subsequente dano cutâneo, assumindo um papel central nas práticas preventivas em contexto clínico (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

De forma geral, recomenda-se que todos os indivíduos em risco sejam integrados num regime de reposicionamento individualizado, ajustado à sua mobilidade, tolerância tecidual, condição clínica e objetivos de cuidados. A frequência habitualmente sugerida situa-se entre duas e três horas, não sendo aconselhável o prolongamento sistemático destes intervalos. A técnica de execução deve privilegiar o levantamento do indivíduo, evitando o arrastamento, de modo a minimizar as forças de fricção e cisalhamento. Após cada mudança de posição, é fundamental proceder à verificação dos pontos de pressão críticos, nomeadamente calcanhares, cotovelos e região sacrococcígea, assegurando o seu adequado alívio (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Antony & Mathew (2022) recomendam intervalos de duas horas durante o dia e de quatro horas durante a noite. Contudo, no contexto domiciliário, a adesão a estes esquemas é frequentemente comprometida pela sobrecarga do cuidador, pela fadiga acumulada e pela ausência de mecanismos objetivos de monitorização (Gabison et al., 2022).

Relativamente ao posicionamento no leito, a EPUAP, NPIAP & PPPIA (2025) destacam estratégias específicas, entre as quais a posição lateral a 30 graus, associada a menores pressões de interface quando comparada com a posição lateral a 90 graus. A elevação da cabeceira deve ser mantida, preferencialmente, a 30 graus ou menos, salvo contraindicação clínica, com o objetivo de reduzir as forças de cisalhamento na região sacrococcígea. Em contextos de cuidados intensivos, a posição prona é utilizada em determinadas condições clínicas, exigindo cuidados adicionais, tais como a proteção dos pontos de pressão anteriores e a alternância periódica da posição da cabeça e dos membros superiores.

Para indivíduos criticamente doentes ou clinicamente instáveis, que não toleram mudanças completas de posição, são recomendados micromovimentos, consistindo em pequenos ajustes posturais incrementais, como a mobilização das extremidades, a rotação da cabeça, a elevação dos calcanhares e inclinações ligeiras

do tronco. Paralelamente, é incentivada a implementação de programas de mobilização precoce, ajustados à tolerância do indivíduo, com progressão gradual desde exercícios passivos até à posição sentada, ortostatismo e marcha, sempre que clinicamente viável (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Nas normas da EPUAP, NPIAP & PPPIA (2025) ainda fazem referência à utilização de tecnologias e dispositivos auxiliares, tais como cunhas, almofadas de espuma viscoelástica e sensores de movimento, que contribuem para a manutenção das posições adequadas e para a monitorização da necessidade de reposicionamento. Gabison et al. (2022) desenvolveram sistemas de sensores sem contacto, capazes de detetar a posição do utente no leito e emitir alertas automáticos para a necessidade de mudança de decúbito. Estes dispositivos permitem uma vigilância contínua, discreta e não invasiva, oferecendo suporte à tomada de decisão do cuidador.

Adicionalmente, são apresentadas recomendações específicas para populações especiais, como crianças, pessoas em cuidados de fim de vida e indivíduos com lesão medular, reforçando a necessidade de abordagens diferenciadas, centradas no conforto, na tolerância tecidual e nas preferências individuais (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

A seleção de superfícies de apoio é determinante para reduzir a pressão de interface. Soluções inovadoras de colchões e sobrecolchões demonstram reduções superiores a 30% da pressão de pico em áreas críticas, e a proteção dos calcanhares com dispositivos de espuma de alta densidade é essencial em utentes com mobilidade reduzida ou espasticidade (Webb & Chohan, 2022; Collier, Jones & Glendewar, 2023).

A escolha das superfícies de suporte constitui outro elemento crítico para a prevenção de UPP. No que se refere às superfícies de suporte de corpo inteiro, nomeadamente os colchões, os modelos reativos de espuma de alta especificação constituem a primeira linha de escolha para indivíduos em risco, mas que ainda conservam alguma mobilidade. Para utentes com risco elevado, clinicamente instáveis ou em situações em que o reposicionamento manual é limitado, devem ser consideradas superfícies ativas, como os sistemas de pressão alternada tubulares. Esta redistribuição da carga mecânica contribui para a preservação da perfusão capilar e para a diminuição do risco de isquemia localizada (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Quando o calor e a humidade na interface pele-colchão representam fatores agravantes, são sugeridas superfícies de baixa perda de ar (*low air loss*). Em casos específicos, como em indivíduos com queimaduras extensas ou submetidos a cirurgia reconstrutiva com retalhos, podem ser consideradas superfícies de ar fluidizado. As peles de carneiro apenas devem ser utilizadas quando certificadas para uso médico, funcionando como adjuvantes e não como substitutos de colchões de redistribuição de pressão (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Nos indivíduos que permanecem sentados por períodos prolongados, a utilização de superfícies de apoio adequadas é obrigatória. Devem ser utilizadas almofadas de redistribuição de pressão, tais como as de espuma, gel ou ar, sendo contraindicadas as almofadas em anel, uma vez que concentram pressão nas bordas e podem provocar dano tecidual. A postura e a estabilidade devem ser asseguradas, com os pés devidamente apoiados no chão ou em suportes ajustáveis, prevenindo o deslizamento e, consequentemente, as forças de cisalhamento. Se possível (em cadeiras reclináveis), o posicionamento dinâmico deve ser promovido através de sistemas de inclinação e reclinção, sendo recomendada uma inclinação mínima de 30 graus para um alívio eficaz da pressão sobre as tuberosidades isquiáticas. Para minimizar o cisalhamento, a inclinação deve ser ativada antes da reclinção (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

A evidência científica relativa à prevenção de úlceras por pressão em posição sentada demonstra ausência de consenso quanto a um intervalo temporal universal para alívio de pressão. Em contexto de lesão medular, documentos de consenso clínico descrevem a realização de alívios de pressão frequentes em utilizadores de cadeira de rodas, frequentemente operacionalizados em práticas clínicas com intervalos aproximados de 15–30 minutos, embora esta recomendação derive sobretudo de consenso especializado e não de ensaios controlados (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000).

Paralelamente, estudos fisiológicos e observacionais demonstram que a carga contínua em posição sentada pode levar a alterações de perfusão e risco tecidual em períodos relativamente curtos, da ordem de 1–2 horas sem alívio, particularmente em indivíduos com lesão medular ou mobilidade reduzida (Linder-Ganz, Shabshin, Itzhak, & Gefen, 2007; Sprigle, Dunlop, & Press, 2003). Assim, a literatura converge para um modelo preventivo baseado em redistribuição frequente da pressão e limitação de períodos prolongados de carga contínua, sem definição de um intervalo temporal único suportado por evidência experimental robusta.

Relativamente à prevenção de UPP nos calcanhares, é consensual que estes devem ser totalmente elevados, permanecendo livres da superfície do leito, numa estratégia conhecida como *floating heels*. O peso da perna deve ser distribuído ao longo de toda a região posterior da perna, assegurando que não exista pressão direta sobre o tendão de Aquiles, a veia poplítea ou o nervo peroneal. O joelho deve ser mantido em ligeira flexão, entre 5° e 10°, de forma a favorecer o conforto e a circulação. Para este efeito, recomenda-se a utilização de dispositivos de descarregamento específicos, adaptados ao nível de mobilidade do indivíduo; na ausência destes, podem ser utilizadas almofadas padrão, desde que apresentem altura suficiente para manter o calcanhar em suspensão. Como complemento à elevação e ao reposicionamento, podem ser utilizados pensos de espuma de silicone multicamadas (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Em populações específicas, como os utentes em cuidados paliativos, as estratégias de prevenção assumem contornos distintos. Antony & Thelly (2022) defendem que, nestes contextos, a prioridade não é a cicatrização, mas o conforto, a redução da dor e a preservação da dignidade. O reposicionamento, a hidratação da pele e a inspeção cutânea continuam a ser essenciais, mas orientados para a minimização do sofrimento.

Em contraste, populações pediátricas com necessidades especiais exigem intervenções altamente tecnológicas, conforme descritas por Kirkland-Kyhn, Sengul, & Yilmaz Akyaz (2025), com o uso de mapeamento de pressão em cadeiras de rodas e registos fotográficos digitais como estratégias para otimizar a distribuição de carga e permitir a monitorização longitudinal da integridade cutânea. Estas abordagens evidenciam a necessidade de personalização extrema das estratégias preventivas.

No que diz respeito às UPP relacionadas com dispositivos médicos, estas representam um problema crescente nos contextos clínicos, exigindo estratégias preventivas específicas. A seleção e o ajuste adequados dos dispositivos são fundamentais, devendo atender ao material, tamanho e conformação anatómica do indivíduo, privilegiando-se, sempre que clinicamente possível, materiais mais macios para reduzir a pressão localizada. A prevenção assenta igualmente na avaliação basal da pele antes da aplicação do dispositivo e na monitorização regular das áreas subjacentes e adjacentes, especialmente em indivíduos de maior risco ou com incapacidade de expressar desconforto. A gestão ativa da pressão, através da remoção precoce dos dispositivos ou da alternância dos pontos de contacto, constitui uma medida central. Adicionalmente, a proteção cutânea deve ser assegurada mediante a utilização de barreiras cutâneas em zonas de elevada humidade e, quando indicado, de pensos preventivos que não comprometam a funcionalidade do dispositivo nem aumentem a pressão local (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Também a nutrição desempenha um papel determinante na prevenção das UPP. A relação entre o estado nutricional e a integridade tecidular é determinante na prática clínica, uma vez que a desnutrição constitui um fator de risco reconhecido para o desenvolvimento e agravamento das UPP. As diretrizes internacionais recomendam que a intervenção nutricional comece com um rastreio sistemático de todos os indivíduos em risco aquando da admissão, utilizando instrumentos validados como MST, MUST, NRS-2002 ou MNA, e que seja repetido sempre que ocorram alterações clínicas significativas. Nos casos identificados em risco, deve ser realizada uma avaliação diagnóstica abrangente por nutricionista ou equipa interprofissional, incluindo a história alimentar, medidas antropométricas (peso, IMC e perda ponderal involuntária) e exame físico focado em depleção muscular, edema e estado de hidratação, sendo os níveis séricos de proteínas como albumina e pré-albumina insuficientes como indicadores isolados de estado nutricional (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

O plano nutricional deve priorizar uma dieta equilibrada e rica em nutrientes, assegurando hidratação basal aproximada de 30 mL/kg de peso corporal por dia, ajustada a perdas adicionais por febre, sudorese ou exsudação de feridas. Quando a ingestão oral não for suficiente, recomenda-se suplementação nutricional oral, abrangendo energia, proteínas e micronutrientes. As metas proteicas devem ser individualizadas, variando entre 1,2–1,5 g/kg/dia para idosos e até 2,0 g/kg/dia em doentes críticos, sempre sob monitorização da função renal, de modo a favorecer a síntese proteica, a cicatrização e a manutenção da massa muscular. A alimentação entérica não deve ser utilizada exclusivamente para prevenção de UPP, devido à elevada incidência de eventos adversos, como pneumonia por aspiração e aumento da mortalidade. A decisão de iniciar nutrição enteral deve ser precedida de uma análise multidisciplinar que considere os objetivos terapêuticos, o prognóstico clínico e as preferências do indivíduo, garantindo que a intervenção nutricional seja segura, eficaz e centrada na pessoa (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

Por fim, embora não traduzida em norma específica da EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025, a nova definição de UPP e a literatura evidenciam outro fator importante na prevenção de UPP: o controlo eficaz da dor. Quando a dor não é devidamente avaliada e tratada, compromete de forma significativa a tolerância da pessoa às mobilizações, às mudanças de decúbito e às restantes intervenções preventivas. Se por um lado a dor associada às próprias UPP tende a limitar as mobilizações, favorecendo a manutenção de posturas prolongadas e o aumento da pressão sobre as proeminências ósseas, por outro lado a dor provocada pelos reposicionamentos necessários ao alívio da pressão pode originar resistência, ansiedade antecipatória e comportamentos de evitamento, dificultando a adesão às estratégias de enfermagem destinadas à redistribuição da carga corporal. Neste contexto, a gestão da dor deixa de ser um cuidado complementar para se afirmar como um elemento estruturante da prevenção das UPP, ao permitir uma participação mais confortável e eficaz da pessoa nos planos de mobilidade, reabilitação e autocuidado (Ramos et al, 2024a).

4.2 Estudo 1: Cuidados Preventivos à pessoa com UPP em Contexto Domiciliário

As normas internacionais consultadas descrevem intervenções gerais para a prevenção e tratamento das UPP. Contudo, estas evidenciam limitações quando aplicadas ao contexto domiciliário, caracterizado por recursos mais reduzidos e menor disponibilidade de tecnologia de suporte. Neste cenário, a eficácia das medidas

depende, em grande parte, da perceção, dos conhecimentos e da capacidade de atuação do cuidador, cujo envolvimento pode ser condicionado por limitações individuais ou contextuais.

Nesse sentido, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de responder a essa necessidade de síntese de conhecimento. A revisão integrativa constitui uma das abordagens metodológicas mais abrangentes entre os diferentes tipos de revisão, uma vez que permite a inclusão simultânea de estudos experimentais e não experimentais, assim como literatura cinzenta. O seu principal objetivo é sintetizar o conhecimento disponível, possibilitando a integração de resultados relevantes na prática clínica e contribuindo para a tomada de decisões fundamentadas na prática baseada na evidência (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Nos subcapítulos seguintes serão descritos o método adotado, os critérios de elegibilidade, o processo de seleção dos estudos, bem como os procedimentos de extração e síntese dos dados. Serão ainda apresentados os resultados obtidos, seguidos da respetiva discussão e das conclusões da presente revisão integrativa da literatura. Este estudo constitui o enquadramento teórico do PIC “Cuidar sem Pressão” (Estudo 2), uma vez que permitiu fundamentar e sustentar, do ponto de vista científico, o desenvolvimento desse projeto.

4.2.1 Método

A revisão integrativa da literatura foi conduzida de acordo com a metodologia preconizada pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), articulada com as recomendações do PRISMA-ScR (Apêndice 7), garantindo rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade em todas as etapas do processo. A revisão teve como ponto de partida a questão de investigação: *“Quais as estratégias de prevenção de UPP na pessoa dependente no domicílio?”*, estruturada segundo a estratégia PCC, que permitiu delimitar claramente o foco da pesquisa: P (População) – pessoas dependentes; C (Conceito) – estratégias de prevenção de úlceras por pressão; C (Contexto) – domicílio. Esta estruturação facilitou a definição de critérios de inclusão e exclusão, bem como a organização sistemática da evidência científica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em dezembro de 2025, recorrendo a cinco bases de dados relevantes na área da saúde, nomeadamente CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus, MedicLatina e MEDLINE®, assegurando uma cobertura abrangente e multidisciplinar da literatura disponível. Foram utilizados descritores em linguagem natural e termos controlados provenientes dos vocabulários DeCS e MeSH, aplicados de forma combinada em todos os campos dos artigos, sem restrição a campos específicos, com o objetivo de maximizar a sensibilidade da pesquisa. A estratégia de busca integrou operadores booleanos “OR” e “AND”, permitindo alargar e refinar os resultados de acordo com os conceitos definidos, conforme detalhado no Quadro 9.

Quadro 9 – Termos de pesquisa utilizados nas bases de dados

Bases de dados	Expressão de Pesquisa
1. CINAHL® 2. Nursing & Allied Health Collection 3. Cochrane Plus Collection 4. MedicLatina 5. MEDLINE®	“pressure injuries , or pressure ulcers , or pressure sores , or bedsores , or bed sores , or decubitus” AND “prevention or intervention or treatment or program or minimize or reduction” AND “home care services or home health care or home healthcare”

Fonte: Elaboração própria

4.2.2 Critérios de Elegibilidade

Foram definidos como critérios de inclusão estudos disponíveis em texto integral, publicados entre 2020 e 2025, redigidos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, que incidissem sobre pessoas em risco de desenvolver úlceras por pressão ou que necessitassem de cuidados orientados para a manutenção da integridade cutânea, independentemente da condição clínica subjacente. Esta abordagem permitiu abranger uma diversidade de perfis clínicos, assegurando uma análise mais abrangente das estratégias preventivas no domicílio. Como critérios de exclusão, foram considerados estudos realizados em contextos hospitalares ou institucionais, nomeadamente em unidades de internamento, centros de dia ou estruturas residenciais para pessoas idosas, por não refletirem as especificidades do contexto domiciliário, foco central da presente revisão.

4.2.3 Processo de seleção dos estudos

Após a realização da pesquisa nas bases de dados, foram identificados 53 artigos, os quais foram exportados para a ferramenta eletrónica *Rayyan*, com o objetivo de organizar os resultados e proceder à remoção de duplicados. Após este processo, obtiveram-se 31 estudos para análise. Seguidamente, foi efetuada a leitura dos títulos e resumos dos 31 artigos (apresentados no Apêndice 8), tendo a seleção sido realizada com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Nesta fase, foram excluídos cinco estudos por se desenvolverem em contextos institucionais, como hospitais ou lares de idosos, e quatro por não abordarem a temática da prevenção de úlceras por pressão. A seleção das fontes de evidência foi realizada por dois revisores independentes, sendo as discrepâncias resolvidas por consenso.

Posteriormente, os 21 estudos elegíveis foram sujeitos a leitura integral, o que conduziu à exclusão de mais cinco artigos, por se centrarem exclusivamente no tratamento de úlceras por pressão. Assim, a amostra final da revisão integrativa foi constituída por 16 estudos, considerados pertinentes para responder à questão de investigação, conforme documentado na Figura 2.

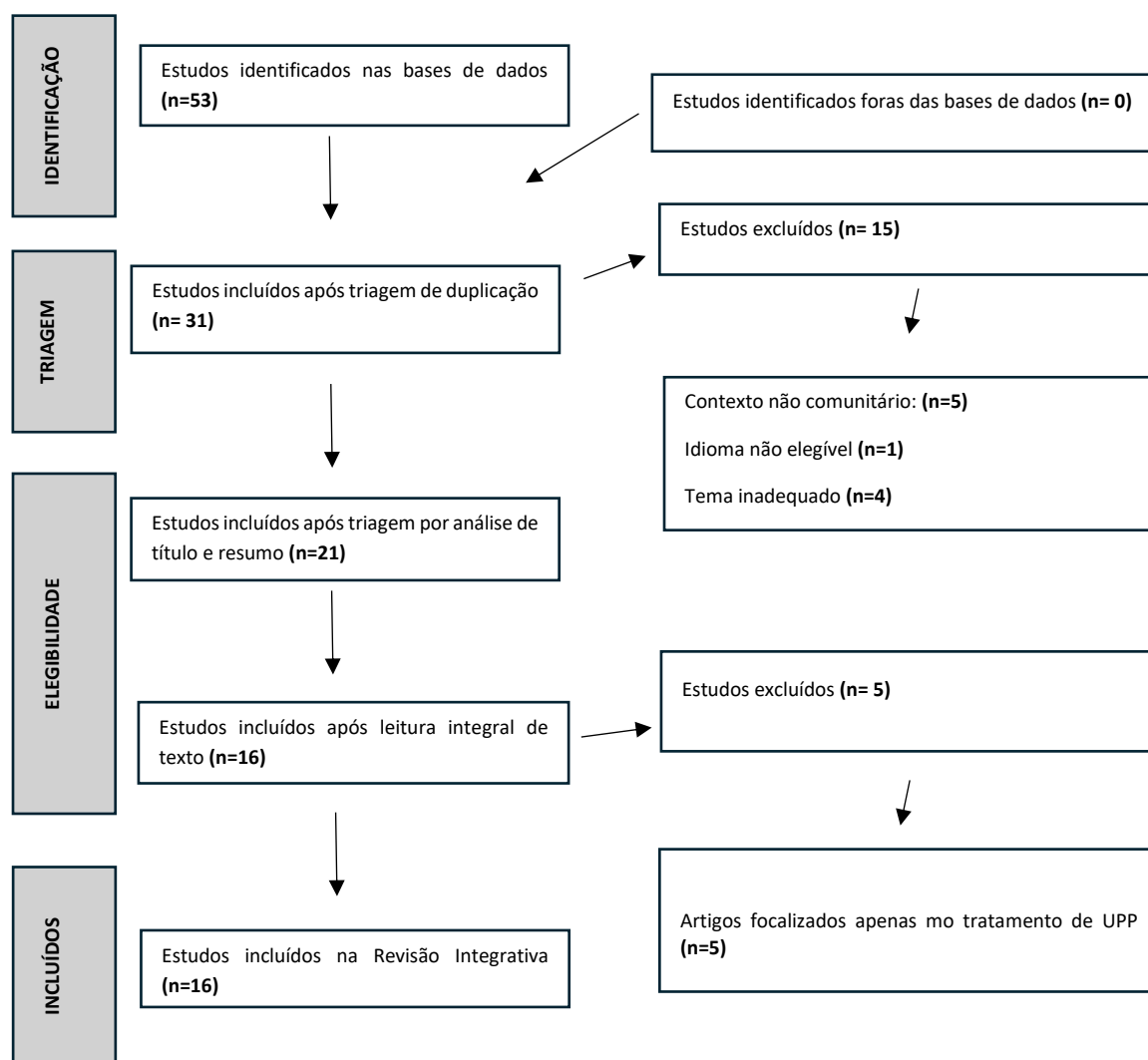


Figura 2 – Fluxograma PRISMA-ScR

Fonte: Elaboração própria

4.2.4 Extração e síntese dos dados

Nesta fase, foi realizada a análise dos estudos selecionados, selecionando as informações mais relevantes em cada artigo que permitisse responder à questão de investigação, identificando um conjunto diversificado de intervenções de enfermagem direcionadas à promoção da integridade cutânea em contextos domiciliário. Os resultados encontram-se de uma forma sintetizada no Apêndice 9, em forma de quadro, articulando-os com a questão e os objetivos da revisão.

Da análise da frequência de temas recorrentes nos estudos sobre prevenção de UPP em contexto domiciliário, evidenciam-se os seguintes temas: o défice de conhecimento e capacitação do cuidador; intervenções educativas e formação estruturada do cuidador; cuidados de prevenção e reposicionamentos individualizados; sobrecarga física, emocional e social do cuidador; o uso de tecnologias; e monitorização e as barreiras institucionais e ambientais.

4.2.5 Resultados

A análise dos estudos selecionados permitiu organizar a evidência em seis categorias temáticas centrais, que estruturam as intervenções de enfermagem direcionadas à promoção da integridade cutânea em contexto comunitário:

- **Literacia em saúde e capacitação do cuidador informal:** Esta categoria integra os estudos que identificam défices de conhecimento técnico, dificuldades na identificação precoce de sinais de UPP e limitações na aplicação de práticas preventivas adequadas. Trata-se do tema mais prevalente, referido em oito estudos (Avsar et al., 2022; Chen, Cai, Le, Zhang, Chen, Wu, Chen, Yuan & Lu, 2025; Tuncer, Yilmaz & Mert, 2024; Fernandes et al., 2023; Meireles, Baldissera, Labegalini; Antony & Thelly, 2022; Irwin, 2023; Woodhouse, Cowdell, Roddis, Devrell, Oakley & Dyson, 2024; Amorim, Cabral, Sampaio, Barbosa, & Feitosa, 2024), evidenciando que a literacia em saúde constitui um determinante crítico na prevenção de UPP.
- **Sobrecarga e vulnerabilidade do cuidador informal:** Compreende os estudos que analisam o impacto físico, emocional e social da prestação de cuidados prolongados. Identificada em cinco estudos (Fernandes et al., 2023; Meireles et al., 2025; Antony & Thelly, 2022; Chen et al., 2025; Irwin, 2023), esta categoria evidencia que o bem-estar do cuidador é um fator estruturante da qualidade do cuidado e da prevenção eficaz de UPP.
- **Cuidados de prevenção e reposicionamento individualizado:** Esta categoria agrega intervenções para a prevenção de UPP, nomeadamente a adaptação do reposicionamento às características clínicas do utente, substituindo abordagens padronizadas por estratégias personalizadas. Foi abordada em três estudos (Avsar et al., 2022; Amorim et al., 2024; Woodhouse et al., 2024), reforçando a necessidade de integrar avaliação clínica, monitorização objetiva e adequação à tolerância funcional do utente.
- **Intervenções educativas estruturadas:** Inclui programas formais de formação, tecnologias educativas validadas, e reforço sistemático de comportamentos preventivos. Sete estudos sustentam esta categoria (Tuncer, Yilmaz & Mert, 2024; Amorim et al., 2024; Meireles et al., 2025; Yi Chen et al., 2025; Gomes, Sousa, Silva, Matos, & Oliveira, 2024; Martin & Holloway, 2024; Woodhouse et al., 2024), demonstrando que intervenções estruturadas aumentam conhecimento, promovem adesão às práticas preventivas e reduzem a gravidade das UPP.
- **Tecnologias de suporte e monitorização remota:** Inclui a utilização de sensores de movimento, biomarcadores como a humidade subepidérmica (SEM), aplicações móveis com alarmes de reposicionamento e ferramentas digitais de registo clínico. Quatro estudos enquadram-se nesta dimensão (Avsar et al., 2022; Gabison et al., 2022; Gomes et al., 2024; Amorim et al., 2024), demonstrando elevada precisão tecnológica e potencial para reforçar a tomada de decisão clínica e a adesão às práticas preventivas.
- **Barreiras individuais, institucionais e ambientais à implementação dos cuidados preventivos:** Esta categoria reúne fatores estruturais que condicionam a prática, incluindo crenças e motivações do utente e cuidados, escassez de recursos, sobrecarga profissional, limitações físicas do domicílio, falta de protocolos institucionais na área e fragilidades na transição hospital-comunidade. Três estudos abordam estes constrangimentos (Irwin, 2023; Woodhouse et al., 2024; Martin & Holloway, 2024), salientando que a eficácia das intervenções depende não apenas do conhecimento técnico, mas também do contexto organizacional e ambiental em que o cuidado ocorre.

Para organizar e facilitar a interpretação dos achados da literatura relativos à prevenção de úlceras por pressão em contexto domiciliário, procedeu-se à construção de uma codificação temática durante a análise dos estudos incluídos, posteriormente sistematizada no Quadro 10. Esta abordagem permitiu agrupar e integrar evidência heterogénea de forma estruturada, favorecendo a identificação de padrões, convergências e lacunas, bem como a sua tradução em implicações relevantes para a prática baseada na evidência.

Quadro 10 – Codificação da informação dos estudos

Código Temático	Subcódigos / Conceitos	Estudos de Referência	Síntese / Significado para a Prática
LIT – Literacia em saúde e capacitação do cuidador informal	LIT1 – Défices de conhecimento técnico LIT2 – Dificuldade na identificação precoce de sinais de UPP LIT3 – Dificuldades na aplicação de práticas preventivas	Avsar et al., 2022; Chen et al., 2025; Tuncer et al., 2024; Fernandes et al., 2023; Meireles et al., 2025; Antony & Thelly, 2022; Woodhouse et al., 2024; Amorim et al., 2024	Evidencia que a literacia em saúde é determinante crítico para prevenção de UPP. O conhecimento insuficiente compromete a identificação precoce e a adesão a práticas preventivas, reforçando a necessidade de educação estruturada e contínua.
EDU – Intervenções educativas estruturadas e co-construídas	EDU1 – Programas formais de formação EDU2 – Tecnologias educativas validadas EDU3 – Reforço sistemático de comportamentos preventivos	Tuncer et al., 2024; Amorim et al., 2024; Meireles et al., 2025; Chen et al., 2025; Gomes et al., 2024; Martin & Holloway, 2024; Woodhouse et al., 2024	Intervenções estruturadas aumentam conhecimento, promovem adesão a práticas preventivas e reduzem gravidade de UPP. O co-design e a validação participativa aumentam a aceitação do cuidador e a eficácia das estratégias educativas.
PRE – Cuidados de prevenção e reposicionamento individualizado	PRE1 – Avaliação clínica individualizada PRE2 – Adaptação do reposicionamento à tolerância funcional do utente PRE3 – Monitorização objetiva	Avsar et al., 2022; Amorim et al., 2024; Woodhouse et al., 2024	A personalização do cuidado, incluindo reposicionamento e monitorização, é superior a abordagens padronizadas, aumentando a eficácia preventiva de UPP.
SBR – Sobrecarga e vulnerabilidade do cuidador informal	SBR1 – Impacto físico, emocional e social SBR2 – Necessidade de suporte e períodos de descanso SBR3 – Influência na qualidade do cuidado	Fernandes et al., 2023; Meireles et al., 2025; Antony & Thelly, 2022; Chen et al., 2025; Irwin, 2023	O bem-estar do cuidador é determinante da prevenção eficaz de UPP. Avaliar <i>burnout</i> e fornecer suporte emocional e logístico são estratégias essenciais para manter qualidade do cuidado e prevenção de UPP.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 10 - Codificação da informação dos estudos
 (continua)

Código Temático	Subcódigos / Conceitos	Estudos de Referência	Síntese / Significado para a Prática
TEC – Tecnologias de suporte e monitorização remota	TEC1 – Sensores de movimento TEC2 – Biomarcadores SEM TEC3 – Aplicativos móveis com alarmes TEC4 – Ferramentas digitais de registo clínico	Avsar et al., 2022; Gabison et al., 2022; Gomes et al., 2024; Amorim et al., 2024	Tecnologias aumentam precisão da monitorização, reforçam decisões clínicas e promovem adesão às práticas preventivas, contribuindo para prevenção precoce de UPP em contexto domiciliário.
BAR – Barreiras à implementação dos cuidados preventivos	BAR1 – Fatores individuais (crenças, motivação do utente e cuidador) BAR2 – Fatores institucionais (escassez de recursos, ausência de protocolos) BAR3 – Fatores profissionais (sobrecarga e limitações da equipa) BAR4 – Fatores ambientais (condições físicas do domicílio) BAR5 – Fragilidades na transição hospital-comunidade	Irwin, 2023; Woodhouse et al., 2024; Martin & Holloway, 2024	A presença de barreiras individuais, institucionais e ambientais condiciona a implementação eficaz das estratégias preventivas, evidenciando que a qualidade dos cuidados não depende exclusivamente do conhecimento técnico, mas também das condições organizacionais, dos recursos disponíveis e do contexto domiciliário em que o cuidado é prestado.

Fonte: Elaboração própria

4.2.6 Discussão

Portugal destaca-se como um dos países mais envelhecidos da Europa, apresentando uma das mais elevadas esperanças médias de vida após os 65 anos (com uma média de 19,8 anos acima dos 65 anos). Este envelhecimento está associado a uma elevada prevalência de doenças crónicas, responsáveis por grande parte das causas de morte no país (Pordata, 2024). Neste contexto, muitos idosos vivem com comorbilidade e em situação de dependência funcional, necessitando frequentemente de apoio nas atividades diárias, sendo que cerca de 38 em cada 100 dependem de terceiros para cuidar de si (Pordata, 2024).

Perante este cenário de crescente dependência, torna-se fundamental garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Assim, a prevenção das UPP emerge como uma prioridade, dependendo no contexto domiciliário, e conforme a revisão integrativa da literatura realizada, de um conjunto de fatores interligados,

que incluem: a capacitação dos cuidadores e profissionais, a integração de tecnologias de monitorização e avaliação de risco, a aplicação consistente de práticas preventivas baseadas em evidência, o cuidado dos cuidadores e a existência de um ambiente familiar e organizacional favorável à implementação dessas práticas.

Assim, no que diz respeito aos cuidados no domicílio a pessoas dependentes, estes são maioritariamente assegurados por cuidadores informais, geralmente familiares ou pessoas próximas, que prestam apoio de forma regular, não remunerada e sem suporte formal (Pereira & Carvalho, 2012). Tradicionalmente, no contexto português, este papel é desempenhado sobretudo por mulheres, nomeadamente cônjuges e filhas, embora se observe um aumento da participação masculina devido a mudanças sociais. Estes cuidadores tendem a ter idade avançada, baixo nível de escolaridade, pouca informação sobre os cuidados e, frequentemente, não exercem atividade profissional (Sequeira, 2010).

Apesar da sua relevância, o papel do cuidador informal tem sido historicamente pouco valorizado. Em resposta, foi criado em Portugal o Estatuto do Cuidador Informal (Decreto-Lei nº100/2019, 2019), que define o cuidador informal como alguém que presta cuidados não remunerados a uma pessoa dependente. Este estatuto também estabelece medidas de apoio, incluindo apoios financeiros, acompanhamento por profissionais, formação, apoio psicossocial e possibilidades de descanso do cuidador, bem como mecanismos de conciliação com a atividade profissional (ISS, 2024).

Dados recentes indicam a existência de milhares de cuidadores informais em Portugal, maioritariamente mulheres, como uma média de idade de 58 anos, sendo na sua maioria responsáveis por cuidar de apenas uma pessoa (Lusa, 2024). Embora cuidar possa ser uma experiência gratificante, frequentemente impacta negativamente, quer a nível físico, psicológico, social ou económico, o cuidador, sobretudo quando este dispõe de poucos recursos e apoio comunitário ou informal. A literatura consultada identifica como principais dificuldades no desempenho do papel de cuidador informal: a falta de conhecimento para cuidar adequadamente, a escassez de recursos económicos e a insuficiência de suporte emocional e social (Chen et al., 2025; Tuncer, Yilmaz & Mert, 2024; Meireles et al, 2022), sendo que a ausência de apoio estruturado pode aumentar o stress e a sobrecarga do cuidador, havendo consequências para a sua própria saúde.

Fernandes et al. (2023), vem demonstrar que a prestação de cuidados prolongados a utentes com UPP, exerce uma sobrecarga significativa sobre os cuidadores informais, refletindo-se em esgotamento físico e psicológico, isolamento social, tensão emocional e sentimentos de frustração. Estes efeitos intensificam-se com a duração de cargas horárias de cuidado superiores a 12 horas diárias, podendo comprometer a continuidade e a qualidade dos cuidados (Fernandes et al., 2023). A integração do cuidador como alvo de cuidados, no plano terapêutico deve, portanto, ser encarada como uma intervenção clínica em si mesma. Fernandes et al. (2023) defendem que a avaliação periódica do estado emocional e da capacidade funcional do cuidador permite antecipar situações de exaustão e prevenir ruturas no sistema de suporte familiar. A enfermagem assume, neste contexto, uma função mediadora entre as exigências do cuidado técnico e as limitações humanas daqueles que o executam.

A questão da baixa literacia em saúde dos cuidadores está também identificada como uma barreira significativa à prestação de cuidados eficazes na área da prevenção de UPP. Chen et al. (2025), demonstram que a falta de formação técnica dos cuidadores familiares conduz a práticas inconsistentes com as diretrizes clínicas, como o uso inadequado de produtos de higiene e erros na frequência e no ângulo do

reposicionamento. Outros cuidados inadequados identificados prendem-se com a prevenção de UPP associadas a dispositivos médicos, incluindo fixação correta e a proteção cutânea sob o dispositivo e inspeção sistemática (De Pinho et al., 2024). A capacitação do cuidador informal emerge assim como um eixo estruturante na prevenção das UPP no domicílio. O acompanhamento e apoio aos cuidadores, promovendo literacia em saúde, suporte comunitário e políticas que facilitem o acesso aos recursos existentes, preveem uma melhoria na aplicação dos cuidados preventivos às UPP em contexto domiciliário.

Outra ideia central que emerge da revisão da literatura realizada é a necessidade de adequar todos os cuidados preconizados para a prevenção das UPP das normas nacionais e internacionais e consensos, ao contexto familiar e comunitário da pessoa cuidada. No ambiente domiciliário, onde os cuidados são moldados por dinâmicas próprias, recursos disponíveis e características do meio envolvente, a adaptação das estratégias revela-se determinante, uma vez que a prevenção eficaz não resulta de intervenções isoladas, mas sim da implementação integrada, contínua e coerente de múltiplas estratégias complementares, cuidadosamente ajustadas ao contexto específico da pessoa e do seu ambiente de cuidados. Neste sentido, os vários autores consultados deixam contributos nas diversas áreas de prevenção que favorecem os cuidados preventivos no contexto domiciliar.

Neste sentido, Irwin (2023) e Martin & Holloway (2024) destacam na avaliação de risco, a utilização de instrumentos estruturados complementares para o contexto domiciliário, como o PURPOSE-T e o modelo aSSKING. O PURPOSE-T facilita a identificação precoce do risco de desenvolvimento de UPP, enquanto o modelo aSSKING organiza de forma sistemática o planeamento e a implementação de cuidados preventivos. A sua utilização, quando articulada com o juízo clínico do enfermeiro, permite uma abordagem mais consistente, holística e centrada na pessoa, promovendo a qualidade dos cuidados e a redução do risco de complicações.

Relativamente aos reposicionamentos, a recomendação de mudança de posição a cada 2–3 horas, preconizada pelas normas e consensos, constitui uma orientação de referência para a mobilização da pessoa cuidada em contexto domiciliário. Assim, esta periodicidade não deve ser aplicada de forma rígida no domicílio, devendo ser adaptada à condição clínica e ao contexto específico de cada indivíduo. Deste modo, a frequência dos reposicionamentos deve basear-se numa avaliação individualizada, contemplando critérios clínicos como a perfusão tecidual, a presença de dor, o grau de agitação, o nível de segurança e o conforto do utente (Avsar et al., 2022; Antony & Thelly, 2022). Simultaneamente, é imprescindível considerar a capacidade física e emocional do cuidador, dado o seu papel central na prestação de cuidados no domicílio. Logo, a tomada de decisão deve refletir uma articulação entre as recomendações normativas e as condições reais de cuidado, assegurando intervenções seguras, eficazes e de fácil adesão.

A integração de intervenções educativas estruturadas, articuladas com suportes digitais, constitui outra estratégia muito válida para o contexto domiciliário. Esta abrange programas formais de formação de cuidadores, tecnologias educativas, reforço sistemático de comportamentos preventivos e recursos digitais, como vídeos educativos, aplicações móveis e consultoria remota, que permitem ultrapassar limitações de acesso, tempo e acompanhamento contínuo. Vários estudos sustentam esta abordagem (Tuncer, Yılmaz & Mert, 2024; Amorim et al., 2024; Meireles et al., 2025; Chen et al., 2025; Gomes et al., 2024; Martin & Holloway, 2024; Woodhouse et al., 2024), demonstrando que intervenções estruturadas e contextualizadas aumentam significativamente o conhecimento dos cuidadores, promovem maior adesão às práticas

preventivas e contribuem para a redução da gravidade das UPP, sobretudo quando adaptadas ao perfil sociocultural do cuidador e integradas de forma sistemática na prática da enfermagem comunitária.

Nomeadamente a educação estruturada do cuidador, através de materiais didáticos claros (*flyers*, folhetos ou manuais de cuidador), exemplificativos e adaptados à realidade do domicílio constitui-se também como uma intervenção de alto valor. Estes materiais, ao utilizarem linguagem simples e recursos visuais, facilitam a compreensão de conceitos como higiene adequada, hidratação da pele, intervalos de reposicionamento e sinais de alerta. Esta abordagem educativa torna-se particularmente relevante em contextos de maior vulnerabilidade. O desenvolvimento de competências técnicas e de tomada de decisão da parte do cuidador permite reduzir a dependência excessiva dos serviços formais e fortalece a rede informal de cuidados. Esta autonomia, contudo, deve ser continuamente acompanhada, para evitar a normalização de práticas incorretas (Amorim et al., 2024; Chen et al., 2025).

Paralelamente as tecnologias digitais representam um recurso estratégico para apoiar cuidadores e profissionais na prevenção de UPP no domicílio. Aplicações móveis, fornecem lembretes de hidratação e higiene e facilitam o registo de ingestão alimentar, enquanto outras plataformas permitem documentação fotográfica e monitorização remota da integridade cutânea, agilizando a comunicação multiprofissional (Gomes et al., 2024). Soluções de monitorização sem contacto, como sensores de pressão sob a cama, rastreiam a posição do utente e geram alertas de reposicionamento, aumentando a adesão aos regimes preventivos sem sobrecarregar o cuidador (Gabison et al., 2022). No entanto, a tecnologia deve complementar, e não substituir, a avaliação clínica e a relação terapêutica, sendo fundamental a formação contínua e a empoderamento do cuidador (Gomes et al., 2024).

Em suma, a efetividade das normas para a prevenção de UPP no contexto domiciliário não depende exclusivamente da robustez científica das recomendações, nem da capacitação do cuidador informal, mas também, e não menos importante da aplicabilidade das intervenções ensinadas em contexto real, onde variáveis institucionais, ambientais, familiares e pessoais condicionam a execução das intervenções (Irwin, 2023; Woodhouse et al., 2024; Martin & Holloway, 2024).

Sobre as variáveis que dificultam a implementação das medidas preventivas, Irwin (2023) salienta a importância do enfermeiro em saber abordar e corrigir comportamentos inadequados que comprometam a prevenção de UPP (nomeadamente a permanência durante longos períodos na mesma posição) evidenciando a necessidade de intervenção educativa e de uma relação terapêutica sólida entre enfermeiro e utente, baseada em orientação, confiança e colaboração para a implementação de práticas preventivas eficazes no contexto domiciliar.

Já Taylor, Mulligan & McGraw (2021) investigaram os fatores que influenciam a implementação de práticas baseadas em evidências na prevenção e gestão UPP pelos profissionais de saúde e, entre os elementos facilitadores da prática preventiva destacaram-se: a forte motivação dos profissionais, a colaboração em equipas integradas, a criação de funções específicas de facilitadores de UPP e a utilização de tecnologia móvel, que otimiza o acesso à informação e melhora a eficiência do trabalho clínico. Por outro lado, foi relatado, pelos profissionais, barreiras significativas: incluindo défices de competências dos profissionais na prevenção e categorização das lesões, constrangimentos durante inspeções íntimas da pele, dificuldades em gerir conversas sobre não adesão do utente às intervenções sugeridas e obstáculos físicos no domicílio, como

desarrumação ou limitações de espaço, que dificultam a mobilização segura e a instalação adequada de equipamentos.

Woodhouse et al. (2024) no seu estudo, também identificaram que as principais barreiras à prevenção das UPP no domicílio estão associadas a crenças inadequadas sobre a gravidade e evitabilidade das UPP, baixa motivação para manter comportamentos preventivos de forma consistente, impacto emocional do cuidado prolongado e limitações do ambiente físico da habitação. Em contrapartida, apontam como fatores facilitadores o reforço sistemático dos comportamentos preventivos por parte dos profissionais de saúde em cada contacto clínico, bem como a disponibilização de materiais informativos claros, ilustrados e de fácil compreensão, que apoiem a tomada de decisão do cuidador no quotidiano.

O ambiente físico da habitação do utente constitui-se também como fator determinante na viabilidade das práticas preventivas. Espaços desorganizados ou com acumulação de objetos podem dificultar o uso de auxiliares de mobilização e comprometer a avaliação física completa, exigindo negociações entre enfermeiro, utente e cuidador para equilibrar segurança, conforto e privacidade (Taylor, Mulligan & McGraw, 2021). Esta negociação é essencial para preservar a autonomia do utente. Maella-Rius, Torra-Bou & Martínez-Rodríguez (2024), sublinham que os enfermeiros de cuidados domiciliários atuam como convidados na casa do utente, enfrentando dilemas éticos entre a imposição de medidas de segurança e o respeito pelas escolhas individuais. A construção de relações de confiança emerge, assim, como uma competência central, permitindo a implementação gradual de estratégias preventivas sem comprometer a dignidade do utente.

A nível institucional existem também obstáculos significativos à implementação consistente de práticas baseadas em evidência. Taylor, Mulligan & McGraw (2021) destacam que a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos (nomeadamente de superfícies de apoio), falhas na transição hospital-domicílio, falta de protocolos de atuação e a fragmentação da formação profissional comprometem a aplicação diária das recomendações, limitando a tradução do conhecimento científico em intervenções concretas. Martin & Holloway (2024) alertam para a importância de criação de protocolos organizadores de intervenção sistematizada baseada na evidência. Estes protocolos permitem operacionalizar a avaliação, o cuidado contínuo e a educação no domicílio, alinhando diagnósticos, resultados e intervenções de forma reproduzível e auditável. Também a transição de cuidados hospital-comunidade deve ser encarada como um processo e não um evento, com planos de prevenção iniciados no hospital e continuados no domicílio, assentes em registos padronizados e metas partilhadas entre equipas e família (Taylor, Mulligan & McGraw, 2021).

O conjunto de evidências apresentado pode ser analisado de forma integrada à luz dos referenciais teóricos de Nola Pender e Dorothea Orem, permitindo uma compreensão mais robusta e multidimensional dos fatores que condicionam a qualidade dos cuidados em contexto domiciliário, particularmente no âmbito da prevenção de UPP no contexto domiciliário. No quadro conceptual do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, os comportamentos de saúde dos cuidadores emergem da interação dinâmica entre fatores cognitivo-perceptivos, experiências prévias e influências interpessoais e situacionais. Neste contexto, a baixa literacia em saúde, a insuficiente formação técnica e a presença de crenças desajustadas relativamente à gravidade e à evitabilidade das úlceras por pressão configuram barreiras significativas à adoção de práticas preventivas consistentes.

Acrescem a estas limitações fatores como a sobrecarga física e emocional, o isolamento social e a escassez de recursos económicos, que se traduzem em barreiras percebidas, comprometendo a motivação e a capacidade do cuidador para sustentar comportamentos promotores de saúde ao longo do tempo. Em contrapartida, a implementação de intervenções educativas estruturadas, o reforço sistemático por parte dos profissionais de saúde e a disponibilização de materiais didáticos claros e recursos digitais constituem elementos facilitadores, ao promoverem a perceção de benefícios, o aumento da autoeficácia e a adesão sustentada às práticas preventivas. A integração de tecnologias de monitorização e suporte remoto reforça, por sua vez, as influências situacionais positivas, contribuindo para ultrapassar constrangimentos de acesso, tempo e acompanhamento contínuo, e favorecendo a continuidade dos cuidados. Neste sentido, o comportamento do cuidador não se circunscreve à execução técnica de tarefas, resultando antes de um equilíbrio dinâmico entre motivação, conhecimento, suporte e contexto.

Paralelamente, a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem permite enquadrar os dados da revisão da literatura, como um sistema de cuidados no qual o cuidador assume o papel de agente de autocuidado dependente, sendo responsável pela satisfação das necessidades do utente, mas evidenciando, simultaneamente, limitações na sua própria capacidade de cuidar. A sobrecarga associada a períodos prolongados de prestação de cuidados, frequentemente superiores a 12 horas diárias, aliada ao desgaste físico e psicológico e à insuficiência de suporte formal e informal, evidencia um desequilíbrio entre as exigências de cuidado e a capacidade do cuidador, configurando um défice no sistema de autocuidado. Neste contexto, a intervenção de enfermagem assume particular relevância através do sistema de apoio-educação, orientado para a capacitação do cuidador, o desenvolvimento de competências técnicas e a promoção da sua autonomia. A avaliação periódica do estado emocional e da capacidade funcional do cuidador revela-se, assim, uma estratégia essencial para a deteção precoce de sinais de exaustão, possibilitando o ajustamento das intervenções e a prevenção de ruturas no sistema de suporte familiar.

A articulação entre ambos os modelos, evidencia que a eficácia das práticas preventivas no domicílio não depende exclusivamente do conhecimento técnico, mas resulta da interação complexa entre motivação, capacidade funcional, suporte disponível e contexto ambiental. A prevenção de UPP no domicílio depende de múltiplos fatores interdependentes, nos quais a relação terapêutica estabelecida pelo EESCSP revela-se determinante. Para além da aplicação de práticas baseadas em evidência, o EESCSP assume um papel central na capacitação e orientação do cuidador, promovendo literacia em saúde, identificação precoce de riscos e adaptação das intervenções às necessidades específicas do utente e da família. Este vínculo permite monitorizar sobrecarga física, emocional e social do cuidador, antecipar situações de exaustão e ajustar estratégias preventivas de forma contínua, garantindo consistência e segurança no cuidado em contexto domiciliário.

O enfermeiro atua como mediador entre recomendações técnicas e limitações contextuais, negociando o ambiente físico, protocolos e hábitos familiares, enquanto reforça comportamentos preventivos de forma sistemática. Esta interação baseada em confiança, colaboração e orientação técnica promove autonomia do cuidador e otimiza a segurança e qualidade dos cuidados prestados, consolidando o papel do EESCSP como elemento estratégico na prevenção de UPP (Figura 3).

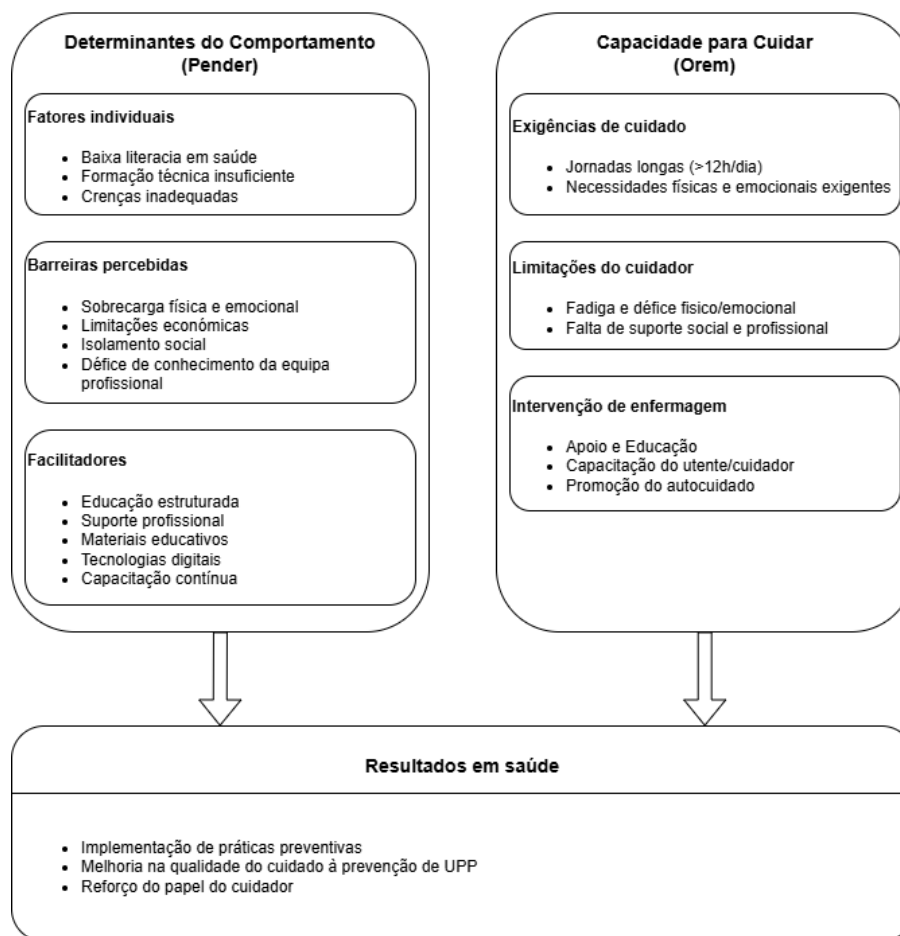


Figura 3 – Diagrama integrativo dos MPSNP e da TDAE na revisão integrativa da literatura
Fonte: Elaboração própria

4.2.7 Conclusão

A análise dos resultados evidencia que a prevenção das úlceras por pressão em contexto domiciliário assenta numa teia de fatores interdependentes, incluindo o cuidado direcionado ao cuidador, a sua capacitação técnica, a integração de tecnologias de apoio, a aplicação consistente de práticas baseadas em evidência e a existência de condições ambientais e organizacionais favoráveis (Taylor, Mulligan & McGraw, 2021, Irwin, 2023; Woodhouse et al., 2024).

O desempenho do papel de cuidador informal, embora potencialmente gratificante, associa-se frequentemente a sobrecarga física, psicológica, social e económica, sobretudo quando coexistem baixos níveis de literacia em saúde e escassez de suporte estruturado (Chen et al., 2025; Tuncer, Yilmaz & Mert, 2024; Meireles et al, 2022). Cargas horárias prolongadas e ausência de acompanhamento sistemático comprometem a saúde do cuidador e a qualidade dos cuidados prestados, tornando imprescindível a sua integração como alvo de intervenção clínica, com avaliação periódica do estado funcional e emocional (Fernandes et al., 2023).

A literatura identifica também a baixa literacia em saúde do cuidador como barreira significativa à implementação adequada das medidas preventivas, traduzindo-se em práticas inconsistentes, como erros no

reposicionamento, uso inadequado de produtos de higiene ou falhas na prevenção de lesões associadas a dispositivos médicos (Chen et al., 2025). Assim, a capacitação estruturada do cuidador constitui eixo central da prevenção, exigindo formação adaptada ao contexto domiciliário, linguagem acessível e reforço contínuo de competências, de modo a promover autonomia e reduzir a dependência exclusiva dos serviços formais (Amorim et al., 2024; Tuncer, Yilmaz & Mert, 2024; Gomes et al., 2024; Martin & Holloway, 2024; Woodhouse et al., 2024).

A eficácia das recomendações internacionais depende da sua adaptação às especificidades clínicas, familiares e ambientais do domicílio. A prevenção eficaz das UPP requer avaliação sistemática do risco, reposicionamento ajustado a critérios clínicos, cuidados cutâneos adequados, otimização nutricional e utilização apropriada de superfícies de apoio (Avsar et al., 2022, Martin & Holloway, 2024; Woodhouse et al., 2024; Amorim et al., 2024). A integração de intervenções educativas estruturadas e tecnologias digitais surge como estratégia complementar relevante, permitindo reforço comportamental, monitorização remota e melhoria da comunicação entre profissionais e família (Gomes et al., 2024; Gabison et al., 2022).

Persistem, no entanto, barreiras individuais, ambientais e institucionais, como crenças inadequadas, limitações habitacionais, escassez de recursos e fragilidades na transição hospital-domicílio (Taylor, Mulligan & McGraw, 2021; Martin & Holloway, 2024; Woodhouse et al., 2024). Neste enquadramento, o EESCSP assume um papel mediador e estratégico, articulando evidência científica, relação terapêutica e contexto familiar, promovendo confiança, adesão às práticas preventivas e continuidade do cuidado, elementos essenciais para a prevenção e redução da incidência e gravidade das UPP no domicílio (Fernandes et al., 2023; Irwin, 2023).

Por fim, esta revisão apresenta algumas limitações, incluindo a heterogeneidade metodológica dos estudos, a variabilidade dos contextos e a escassez de investigações robustas em ambiente comunitário. Muitos estudos apresentam amostras pequenas, ausência de grupos de controlo ou follow-up reduzido, o que limita a generalização dos resultados. A evidência sobre tecnologias de monitorização é ainda emergente e baseada em protótipos ou estudos piloto. Apesar destas limitações, os resultados permitem formular recomendações claras para a prática de EESCSP na área da prevenção de UPP em contexto domiciliário.

4.3 Estudo 2: PIC *Cuidar sem Pressão*

O PIC desenvolvido em estágio, seguiu a metodologia do PS proposto por Imperatori & Giraldes (1993), indo de encontro ao Regulamento de Competências Específicas do EESCSP. Conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 (2018) da Ordem dos Enfermeiros, o EESCSP é responsável por avaliar o estado de saúde da comunidade utilizando a metodologia de planeamento em saúde, participar na capacitação de grupos e comunidades, coordenar programas de saúde de âmbito comunitário alinhados com os objetivos do Plano Nacional de Saúde e realizar vigilância epidemiológica em contextos geodemográficos. A integração do EESCSP no planeamento em saúde permite uma abordagem holística e centrada na comunidade, onde as intervenções são desenvolvidas com base em evidências e alinhadas com as políticas de saúde.

O desenvolvimento de projetos comunitários é uma estratégia imprescindível para enfrentar os desafios complexos que emergem no contexto atual da saúde pública, caracterizado por mudanças demográficas e desigualdades sociais. O projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com

etapas e ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas. Este, tem como objetivo promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma determinada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

O Planeamento em Saúde conforme tem vindo a ser definido neste trabalho, é “um processo dinâmico, com arte de decidir sobre o que fazer no presente para se conseguir chegar ao futuro desejado” Nunes (2016, p. 16), enfatizando a importância de decisões fundamentadas e de uma visão de longo prazo. Rodrigues (2021) complementa, ao definir o planeamento em saúde, como um processo que envolve: a planificação, execução, acompanhamento e avaliação de propostas de ação, direcionadas à intervenção sobre a realidade em saúde.

Essa definição reforça a ideia de que o planeamento deve ser metódico e adaptável às necessidades emergentes das comunidades. Este processo deve ser contínuo, flexível e com capacidade de adequação às constantes dificuldades e necessidades que vão emergindo numa realidade em constante mutação (Nunes, 2016).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), autores de referência nesta área, o planeamento em saúde envolve a utilização racional dos recursos disponíveis, com o objetivo de reduzir problemas de saúde prioritários através da coordenação de esforços coordenados. Esta abordagem integrada permite não apenas a otimização dos recursos, mas também a promoção de ações que abordam os determinantes de saúde. As etapas da metodologia do PS são: Diagnóstico de Situação de Saúde, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução; Execução e Avaliação.

Neste sentido, nos próximos capítulos encontram-se descrito o PIC desenvolvido neste percurso formativo, evidenciando-se considerações éticas da sua implementação, apresentando-se o Diagnóstico de Situação de Saúde que o priorizou enquanto projeto essencial a desenvolver, a definição da população alvo e amostra, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, o planeamento, execução e avaliação do PIC.

4.3.1 Considerações Éticas

A enfermagem é uma profissão autorregulada, cuja prática é orientada pelo Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece princípios éticos e responsabilidades fundamentais no exercício profissional, incluindo a promoção do bem-estar, a dignidade, a autonomia e a segurança dos utentes, bem como a responsabilidade na utilização de informações sensíveis (Lei n.º 111/2009, 2009). Durante este percurso formativo, manteve-se a conduta de defesa dos princípios e valores profissionais como: a liberdade e dignidade da pessoa humana; a igualdade, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, bem como competência e aperfeiçoamento profissional contínuo. Foi assegurado o sigilo profissional, garantindo a proteção da informação pessoal e clínica.

Desta forma, a realização e implementação do PIC *Cuidar Sem Pressão* foi conduzida com atenção rigorosa às questões éticas e deontológicas associadas ao exercício da profissão, e também ao cumprimento com a legislação portuguesa, nomeadamente à Lei n.º 58/2019 (2019), que assegura a recolha, armazenamento e utilização de dados respeitassem os direitos, a dignidade e a autonomia dos participantes; e às normas internas da ULSBI.

Desta forma, inicialmente, foi apresentado o estudo (Anexo 5) ao departamento de investigação da ULS BI e solicitado parecer à Comissão de Ética (Anexo 6) e autorização para aplicação do PIC ao Conselho de Administração da ULSBI (Anexo 7), formalizado em impresso próprio. Este processo obteve parecer positivo da CE e do CA (Anexos 8 e 9 respetivamente). Em paralelo procedeu-se ao pedido de autorização para implementação do PIC *Cuidar Sem Pressão* junto dos diretores de serviço e coordenadores das UCC da ULSBI (Anexos 10 e 11), sendo que o objetivo inicial era aplicar o PIC em todas as ECCI da ULS: ECCI CJ, ECCI F e ECCI B, contudo, só se obteve o parecer positivo para a UCC CJ e a UCC F, não se tendo intervindo na ECCI B.

A recolha de dados demográficos junto de utentes, cuidadores informais e profissionais de enfermagem das ECCI foi realizada apenas após consentimento informado, por escrito, garantindo aos participantes a liberdade de se retirarem a qualquer momento sem prejuízo (Anexo 12). Todos os procedimentos asseguraram a confidencialidade, o anonimato e a proteção dos dados, com codificação, acesso restrito e armazenamento seguro, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Anexo 13 e 14). Considerando a vulnerabilidade de alguns grupos, como utentes idosos ou dependentes e cuidadores sobrecarregados, foram adotadas medidas para minimizar riscos e desconfortos, garantindo que a participação não interferisse na prestação de cuidados ou nas responsabilidades laborais (Anexo 15). O projeto foi estruturado para gerar benefícios coletivos, promovendo a redução da sobrecarga do cuidador e a melhoria da qualidade de vida dos utentes, assegurando a comunicação transparente dos resultados, contribuindo para o conhecimento científico.

4.3.2 Diagnóstico de Situação de Saúde

Durante o percurso formativo de estágio, após a familiarização com os diferentes contextos da prática clínica descritos no capítulo 1, foi possível estudar a população da área de abrangência, de modo a compreender as suas necessidades. Este conhecimento permitiu planear um PIC que, simultaneamente, respondesse a uma necessidade identificada na comunidade e proporcionasse o desenvolvimento das competências específicas do EESCSP.

Para tal, elaborou-se um DSS, no qual a população foi caracterizada e analisada de forma detalhada. O DSS constitui a fase inaugural do PS e deve ser conduzido de forma rigorosa e sistemática, de modo a identificar de forma detalhada os determinantes sociais de saúde que influenciam os processos de doença e bem-estar da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este diagnóstico tem como finalidade delinear o perfil de saúde de uma comunidade, permitindo identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde para fundamentar intervenções eficazes (Rodrigues, 2021). Além disso, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016b) destaca a importância de conhecer os recursos disponíveis na comunidade, incluindo os *stakeholders*, de forma a potenciar a implementação de intervenções integradas. A OMS (2010), reforça que um DSS sólido é fundamental para orientar políticas e intervenções em saúde, permitindo a priorização das necessidades reais da população.

De seguida será realizada a caracterização da população residente na área de influência da ULS BI, tendo em consideração indicadores demográficos como a distribuição etária, a densidade populacional e os índices de envelhecimento e dependência, bem como determinantes sociais da saúde, designadamente o nível socioeconómico, a escolaridade e os principais padrões de morbilidade, permitindo assim compreender as

necessidades em saúde da comunidade e os desafios associados à interioridade, dispersão geográfica e envelhecimento populacional.

Subsequentemente, será desenvolvida uma análise SWOT, enquanto instrumento estratégico de identificação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da organização, possibilitando a avaliação de fatores internos, como os recursos humanos, a capacidade instalada, a diferenciação técnica e a articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares, bem como de fatores externos, incluindo o contexto demográfico, as políticas de saúde, o financiamento e a evolução das necessidades da população.

4.3.2.1 Caracterização da população abrangida pela USP Polo C e UCC CJ

A saúde de uma população é moldada não apenas por fatores biológicos ou genéticos, mas sobretudo por um vasto conjunto de condições sociais, económicas, culturais e ambientais, denominadas determinantes sociais da saúde. Entre os principais fatores destacam-se o nível de escolaridade, o rendimento, o emprego, as condições habitacionais, o acesso aos serviços de saúde, o ambiente físico e social, bem como as políticas públicas que estruturam o território e a coesão social (DGS, 2025).

No âmbito da área de atuação da USP – Polo C e da UCC CJ, a análise dos determinantes sociais da saúde revela-se imprescindível para a compreensão das vulnerabilidades e potencialidades da comunidade local. Alinhado a essa perspetiva, o estágio contemplou a caracterização detalhada da população do concelho de C, considerando aspetos demográficos, socioeconómicos e contextuais que influenciam direta ou indiretamente a saúde coletiva.

- **Caracterização Geográfica**

O concelho da C está situado na sub-região das Beiras e Serra da Estrela (NUTS III), integrando o distrito da Beira Interior Norte, na região Centro de Portugal. Com uma área total de 555,6 km², o território caracteriza-se por uma topografia acidentada, com altitudes que variam entre cerca de 700 metros nas zonas baixas e os 1 991 metros no ponto mais elevado (Comunidade Intermunicipal Beiras e Serra da Estrela (CIM BSE), 2023).

Esta orografia, caracterizada por relevo acidentado e declives acentuados, condiciona de forma significativa a qualidade, a complexidade técnica e os custos associados à construção e manutenção de infraestruturas, nomeadamente redes viárias, equipamentos públicos e sistemas de abastecimento. Estas limitações refletem-se na acessibilidade territorial, aumentando o isolamento de várias freguesias, sobretudo as de natureza rural e dispersa. Simultaneamente, a conjugação entre o relevo e as condições climáticas adversas compromete a segurança rodoviária, particularmente no inverno, quando fenómenos como gelo, neve e nevoeiro reduzem a visibilidade e a aderência das vias, elevando o risco de sinistralidade. Estas dificuldades de mobilidade têm um impacto mais acentuado na população idosa, frequentemente mais dependente de redes de apoio e com maior necessidade de acesso regular a serviços de saúde e sociais, podendo traduzir-se em desigualdades no acesso e na utilização desses serviços (CIM BSE, 2023).

Por outro lado, o concelho é atravessado por diversas linhas de água e apresenta extensas áreas de vegetação densa, inserindo-se numa zona climática continental de influência montanhosa, caracterizada por invernos rigorosos e verões quentes e secos. Estas condições influenciam de forma significativa os hábitos de vida da população, condicionando a mobilidade, a prática de atividades ao ar livre e a exposição a fatores de risco

ambientais. Acresce que o clima e as características naturais do território têm repercussões na economia local, particularmente em atividades dependentes das condições meteorológicas, como a agricultura, afetando indiretamente os determinantes sociais da saúde. Em simultâneo, contribuem para a definição de padrões epidemiológicos específicos, associados a extremos térmicos e a riscos ambientais, com impacto direto no estado de saúde das populações (IPMA, 2022).

A cidade da C, capital do concelho, é um dos 11 municípios que constituem a Comunidade Intermunicipal das Beiras e Serra da Estrela, desempenhando um papel central na estrutura territorial regional, dada a sua dimensão urbana, densidade populacional, importância histórica, económica e académica (CIM BSE, 2023). Administrativamente, o concelho da C é composto por 21 freguesias, que apresentam uma grande diversidade territorial e funcional: desde áreas urbanas densamente povoadas, como a cidade da C, até aldeias serranas com características rurais, dispersas e montanhosas. Essa heterogeneidade implica desafios específicos em termos de acessibilidade, prestação de cuidados de saúde, mobilidade, emprego e coesão social, especialmente nas freguesias de maior isolamento geográfico (Câmara Municipal da C. (CMC), 2024).

- **Caracterização Demográfica:**

O concelho da C apresentava em 2023 uma população residente de 46.375 habitantes (Figura 4), evidenciando uma redução face aos 51.797 registados nos Censos de 2011, o que corresponde a uma perda populacional aproximada de 10,3% numa década, colocando a taxa de crescimento natural anual em – 0,7% (INE, 2024). Este declínio populacional enquadra-se na tendência de desertificação demográfica típica das regiões do interior do país, impulsionada pelo envelhecimento progressivo da população, pela diminuição da natalidade e pela emigração de jovens em idade ativa para centros urbanos mais dinâmicos (CMC, 2024).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
População residente (nº) <i>Resident population (no.)</i>	47 795	47 362	47 115	46 710	46 385	46 081	46 375
2019 = 100 <i>t.c. (%) / g.r. (%)</i>	101,4	100,5	100,0	99,1	98,5	97,8	98,4
		-0,9	-0,5	-0,9	-0,7	-0,7	0,6
Densidade populacional (habitantes / km2) <i>Population density (Inh / km2)</i>	86,0	85,2	84,8	84,1	83,5	82,9	-
2019 = 100 <i>t.c. (%) / g.r. (%)</i>	101,4	100,5	100,0	99,1	98,5	97,8	..
		-0,9	-0,5	-0,9	-0,7	-0,7	..
População ≥ 65 anos (%) <i>Population ≥ 65 years (%)</i>	27,3	28,0	28,8	29,4	30,2	30,7	30,8
2019 = 100 <i>t.c. (%) / g.r. (%)</i>	94,9	97,5	100,0	102,4	104,9	106,7	107,2
		2,8	2,5	2,4	2,5	1,6	0,5
Índice de Dependência Total <i>Total dependency ratio</i>	62,4	64,0	65,4	67,1	68,7	69,7	70,1
2019 = 100 <i>t.c. (%) / g.r. (%)</i>	95,3	97,8	100,0	102,5	104,9	106,6	107,2
		2,6	2,3	2,5	2,4	1,6	0,5
Taxa bruta de natalidade (‰) <i>Crude birth rate (‰)</i>	6,6	6,3	5,5	6,0	5,6	6,3	7,3
2019 = 100 <i>t.c. (%) / g.r. (%)</i>	120,0	114,5	100,0	109,1	101,8	114,5	132,7
		-4,5	-12,7	9,1	-6,7	12,5	15,9
Rácio divórcios / casamentos (%) <i>Divorce / Marriage ratio (%)</i>	86,2	86,9	94,3	142,9	118,8	62,3	-
2019 = 100 <i>t.c. (%) / g.r. (%)</i>	91,4	92,2	100,0	151,6	126,0	66,1	..
		0,9	8,4	51,6	-16,9	-47,5	..

Figura 4 – Evolução dos indicadores demográficos do Concelho da C. de 2017-2023

Fonte: (Gabinete Estratégia e Estudos (GEE), 2024)

Dados mais recentes referem que a área de abrangência da USP polo C e da UCC CJ integram 21 freguesias, atendendo uma população inscrita de aproximadamente 49.090 utentes, distribuída por uma área de 555,60

km², resultando numa densidade populacional de 83,7 habitantes/km² (CMC, 2024). A pirâmide etária do desta população evidencia um elevado envelhecimento demográfico, com 30,8% da população com 65 ou mais anos, enquanto apenas 15,1% são menores de 15 anos, correspondendo a um índice de dependência total de 67,81% e a um índice de envelhecimento superior a 204%.

O índice de dependência dos idosos, fixado em 50,88%, evidencia um envelhecimento demográfico acentuado, traduzindo-se numa maior proporção de pessoas potencialmente dependentes face à população em idade ativa, o que reforça a necessidade de investir em programas estruturados de promoção do envelhecimento ativo, prevenção da dependência e vigilância de doenças crónicas (Figura 5).

Paralelamente, a taxa bruta de natalidade, situada nos 7,3‰ em 2023, revela uma reduzida renovação geracional, contribuindo para o agravamento do desequilíbrio demográfico e para a progressiva diminuição da base populacional ativa (Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP), 2025). Este perfil demográfico acarreta implicações sociais e económicas significativas, nomeadamente ao nível da sustentabilidade dos sistemas de saúde e de apoio social, do aumento da pressão sobre cuidadores formais e informais, da diminuição da capacidade produtiva local e da necessidade de adaptação das políticas públicas a uma população cada vez mais envelhecida, com maior prevalência de multimorbilidade e dependência funcional.



Figura 5 – Pirâmide etária da população abrangida pela USP Polo C e pela UCC CJ da ULS BI
Fonte: (BI CSP, 2025)

A comunidade imigrante residente no concelho representa entre 5 a 7% da população total, sendo maioritariamente proveniente do Brasil (6,5%), Angola (2,6%) e Roménia (1,1%) (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), 2022). De acordo com a mesma fonte, o número de estrangeiros residentes rondava os 2.000

indivíduos (Figura 6), refletindo uma tendência de crescimento associada, sobretudo, à procura de mão-de-obra nos setores da agricultura, construção civil, serviços e educação.

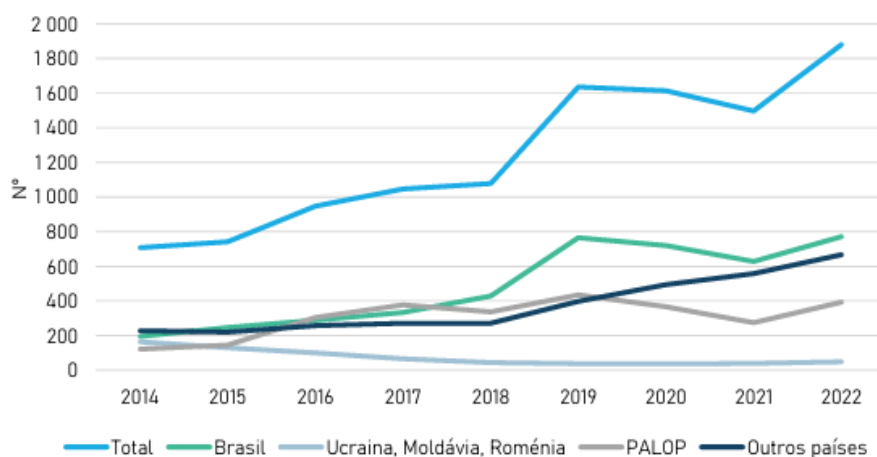


Figura 6 – População estrangeira com estatuto legal de residente no concelho da C, entre 2014 e 2022
Fonte: (INE, 2024)

Este dinamismo populacional contribui para um saldo migratório ligeiramente positivo, reforçado pela capacidade de atração da Universidade Local, que capta estudantes e profissionais qualificados estrangeiros, introduzindo maior diversidade sociocultural e potencial de qualificação no território. Contudo, este fenómeno coexiste com a persistência de fluxos migratórios de saída, particularmente entre a população jovem, que tende a deslocar-se para centros urbanos com maior oferta de emprego e oportunidades de progressão profissional, mantendo-se assim desafios estruturais relacionados com a fixação de população ativa e a sustentabilidade demográfica do concelho (CMC, 2024).

- **Caracterização Socioeconómica:**

Historicamente orientado para a indústria têxtil e de lanifícios, o concelho de C. tem vindo a evidenciar, nas últimas décadas, um processo progressivo de diversificação da sua estrutura económica. Neste contexto, destacam-se os dois parques industriais existentes, que desempenham um papel estratégico na captação e fixação de investimento, promovendo a instalação de empresas nos setores das tecnologias, da saúde e dos serviços, em estreita articulação com a universidade local.

A análise da estrutura económica do concelho evidencia uma clara predominância do setor terciário, que concentra 61% da população empregada, refletindo a crescente centralidade das atividades ligadas aos serviços, nomeadamente comércio, educação, saúde e turismo. Seguem-se os setores da indústria (25%) e da agricultura (14%), que, embora com menor expressão relativa, continuam a desempenhar um papel relevante na economia local, quer pela sua tradição, quer pelo contributo para a diversificação produtiva e fixação de população em territórios mais rurais (RCB, 2023).

Em 2023, o município da C. registou um total de 558 empresas, 961 sociedades e 1.633 estabelecimentos, evidenciando um crescimento moderado face a anos anteriores, o que sugere alguma resiliência do tecido empresarial local, ainda que possivelmente condicionado por fatores estruturais como a demografia envelhecida, a dispersão territorial e a atração de centros urbanos de maior dimensão (INE, 2024).

No domínio do turismo, o concelho apresentou uma taxa de variação positiva de 12,5% relativamente ao ano precedente, acolhendo 920.428 hóspedes, que originaram 296.965 dormidas (Figura 7). Estes dados confirmam uma trajetória de crescimento sustentado, reforçando o posicionamento do município como um destino turístico em expansão, alavancado pelo seu património natural, cultural e académico. Este dinamismo tem um impacto significativo na economia local, contribuindo para a criação de emprego, o estímulo ao investimento e o desenvolvimento de atividades complementares, como a restauração e o alojamento (INE, 2024).

Em suma, o concelho de C. tem vindo a diversificar a sua base económica, com predominância do setor terciário, sem descurar a relevância da indústria e da agricultura. A existência de parques industriais e a ligação à universidade têm reforçado a atração de investimento e a modernização do tecido produtivo, enquanto o turismo evidencia um crescimento expressivo e impacto positivo na economia local. Apesar de um crescimento empresarial moderado, o concelho demonstra resiliência e uma progressiva consolidação de um modelo económico mais diversificado.

Indicadores seleccionados Selected indicators	ANOS YEARS	Concelho (Municipality): []	Portugal
Área (km ²) Area (km ²)	2022	556	92 225
	Portugal = 100	0,6	100,0
População residente (n°) Resident population (n°)	2023	46 375	10 639 726
	Portugal = 100	0,4	100,0
Pessoal ao serviço nas empresas (n°) Persons employed in enterprises (no.)	2022	14 099	4 487 322
	Portugal = 100	0,3	100,0
Volume de negócios nas empresas (10 ³ Euros) Turnover of enterprises (10 ³ Euros)	2022	938 652	533 462 569
	Portugal = 100	0,2	100,0
Empresas (n°) Enterprises (no.)	2022	5 092	1 437 254
	Portugal = 100	0,4	100,0
Pessoal ao serviço nas empresas da indústria transformadora (n°) Persons employed in manufacturing enterprises (no.)	2022	..	741 958
	Portugal = 100	..	100,0
Volume de Negócios nas empresas da ind. transformadora (10 ³ Euros) Turnover of manufacturing enterprises (10 ³ Euros)	2022	..	127 444 230
	Portugal = 100	..	100,0
Empresas da indústria transformadora (n°) Manufacturing enterprises (no.)	2022	235	68 501
	Portugal = 100	0,3	100,0
Comércio internacional de bens - Exportações (10 ³ Euros) International trade of goods- Exports (10 ³ Euros)	2023	252 414	77 602 849
	Portugal = 100	0,3	100,0
Comércio internacional de bens - Importações (10 ³ Euros) International trade of goods - Imports (10 ³ Euros)	2023	110 763	104 959 212
	Portugal = 100	0,1	100,0
Dormidas nos estabelecimentos de alojamento turístico por localização geográfica e tipo de alojamento turístico (n°) Nights (No.) in tourist accommodation establishments by Geographic localization (NUTS - 2013) and Type (tourist accommodation establishment) (no.)	2022	296 965	69 694 791
	Portugal = 100	0,4	100,0
Proveitos totais nos estabelecimentos de alojamento turístico por localização geográfica e tipo de alojamento turístico (mil Euros) Total incomes (€) in tourist accommodation establishments by Geographic localization (NUTS - 2013) and Type (tourist accommodation establishment) (thousand Euros)	2023	19 836	6 015 323
	Portugal = 100	0,3	100,0

Figura 7 – Indicadores da atividade económica do Concelho da C.

Fonte: (GEE, 2024)

No final de 2023, o número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) da C. ascendia a 1 453, destacando-se uma taxa de desemprego juvenil de 12,1%, significativamente superior à média nacional, que rondava os 6% no mesmo período (Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), 2023). Este diferencial evidencia dificuldades acrescidas na integração dos jovens no mercado de trabalho, podendo contribuir para fenómenos de emigração e para a perda de capital humano qualificado.

Paralelamente, as fragilidades económicas e sociais do concelho tornam-se evidentes pelo facto de 36,9% dos residentes dependerem exclusivamente de pensões ou reformas, refletindo não só o envelhecimento demográfico, mas também uma estrutura económica com limitada capacidade de absorção da população ativa. Adicionalmente, o número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI), fixado em 1 135 indivíduos, reforça a existência de situações de vulnerabilidade económica e social, associadas a baixos rendimentos, desemprego prolongado e risco de exclusão social (CMC, 2024).

Esta realidade é corroborada pelo poder de compra per capita de 82,1, inferior à média nacional de 100 (segundo dados do INE, 2021), o que traduz uma menor capacidade económica das famílias e potencia constrangimentos no acesso a bens e serviços essenciais, incluindo cuidados de saúde. Em conjunto, estes indicadores apontam para a necessidade de estratégias integradas de desenvolvimento local, capazes de promover a inclusão social, estimular o emprego e reforçar a coesão económica do território.

- **Educação:**

A rede de ensino básico e secundário inclui várias escolas agrupadas (4 Agrupamentos) e duas escolas não agrupadas, bem como duas instituições do ensino profissional, uma instituição de ensino privado e uma universidade pública. Quanto aos níveis de escolaridade da população residente no concelho da C., os dados mais recentes evidenciam que 12,5 % da população residente (5.821 pessoas) possui o ensino superior completo, enquanto cerca de 31,5 % (14.593 pessoas) tem como habilitação máxima apenas o 1.º ciclo do ensino básico (CMC, 2023).

A taxa global de analfabetismo é de 3,4 %, mas este fenómeno é marcadamente geracional, atingindo os 11,5 % entre a população com 65 ou mais anos (CMC, 2023; Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDRC), 2023). Estes dados revelam a persistência de desigualdades educativas, em especial entre gerações e zonas geográficas do concelho, sendo particularmente notórias nas freguesias rurais, onde o acesso à educação e a continuidade escolar historicamente enfrentaram maiores obstáculos (Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC), 2023).

Adicionalmente, os indicadores relativos à frequência e conclusão escolar apresentam-se globalmente positivos, não se verificando diferenças significativas face às médias nacionais (Figura 8), o que evidencia um esforço consistente na promoção da continuidade dos percursos educativos e no investimento no ensino obrigatório. A taxa de transição/conclusão no ensino secundário atinge os 92,2 %, revelando uma elevada capacidade de retenção dos alunos e de concretização dos seus percursos escolares neste nível de ensino (INE, 2024).

Por sua vez, a taxa bruta de escolarização no ensino secundário, fixada em 146,9 %, reflete não apenas a forte adesão dos jovens em idade escolar, mas também a presença significativa de estudantes fora da faixa etária

típica, nomeadamente adultos em processos de requalificação e reconversão profissional, o que sugere uma valorização crescente da aprendizagem ao longo da vida (INE, 2024).

No ensino básico, a taxa bruta de escolarização é igualmente elevada, situando-se nos 118,9 %, o que demonstra uma boa cobertura da população-alvo e um acesso generalizado à educação neste nível. Paralelamente, a taxa de retenção e desistência, de apenas 4,1 %, constitui um indicador encorajador, apontando para a eficácia das estratégias pedagógicas implementadas, bem como para a existência de mecanismos de apoio adequados à promoção do sucesso escolar (INE, 2024).

Em síntese, o sistema educativo do concelho da C. apresenta uma estrutura relativamente completa e diversificada, abrangendo diferentes níveis de ensino e incluindo oferta pública, privada, profissional e universitária. Os indicadores de escolarização e sucesso escolar revelam um desempenho globalmente positivo, com elevadas taxas de conclusão e uma forte adesão à educação, incluindo dinâmicas associadas à aprendizagem ao longo da vida. Não obstante, persistem assimetrias relevantes nos níveis de qualificação da população e fenómenos de analfabetismo sobretudo entre as gerações mais idosas e em contextos rurais, evidenciando desigualdades territoriais e geracionais ainda por ultrapassar. Ainda assim, o sistema educativo local demonstra estabilidade e capacidade inclusiva, sendo essencial continuar a investir na equidade e na qualificação da população.

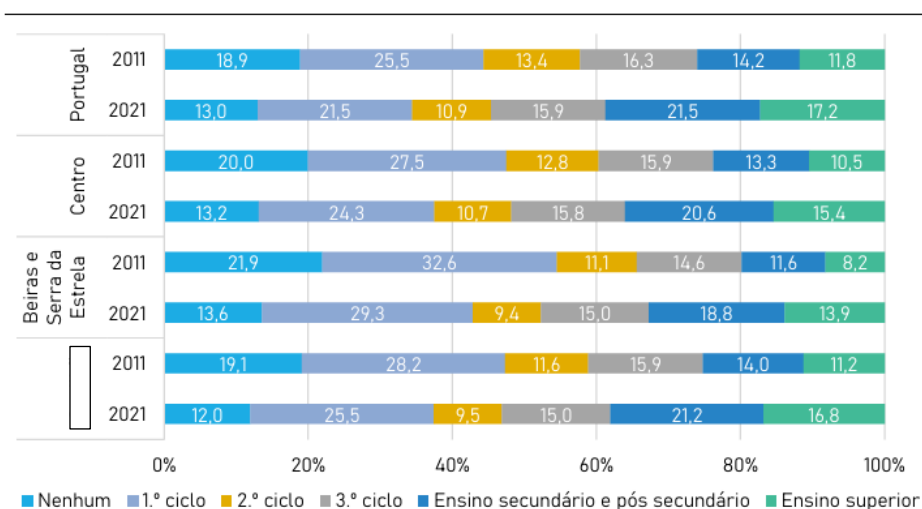


Figura 8 – População residente segundo o nível de escolaridade, em 2021

Fonte: (INE, 2024)

• Habitação:

A situação habitacional do concelho reflete os padrões característicos das regiões do interior, com predominância de habitação própria, geralmente antiga, dispersa pelas freguesias rurais, em contraste com a malha urbana mais consolidada da cidade. Mais de 10% dos alojamentos no município encontram-se devolutos, o que, por um lado, representa uma oportunidade significativa para projetos de reabilitação urbana

e estratégias de fixação de população jovem, e, por outro, constitui um desafio para as políticas habitacionais locais, exigindo intervenção estruturada e planeamento integrado para otimizar a utilização do parque habitacional existente (INE, 2021; Rádio da C. (RC), 2023).

O preço médio por metro quadrado na C. situa-se abaixo da média nacional, o que confere ao concelho alguma atratividade, particularmente para estudantes e novos residentes. Contudo, esta acessibilidade relativa é mitigada pelos baixos rendimentos médios da população, inferiores às médias regional e nacional, limitando efetivamente a capacidade de acesso à habitação por parte de uma parte significativa dos residentes (CMC, 2022). Neste contexto, as autoridades locais têm identificado carências relevantes ao nível da habitação social e acessível, encontrando-se em curso medidas no âmbito da «Carta Municipal da Habitação», que prevê a reabilitação de 115 fogos, a construção de 35 novos para renda apoiada e a integração de 25% dos fogos devolutos na Bolsa Nacional de Alojamento Urgente e Temporário, numa tentativa de responder de forma estruturada às necessidades habitacionais emergentes (RC, 2023).

Paralelamente, o concelho evidencia uma acentuada heterogeneidade territorial: enquanto a área urbana concentra a maioria das infraestruturas, serviços públicos e dinâmicas económicas e culturais, várias freguesias de carácter mais rural e serrano enfrentam isolamento geográfico, envelhecimento populacional acentuado e insuficiência de serviços essenciais. Esta assimetria territorial traduz-se em desigualdades no acesso a recursos e oportunidades, com implicações diretas na qualidade de vida das populações. Ainda assim, ao nível das condições de saneamento básico, o concelho apresenta uma cobertura globalmente satisfatória, com redes de abastecimento de água e de drenagem de águas residuais a servir a maioria das habitações, constituindo um fator positivo para a saúde pública e para a melhoria das condições de habitabilidade (CMC, 2022).

- **Indicadores de Saúde:**

O concelho da C. apresenta, em 2023, uma taxa bruta de natalidade de 7,3‰, evidenciando um aumento face aos 5,4‰ registados nos Censos de 2021, embora permaneça insuficiente para contrariar a taxa bruta de mortalidade de 14,6‰, que se manteve estável no mesmo período, reforçando assim um saldo natural negativo. A taxa de mortalidade infantil é residual, constituindo um indicador positivo da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil (INE, 2024).

A esperança média de vida à nascença situa-se nos 80,6 anos, valor muito próximo da média nacional de 81,43 anos, refletindo ganhos globais em saúde, ainda que coexistindo com desafios associados ao envelhecimento populacional (INE, 2024). Em 2023, registaram-se 336 nados vivos, sendo a maioria das mães com idade igual ou superior a 35 anos, o que traduz uma tendência para a maternidade tardia; cerca de 2% das crianças nasceram com baixo peso, indicador que, embora reduzido, merece atenção no âmbito da vigilância pré-natal e neonatal (INE, 2024).

Os dados do Plano Local de Saúde (PLS) (ACSS, 2019) evidenciam um perfil epidemiológico fortemente marcado por doenças crónicas não transmissíveis (Figura 9), destacando-se a dislipidemia (24,8% dos utentes), a hipertensão arterial (24,3%) e a diabetes (9,7%). A este quadro associam-se as perturbações depressivas, também com uma prevalência de 9,7%, que apresentam uma diferença de género significativa, afetando 15% das mulheres face a apenas 3,9% dos homens. A obesidade, com 5,8%, acrescenta-se a este conjunto, contribuindo para o aumento do risco cardiovascular e metabólico da população. Outros diagnósticos

relevantes incluem a osteoartrose do joelho, doenças dentárias, osteoporose — especialmente prevalente em mulheres —, bem como patologias respiratórias e cardiovasculares, como a asma, a DPOC e a doença cardíaca isquémica, destacando a complexidade do perfil clínico local.

Este panorama evidencia não apenas a elevada carga de doença crónica, mas também a necessidade de reforçar estratégias integradas de prevenção, promoção da saúde e gestão de cuidados continuados, adaptadas às especificidades demográficas, socioeconómicas e territoriais do concelho. A abordagem deve privilegiar a intervenção precoce, o acompanhamento multidisciplinar e o apoio à adesão terapêutica, incorporando medidas de educação para a saúde, programas de promoção de estilos de vida saudáveis e ações dirigidas à população mais vulnerável, incluindo idosos e pessoas com múltiplas comorbilidades. Além disso, a articulação entre cuidados primários, hospitalares e comunitários é fundamental para otimizar a gestão da doença crónica e reduzir o impacto socioeconómico associado, reforçando a resiliência do sistema de saúde local e a qualidade de vida da população.

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Continente			ARS Centro			ACES Cova da Beira		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Alteração do metabolismo dos lípidos (T93)	22,9	22,1	23,6	27,4	26,2	28,6	24,8	22,9	26,5
Hipertensão (K86 ou K87)	22,5	20,8	24,0	24,7	23,1	26,2	24,3	21,7	26,6
Diabetes (T89 ou T90)	9,6	10,2	9,0	8,8	9,4	8,3	9,7	10,0	9,5
Perturbações depressivas (P76)	11,2	4,8	16,9	13,2	5,7	20,0	9,7	3,9	15,0
Obesidade (T82)	10,7	8,9	12,3	10,2	8,8	11,4	5,8	4,8	6,7
Osteoartrose do joelho (L90)	5,3	3,3	7,0	6,5	4,4	8,4	5,2	3,1	7,0
Doenças dos dentes e das gengivas (7 anos) (D82)	7,7	7,7	7,7	7,8	7,3	8,3	4,7	3,7	5,7
Osteoporose (L95)	2,6	0,4	4,5	3,3	0,4	5,9	3,7	0,5	6,7
Osteoartrose da anca (L89)	2,6	1,9	3,2	3,5	2,7	4,3	3,0	2,0	3,9
Doença cardíaca isquémica (K74 ou K76)	1,8	2,2	1,4	2,2	2,4	1,9	2,8	2,9	2,6
Asma (R96)	3,0	2,6	3,3	3,1	2,8	3,5	2,5	2,1	2,9
DPOC (R95)	1,4	1,8	1,0	1,4	1,8	1,0	1,9	2,6	1,2
Bronquite crónica (R79)	1,1	1,1	1,1	1,5	1,4	1,5	1,6	1,7	1,6
Trombose/ acidente vascular cerebral (K90)	1,4	1,5	1,3	1,5	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4
Demência (P70)	0,9	0,6	1,2	1,0	0,6	1,3	0,9	0,6	1,2
Enfarte agudo do miocárdio (K75)	0,7	1,1	0,4	0,7	1,1	0,3	0,9	1,3	0,4
Neoplasia maligna da mama feminina (X76)	0,9	NA	1,7	0,9	NA	1,7	0,8	NA	1,6
Neoplasia maligna do cólon e reto (D75)	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,5	0,7	0,9	0,5
Neoplasia maligna da próstata (Y77)	0,6	1,2	NA	0,7	1,5	NA	0,6	1,3	NA
Neoplasia maligna do estômago (D74)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Neoplasia maligna do colo do útero (X75)	0,1	NA	0,3	0,1	NA	0,2	0,1	NA	0,2
Neoplasia maligna do brônquio/ pulmão (R84)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1

Figura 9 – Diagnósticos prevalentes nos CSP

Fonte: (ACSS, 2019)

Os fatores de risco comportamentais também foram analisados no PLS. Cerca de metade da população com 18 ou mais anos apresenta excesso de peso ou obesidade, com os homens a registarem maior prevalência de

excesso de peso e as mulheres mais obesidade — especialmente na faixa etária dos 65 aos 74 anos, onde aproximadamente 20% são obesos. Estes dados apontam para a necessidade de estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis, com foco na alimentação equilibrada, atividade física regular e monitorização do peso corporal, complementadas por ações de sensibilização para a redução de comportamentos de risco, de forma a prevenir doenças crónicas e melhorar a qualidade de vida da população ao longo do ciclo de vida. Os comportamentos de risco como o consumo de tabaco, álcool em excesso e drogas apresentam valores inferiores à média nacional, com 6,0% da população a referir consumo de tabaco, 1,4% a apresentar consumo crónico de álcool e apenas 0,3% com histórico de consumo de drogas (ACSS, 2019).

No âmbito das Doenças de Notificação Obrigatória (DNO), registou-se uma incidência significativa de casos de tuberculose, doença invasiva pneumocócica, campilobacteriose, sífilis, febre Q, febre escaro-nodular e VIH/SIDA, sublinhando a importância da vigilância epidemiológica e da implementação de programas de rastreio e vacinação dirigidos à proteção da saúde pública (ACSS, 2019).

A nível hospitalar, segundo os dados do INE, em 2021, os rácios de internamento e de lotação praticada nos hospitais por 1.000 habitantes no concelho da C. eram superiores à média da Região Centro e do país. Em 2024, a ULS BI registou uma média de 3,6 consultas médicas hospitalares por habitante, valor que novamente supera os parâmetros regionais e nacionais (Figura 10), refletindo uma elevada procura por cuidados hospitalares e a relevância do hospital como centro de referência para a população local.

	C []	Centro	Portugal
Internamentos nos hospitais por 1 000 habitantes	198,1	90,1	106,3
Camas (lotação praticada) nos hospitais por 1 000 habitantes	6,5	3,0	3,5
Consultas médicas nos hospitais por habitante	3,6	1,7	2,1

Figura 10 – Indicadores de saúde no conselho da C. em 2021

Fonte: (CMC, 2024)

Os internamentos são sobretudo por doenças do sistema circulatório (com uma taxa bruta de 2.722,9 por 100 mil habitantes), seguidas pelas doenças dos sistemas digestivo e respiratório, neoplasias malignas e causas externas, como acidentes. A pneumonia e as complicações associadas à gravidez e parto também figuram entre as causas mais frequentes de internamento. Destaca-se ainda a taxa de internamento por doenças cerebrovasculares em indivíduos com menos de 65 anos, que atingiu os 9,59%, sinalizando a necessidade de estratégias de prevenção cardiovascular precoce.

Por fim 2023, a cobertura vacinal infantil no concelho ultrapassou os 95%, em conformidade com as metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Vacinação. Este resultado traduz não só a eficácia das estratégias de saúde pública implementadas, como também a boa acessibilidade e adesão da população aos cuidados de saúde, constituindo um indicador robusto do funcionamento do sistema de saúde a nível local (INE, 2023).

- **Acesso aos Cuidados de Saúde:**

A cobertura de saúde no concelho é ampla. A C. é sede da ULS BI, que engloba dois Hospitais Públicos e várias unidades de cuidados primários: uma Unidade de Saúde Familiar (USF), a 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma Unidade de Saúde Pública da BI. No que concerne à rede de prestação de cuidados de saúde no setor privado, em 2024, o concelho dispõe de 68 clínicas médicas e consultórios, 16 unidades de medicina dentária e 29 entidades prestadoras de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo laboratórios de análises clínicas (Figura 11). Neste contexto, destaca-se o Centro de Diálise da BI, S.A. – NephroCare C., integrado numa rede especializada de nefrologia, que assegura a prestação de cuidados diferenciados na área da diálise. Verifica-se, ainda, uma concentração geográfica das entidades prestadoras de cuidados de saúde privados na freguesia da C., evidenciando uma distribuição territorial assimétrica destes recursos (CMC, 2024)

Clínicas médicas, consultórios e outros	Clínicas dentárias	Meios complementares de diagnóstico	Farmácias	Postos Farmacêuticos*
68	16	29	19	3

Figura 11 – Estabelecimentos privados de saúde no Conselho da C. em 2023
Fonte: (CMC, 2024)

Em 2022, o concelho da C. apresentava, de forma global, uma dotação de 6 médicos e 12,3 enfermeiros por cada 1.000 habitantes (Figura 12), evidenciando uma evolução positiva face à situação registada em 2012, o que sugere esforços contínuos no reforço do capital humano na área da saúde. Em 2024, cerca de 50.000 utentes encontravam-se inscritos nos CSP do Conselho da C., correspondendo a aproximadamente 60% dos 83.983 utentes registados em toda a ULS BI (CMC, 2024). Sobre o acesso aos cuidados de saúde nos CSP, os cerca de 50.000 utentes inscritos, cerca de 5.737 não dispunham de médico de família atribuído, o que representa aproximadamente 11,4% da população inscrita no concelho, uma proporção inferior à registada no conjunto da ULS (20% de utentes sem médico de família). Ainda que esta proporção seja inferior à registada no conjunto da ULS BI, evidencia mesmo assim a necessidade de reforço da cobertura assistencial (CMC, 2024).

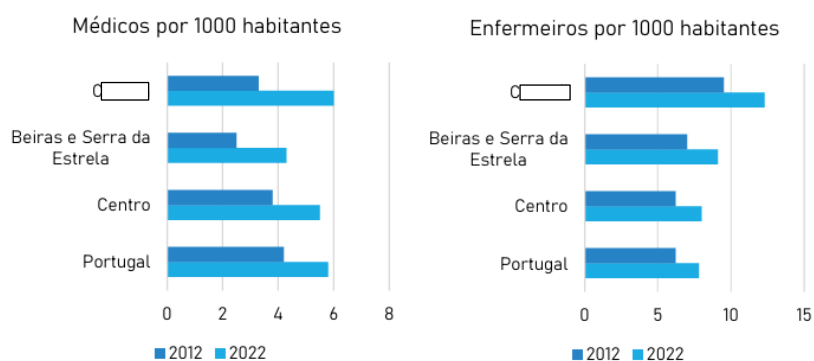


Figura 12 – Nº de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes no concelho da C.
Fonte: (CMC, 2024)

O acesso ao Hospital Público, evidencia constrangimentos significativos. Segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 33,39% das reclamações dos utentes deste hospital referiam-se a tempos de espera elevados, sendo o principal motivo de insatisfação, enquanto 8,49% apontavam diretamente para dificuldades no acesso aos cuidados hospitalares (ERS, 2016). Relatórios mais recentes, como o do Conselho Técnico Independente da (Conselho Técnico Independente da ULS BI (CTI da ULS BI), 2025), sublinham que a falta de médicos especialistas e a ausência de vagas em concursos de contratação contribuem para o agravamento dos tempos de espera, dificultando a realização atempada de consultas, exames e cirurgias.

Embora a ULS tenha introduzido iniciativas como hospitalização domiciliária e alargamento de horários, os dados públicos continuam a mostrar uma pressão elevada sobre as urgências hospitalares, muitas vezes usadas como substituto aos cuidados primários. Apesar de iniciativas como a telemedicina e o contacto telefónico com centros de saúde, a capacidade de resposta mantém-se limitada, revelando desequilíbrios estruturais na prestação de cuidados primários no concelho (CTI da ULS BI), 2025).

- **Ambiente:**

O concelho da C. desfruta de um ambiente natural favorável. O ar é em geral de boa qualidade devido à localização serrana e à ausência de indústrias poluidoras intensas. O Parque Natural da Serra da E., parcialmente no concelho, proporciona extensas áreas verdes, florestas e percursos ecológicos, beneficiando a saúde mental e física dos habitantes (Instituto da Conservação da Natureza e das Florestas (ICNF), 2020).

A água do concelho é tratada e potável; como citado, a empresa Águas da C. foi distinguida com selo de qualidade exemplar (Águas da C. (A.C.), 2023.). O abastecimento público de água cobre a totalidade da zona urbana e 85% da população rural, enquanto a rede de drenagem e tratamento de águas residuais serve cerca de 95% dos municípios, distribuída por oito ETAR operacionais (CMC, 2019).

Em termos de resíduos, a recolha seletiva melhorou significativamente: passou-se de apenas 7,4 kg de resíduos reciclados per capita em 2010 para 50,3 kg em 2018, indicando maior consciência ambiental (Resiestrela, 2021). Não há dados recentes municipais sobre poluição sonora ou riscos ambientais (ex.: radões, chuvadas), mas não há fontes relevantes de lixo industrial ou petrolífero localizadas. Em geral, o concelho conjuga zona urbana e vasta zona rural/montanhosa com rios e serras, oferecendo bons indicadores ambientais quando comparado a médias nacionais: por exemplo, plataformas de qualidade de vida reportam níveis de limpeza urbana elevados na C. (Plataforma de Qualidade de Vida, (PQV), 2022).

- **Rede de apoio Comunitário:**

O município da C. dispõe de uma rede diversificada e sólida de associações comunitárias que desempenham um papel fundamental na promoção da coesão social, saúde, cultura e desenvolvimento local. Entre estas destacam-se a Santa Casa da Misericórdia, que oferece cuidados e apoio a idosos, e a Associação Mutualista C., focada no bem-estar dos seus associados. A Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) presta serviços essenciais para pessoas com deficiência, enquanto a Associação de Diabéticos da Serra da Estrela (ADSE) promove o acompanhamento clínico e a educação da pessoa com diabetes. A Cruz Vermelha – Delegação da C. desenvolve apoio social, voluntariado e ajuda a famílias carenciadas, reforçando a solidariedade na comunidade. A CooLabora – Intervenção Social promove inclusão

social e formação profissional, enquanto o Centro Social Jesus Maria José oferece respostas sociais para crianças e famílias vulneráveis.

Segundo o relatório do Radar Social (CMC, 2024) do Município da C., no concelho, as respostas sociais evidenciam um desajuste entre a oferta disponível e as necessidades da população. Na área da infância e juventude, verifica-se uma forte pressão sobre as creches e a educação pré-escolar, sobretudo nas redes pública e solidária, com elevadas taxas de ocupação e listas de espera significativas, o que demonstra insuficiência da capacidade instalada, mesmo face aos projetos de expansão em curso.

No que respeita às pessoas com deficiência, observa-se uma escassez de respostas, particularmente para crianças e jovens, sendo que, para adultos, os equipamentos existentes funcionam em plena capacidade e com listas de espera. Relativamente à população idosa, apesar da cobertura na maioria das freguesias, os serviços encontram-se igualmente saturados, com listas de espera expressivas, e persistem lacunas em respostas como centro de noite e acolhimento familiar, bem como dificuldades de acesso a serviços de saúde em zonas mais periféricas (CMC, 2024).

Por fim, destacam-se carências relevantes ao nível de respostas especializadas para grupos vulneráveis, nomeadamente pessoas em situação de dependência, com doença mental ou psiquiátrica, com comportamentos aditivos ou vítimas de violência doméstica, ainda que existam algumas iniciativas complementares que procuram atenuar estas necessidades (CMC, 2024).

No âmbito cultural e recreativo, associações como a Associação Recreativa Musical C. (Banda da C.), o Teatro das Beiras, e os ranchos folclóricos da Serra da E. preservam e dinamizam as tradições locais, a música, as artes cénicas e o folclore regional. Além destas, existem associações desportivas como o Sporting da C, o Clube União da C. e o Grupo Desportivo da M., e outras entidades que apoiam o desenvolvimento económico e a animação comunitária.

- **Criminalidade, Forças de Segurança e Emergência:**

No município da C., as forças de segurança incluem: a Polícia de Segurança Pública (PSP) que assegura policiamento local, trânsito, fiscalização e apoio em eventos e a Guarda Nacional Republicana (GNR) que assegura patrulhas em áreas rurais envolventes. A cidade tem ainda uma cooperação de Bombeiros Voluntários. Além do combate a incêndios, os Bombeiros Voluntários da C. realizam atividades de formação e sensibilização, emissão de pareceres técnicos, socorro a naufragos, transporte de doentes e atuam em resposta a urgências pré-hospitalares.

A taxa de criminalidade no concelho é relativamente baixa, com um indicador de criminalidade de 24,77 e um indicador de segurança de 75,23, refletindo uma preocupação moderada com crimes como arrombamentos e assaltos (Numbeo, 2023). Particularmente sobre o crime de violência doméstica, o Gabinete de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (GAVVD) da CooLabora assegurou em 2023 apoio a 116 novos casos de violência doméstica e manteve o acompanhamento de 162 vítimas de anos anteriores, totalizando 278 vítimas atendidas, das quais a maioria era do sexo feminino (Figura 13).

No primeiro semestre de 2024, registaram-se 55 novos processos e 111 situações em acompanhamento, perfazendo 166 vítimas, o que evidencia a persistência e relevância deste fenómeno no concelho. Verifica-se ainda uma clara predominância de vítimas do sexo feminino, bem como uma maior incidência nas faixas

etárias entre os 36 e os 55 anos, destacando-se, no caso dos homens, uma sobre representação na faixa etária inferior a 18 anos e na faixa etária acima dos 65 anos (CMC, 2024).

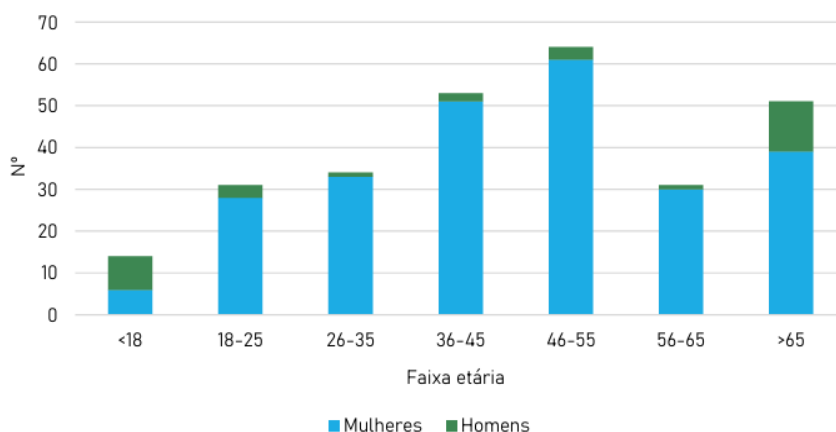


Figura 13 – Faixa etária das vítimas de violência doméstica em 2023

Fonte: (CMC, 2024)

Em suma, o município da C. apresenta características geográficas e demográficas que condicionam diretamente o estado de saúde da população e o acesso aos cuidados. A sua orografia acidentada e a dispersão territorial dificultam a mobilidade e o acesso aos serviços, afetando particularmente a população idosa e dependente, que constitui uma proporção significativa dos residentes. Verifica-se um acentuado envelhecimento populacional e uma diminuição da população jovem, associada a fenómenos migratórios, reforçando a necessidade de respostas integradas de saúde e apoio social. Paralelamente, a presença de cidadãos estrangeiros contribui para a diversidade cultural, exigindo a adaptação dos serviços às necessidades específicas da população. Em termos económicos, apesar da diversificação do tecido empresarial e do crescimento do setor terciário e turístico, persistem fragilidades, como o desemprego jovem e a dependência de pensões (INE, 2024; CMC, 2024; IEF, 2023).

Relativamente aos indicadores de saúde, o envelhecimento populacional está associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente doenças cardiovasculares e metabólicas, bem como a um maior número de situações de dependência funcional, exigindo cuidados continuados e intervenções multidisciplinares. A obesidade constitui igualmente um problema relevante, reforçando a necessidade de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença. Apesar da elevada cobertura vacinal e da implementação de programas de rastreio, persistem constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde primários, nomeadamente devido à escassez de médicos de família e à pressão sobre os serviços hospitalares. Ainda assim, o município beneficia de uma rede de apoio comunitário e de condições ambientais favoráveis, sendo essencial o desenvolvimento de estratégias integradas e colaborativas que promovam a equidade no acesso aos cuidados e a melhoria do estado de saúde da população (ACSS, 2019; INE, 2023; ULS CB, 2025).

4.3.2.2 Análise SWOT da comunidade abrangida pela ULS BI

A análise SWOT constitui uma ferramenta de planeamento estratégico amplamente utilizada para identificar, de forma integrada, os pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças de um determinado contexto. Esta abordagem, permite uma compreensão aprofundada dos fatores determinantes para a eficácia das estratégias adotadas (Gürel & Tat, 2017). No âmbito deste projeto através da análise SWOT, tornou-se possível estruturar um diagnóstico estratégico mais claro da comunidade, que não só evidencia as capacidades e os recursos existentes (pontos fortes), como também delimita as dificuldades internas e os desafios na prestação de cuidados (pontos fracos).

- **Forças (*Strengths*)**
 - Existência da Unidade Local de Saúde da Beira Interior (ULS BI), integrando hospital e cuidados de saúde primários no mesmo modelo organizativo;
 - Presença de universidade pública, fator de dinamização económica, científica e cultural, com capacidade de atrair população jovem e qualificada, incluindo estudantes internacionais;
 - Elevada cobertura vacinal infantil (>95%) e bons indicadores de adesão a programas de saúde preventiva;
 - Rede diversificada de associações comunitárias (IPSS, mutualidades, associações culturais e desportivas), promotora de coesão social e apoio a grupos vulneráveis;
 - Ambiente natural favorável, com boa qualidade do ar, recursos hídricos tratados e proximidade ao Parque Natural da SE, potenciando bem-estar e turismo;
 - Taxa de criminalidade relativamente baixa e boa articulação entre PSP, GNR e bombeiros voluntários;
 - Crescimento do setor terciário e do turismo, com aumento relevante de hóspedes e dormidas;
 - Cobertura satisfatória de saneamento básico e abastecimento de água.
- **Fraquezas (*Weaknesses*)**
 - Envelhecimento demográfico acentuado e elevado índice de dependência de idosos;
 - Perda populacional significativa na última década e baixa taxa de natalidade;
 - Forte dispersão territorial e orografia acidentada, dificultando mobilidade e acesso equitativo a serviços, sobretudo nas freguesias rurais.
 - Escassez de médicos de família, com milhares de utentes sem médico atribuído;
 - Tempos de espera hospitalares elevados e dificuldade na contratação de especialistas;
 - Dependência económica significativa de pensões e reformas;
 - Taxa de desemprego jovem superior à média nacional;
 - Baixo poder de compra per capita face à média nacional;
 - Percentagem ainda relevante de população com baixos níveis de escolaridade e analfabetismo concentrado nas faixas etárias mais idosas;
 - Elevada prevalência de doenças crónicas não transmissíveis (hipertensão, dislipidemia, diabetes, depressão).
- **Oportunidades (*Opportunities*)**
 - Reabilitação de habitações devolutas e implementação da Carta Municipal da Habitação, promovendo fixação de jovens e famílias;

- Potencial de expansão do turismo sustentável, saúde e bem-estar, aproveitando o património natural e cultural;
 - Desenvolvimento de programas de envelhecimento ativo e cuidados domiciliários inovadores, incluindo telemedicina;
 - Captação de fundos europeus direcionados à coesão territorial e à transição digital e verde;
 - Crescimento da população imigrante como fator de rejuvenescimento demográfico e reforço da força de trabalho;
 - Parcerias estratégicas entre universidade, parques industriais e setor da saúde para inovação tecnológica e investigação clínica;
 - Reforço da educação e requalificação profissional de adultos, apoiado pela elevada taxa de escolarização no ensino secundário.
- **Ameaças (Threats)**
 - Continuação do êxodo juvenil para centros urbanos mais dinâmicos;
 - Agravamento do envelhecimento populacional e consequente pressão sobre cuidados continuados e apoio social;
 - Escassez persistente de profissionais de saúde, comprometendo a acessibilidade e qualidade assistencial;
 - Vulnerabilidade económica de agregados dependentes de pensões e prestações sociais;
 - Impacto das alterações climáticas, com invernos rigorosos e verões extremos, afetando mobilidade, saúde respiratória e risco de incêndios;
 - Sustentabilidade financeira do sistema de saúde e dos serviços sociais perante aumento da procura e limitação de recursos;
 - Risco de desertificação progressiva das freguesias rurais mais isoladas.

A análise realizada evidencia que o concelho de C. dispõe de uma base institucional sólida, marcada pela integração de serviços de saúde e pela presença de uma universidade com capacidade de dinamização económica, científica e cultural. Soma-se a isso a qualidade ambiental, a segurança relativa e a diversidade de associações comunitárias, fatores que reforçam o bem-estar da população e oferecem potencial para o desenvolvimento sustentável. Estes elementos constituem ativos significativos que podem servir de alavanca para iniciativas inovadoras em áreas como a saúde, a educação, o turismo e o reforço do tecido económico local.

Por outro lado, o concelho enfrenta desafios estruturais relevantes, entre os quais se destacam o envelhecimento demográfico acentuado, a diminuição da população jovem, a dispersão territorial e a pressão sobre os serviços de saúde e sociais. Estes fatores, se não forem geridos estrategicamente, podem comprometer a sustentabilidade social e económica do território. O futuro equilíbrio e o desenvolvimento do concelho dependerão, portanto, da capacidade de transformar estas vulnerabilidades em oportunidades: promover políticas que incentivem a fixação de população jovem e qualificada, criar respostas inovadoras para o envelhecimento ativo e cuidados domiciliários, e reforçar a articulação entre saúde, educação, economia e apoio comunitário. Em simultâneo, será essencial potenciar a atração de investimento, fomentar a inovação tecnológica e científica, e consolidar a coesão social, de modo a garantir uma trajetória de crescimento inclusiva, resiliente e sustentável para o concelho.

4.3.3 Definição de Prioridades

De acordo com a metodologia do PS, a definição de prioridades constitui uma etapa fundamental para orientar a alocação de recursos e a implementação de intervenções nos problemas mais relevantes identificados na comunidade (OMS, 2010). Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000), a definição de prioridades deve basear-se na identificação dos problemas que têm maior impacto na saúde, permitindo que as intervenções sejam direcionadas para os grupos mais vulneráveis.

A metodologia de priorização de *Hanlon* é uma ferramenta amplamente utilizada para classificar e priorizar problemas de saúde com base em critérios objetivos. A aplicação do método de *Hanlon* a este projeto permite uma priorização eficaz dos problemas de saúde identificados, considerando critérios como magnitude, gravidade, eficácia da intervenção e viabilidade explicado por Rodrigues (2021) e quantificados no Quadro 11.

- **Magnitude do problema (A):** Proporção de indivíduos afetados ou impacto na comunidade.
- **Gravidade do problema (B):** Consequências clínicas, sociais ou económicas da condição.
- **Eficácia da solução (C):** Probabilidade de sucesso das intervenções propostas.
- **Exequibilidade (D):** Disponibilidade de recursos, aceitação social, capacidade de implementação local.

Quadro 11 – Critérios do Método Hanlon

Critério	Descrição
A – Magnitude do problema (0 a 10)	2 – 0% a 20% 4 – 21% a 40% 6 – 41% a 60% 8 – 61% a 80% 10 – 81% a 100%
B – Gravidade do problema	4 – Pouco grave / 7 – Gravidade média / 10 – Muito grave
C – Eficácia da solução do problema	0,5 – Solução difícil / 1 – Solução razoável / 1,5 – Solução fácil
D – Exequibilidade da intervenção	0 – Não exequível / 1 – Exequível

Fonte: (Rodrigues, 2021)

Para aplicação desta metodologia foi utilizada a informação obtida após a análise SWOT, que permitiu selecionar informações demográficas, socioeconómicas e de saúde mais impactantes na área: envelhecimento populacional acentuado (30,8% com ≥65 anos), elevada taxa de população dependente, elevada prevalência de doenças crónicas (hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade, osteoartrose) e fragilidades no acesso aos cuidados de saúde primários pela dispersão geográfica e isolamento de freguesias rurais.

Como se percebeu pela análise SWOT, o concelho da C., evidencia um perfil populacional caracterizado pelo elevado envelhecimento, baixa natalidade, dispersão territorial e elevada prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, tais como hipertensão, dislipidemia, diabetes, obesidade e depressão. Estes fatores configuram uma população vulnerável, particularmente nas freguesias rurais e isoladas, onde o acesso aos cuidados de

saúde é condicionado pela orografia, pela distância aos centros urbanos e pela escassez de profissionais de saúde.

Nesta população, entre os grupos populacionais, as pessoas idosas destacam-se como prioridade estratégica, dado que representam cerca de 30,8% da população e apresentam elevados índices de dependência funcional e multimorbilidade. A implementação de respostas integradas que articulem cuidados primários, hospitalares e comunitários torna-se, assim, essencial para garantir qualidade de vida e reduzir a pressão sobre os serviços hospitalares, alinhando-se com recomendações nacionais e internacionais.

Em consonância com esta realidade regional, os documentos estratégicos nacionais, como a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025 (DGS, 2017b) e o Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024), priorizam o desenvolvimento de respostas para a gestão das doenças crónicas, focando no aumento da adesão aos tratamentos e na redução de hospitalizações. Essa abordagem integrada, fundamentada em evidência, visa fortalecer o sistema de saúde e promover um envelhecimento mais ativo, sustentável e alinhado com os desafios demográficos atuais.

Desta forma, procedeu-se à aplicação dos critérios de *Hanlon*, aos problemas identificados na área da saúde:

1. Doenças crónicas não transmissíveis em idosos (hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade)

- **Magnitude (A):** 4 – afeta uma proporção significativa da população idosa.
- **Gravidade (B):** 10 – risco de complicações cardiovasculares, hospitalizações e mortalidade.
- **Eficácia (C):** 1 – intervenções de gestão integrada e acompanhamento clínico são eficazes.
- **Exequibilidade (D):** 1,5 – possível implementação via USF, UCC, programas comunitários.

2. Dependência funcional e necessidade de cuidados continuados

- **Magnitude (A):** 4 – elevada proporção de idosos com limitações físicas e cognitivas.
- **Gravidade (B):** 10 – risco de quedas, isolamento social, deterioração da saúde.
- **Eficácia (C):** 1,5 – intervenções domiciliárias, reabilitação e suporte comunitário.
- **Exequibilidade (D):** 1,0 – limitada pelo número de profissionais e recursos disponíveis.

3. Acesso limitado a cuidados de saúde primários

- **Magnitude (A):** 8 – 10.000–11.000 utentes sem médico de família.
- **Gravidade (B):** 8 – aumento do uso de urgências, diagnóstico tardio de doenças.
- **Eficácia (C):** 0,5 – necessidade de extensão de horários e contratação de profissionais podem melhorar a situação.
- **Exequibilidade (D):** 1,0 – dependente de recursos humanos e organização administrativa.

4. Promoção de envelhecimento ativo e prevenção de doença

- **Magnitude (A):** 4 – impacta grande parte da população idosa.
- **Gravidade (B):** 7 – prevenção pode reduzir complicações crónicas e hospitalizações.

- **Eficácia (C):** 1,5 – programas de educação para saúde e atividade física são eficazes.
- **Exequibilidade (D):** 1,5 – viável com apoio de associações comunitárias e UCC.

Após a atribuição dos valores segundo os critérios, foi aplicado cálculo da fórmula de Hanlon $((A + B) \times C \times D)$, que permite ordenar os problemas de saúde. No Quadro 12 encontram-se efetuados os cálculos, permitindo chegar a atribuição de prioridades.

Quadro 12 - Critérios do Hanlon aplicados aos problemas identificados

Problema de Saúde	A Magnitude	B Gravidade	C Eficácia	D Exequibilidade	Fórmula (A + B) x C x D	Prioridade
Promoção do envelhecimento ativo e prevenção de doença	4	7	1,5	1,5	24,75	1
Doenças crónicas não transmissíveis em idosos (hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade)	4	10	1	1,5	21	2
Dependência funcional e necessidade de cuidados continuados	4	10	1,5	1	21	2
Acesso limitado a cuidados de saúde primários	8	8	0,5	1	8	3

Fonte: Elaboração própria

Pela análise da tabela anterior, observa-se que a promoção do envelhecimento ativo e a prevenção de doença apresenta o maior índice (24,75), destacando-se como a intervenção com maior potencial de impacto e viabilidade, apoiada por programas comunitários e ações educativas. Os problemas relacionados com doenças crónicas não transmissíveis e dependência funcional obtêm índices iguais (21), refletindo a elevada prevalência e gravidade destas condições na população idosa, bem como a eficácia das intervenções de gestão integrada e cuidados continuados. Estes problemas são considerados prioritários devido ao risco significativo de complicações, hospitalizações e impacto na qualidade de vida.

Por outro lado, o acesso limitado a cuidados de saúde primários apresenta um índice mais baixo (8), embora a sua magnitude seja elevada. Isso evidencia que, apesar do impacto importante, a exequibilidade e a eficácia das soluções disponíveis estão limitadas, exigindo estratégias estruturais de longo prazo. A fragilidade socioeconómica da população dependente de pensões apresenta índice intermediário (12), demonstrando que, embora afete uma proporção significativa da população e tenha consequências relevantes, a eficácia das intervenções depende fortemente de recursos financeiros e apoio social, condicionando a sua priorização em termos de implementação imediata.

Os resultados anteriores sugerem que as intervenções mais urgentes devem focar-se em promoção de envelhecimento ativo e prevenção de doenças, gestão de doenças crónicas e cuidados na dependência funcional. De forma convergente, o Plano Local de Saúde da ULS BI (ACSS, 2019) estabelece como prioridade local, a intervenção junto da população idosa, identificando este grupo como particularmente vulnerável a eventos adversos evitáveis, que comprometem significativamente a qualidade de vida, aumentam a carga sobre os cuidadores informais e pressionam os serviços de saúde.

No sentido de para dirigir a intervenção nesta população apurada, foi discutido estes dados com a orientadora da prática clínica, chegando-se ao consenso de que a melhor estratégia era dirigir a intervenção, para o programa comunitário da UCC onde será possível trabalhar esta população: a Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI). A ECCI atua especificamente junto de pessoas em situação de dependência funcional, com avaliação integral das necessidades e um plano individualizado de intervenção, promovendo a recuperação da autonomia e a reabilitação no contexto familiar.

Sobre a caracterização e diagnóstico de saúde específico da população da ECCI da área de abrangência das USP BI Polo B, os dados são escassos, mas existe uma caracterização da população da ECCI da USP BI Polo F, onde as características demográficas da população geral se assemelham ao município C. Nessa caracterização da população referente ao ano de 2024, podemos perceber que cerca de 66% dos utentes admitidos na ECCI F, foram referenciados para tratamento de feridas, 5% para gestão de dispositivos/gestão de regime terapêutico e cerca de 29% para reabilitação (Veiga,2025).

Na população admitida na ECCI F para tratamento de feridas, a maioria destes utentes são do sexo feminino (60%). A média de idades encontra-se nos 73 anos, tendo o mais novo da população 42 anos e o mais idoso: 90 anos. A média dos scores da Tabela Nacional de Funcionalidade é de 73, colocando a maioria dos utentes numa score de funcionalidade muito reduzida. A maior parte da etiologia das feridas tratadas são úlceras por pressão (48%), seguidas de úlceras venosas (19%) e feridas neoplásicas (14%), as restantes etiologias são: de feridas cirúrgicas complicadas 9%, feridas traumáticas e queimaduras (5%) (Veiga,2025).

Para perceber se estes dados estariam cristalizados na investigação mais recente, foi-se pesquisar quais os problemas de saúde que apareciam com mais expressividade na população envelhecida em cuidados domiciliários. Foram identificados 20 estudos pesquisados em cinco bases de dados (CINAHL® Plus; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Plus Collection; MedicLatina e MEDLINE®), com os seguintes termos de pesquisa: (home care nursing or at home nursing or home health nursing or treatment at home) AND (elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior) AND (health needs or health problems or health issues) em todos os campos, com filtros de texto integral e com limite temporal dos últimos dez anos. Após verificação de artigos duplicados no Mendeley, mantiveram-se os 20 artigos.

Os 20 artigos iniciais foram analisados pelo título, tendo sido excluído um artigo por estar no idioma chinês. Seguidamente os restantes artigos foram analisados pelo resumo, tendo sido excluídos 6 estudos, por terem sido realizados em contexto de lar ou hospital. Os restantes 15 artigos foram analisados pelo texto integral, sendo que se verifica que o tema com maior recorrência identificado como um problema nesta população foi o das UPP, presente em quatro estudos, seguido pela sobrecarga e saúde mental dos cuidadores informais, discutida em três trabalhos, assim com o risco de desnutrição. A qualidade de vida relacionada com a saúde, foi explorada em dois estudos, assim como os cuidados ao fim da vida em ambiente comunitário. Temas isolados, como a relação entre fragilidade e incapacidade funcional, a prevenção de quedas e a gestão do regime terapêutico também marcaram presença, cada um em apenas um trabalho (Apêndice 4).

Como podemos perceber por esta consulta bibliografia e pelos dados reais do contexto de uma ECCI da mesma ULS BI, a área das UPP são um problema prevalente na população de pessoas dependentes que é cuidada no domicílio. Deste modo, com base no estudo da população, na priorização da área de intervenção, na pesquisa em contexto e na análise bibliográfica, decidiu-se focar a intervenção na equipa da ECCI e na área da prevenção de UPP, dando origem ao PIC *Cuidar sem Pressão*.

4.3.4 População Alvo e Amostra

O objetivo do PIC desenvolvido: *Cuidar sem pressão*, é melhorar os cuidados preventivos adotados na comunidade das ECCI da ULS BI, dirigindo-se neste sentido aos seguintes grupos-alvo: utentes classificados com alto risco de UPP na escala de *Braden* e/ou seus cuidadores, bem como aos profissionais de enfermagem das equipas da ECCI.

Sobre o grupo dos utentes/ cuidadores, a aplicação do PIC *Cuidar sem Pressão* foi proposta para todas as ECCI da ULS BI — ECCI da UCC CJ, ECCI da UCC F e ECCI da UCC B. No entanto, a implementação do projeto foi autorizada apenas para as ECCI da UCC CJ e da UCC F, que no seu total acompanham cerca de 35 utentes e famílias.

Devido à limitação temporal do estágio, não foi possível implementar o projeto junto de todos os utentes da unidade. Assim, definiu-se como critério de inclusão a priorização de utentes com elevado risco de desenvolvimento de UPP (resultado na escala de *Braden* inferior ou igual a 16 pontos, de acordo com as normas da DGS) e respetivos cuidadores, cujo motivo de admissão estivesse relacionado com o tratamento de feridas. Esta opção permitiu direcionar a intervenção para a população mais vulnerável e com maior necessidade de cuidados especializados nesta área.

Foram excluídos assim, os utentes admitidos exclusivamente para programas de reabilitação, uma vez que, na sua maioria, apresentam limitações funcionais de carácter transitório, frequentemente associadas a períodos pós-operatórios, nomeadamente em cirurgia ortopédica. Nestes casos, o nível de mobilidade tende a melhorar significativamente ao longo do internamento, o que implica uma rápida alteração do risco avaliado pela escala de *Braden*, tornando menos pertinente a sua inclusão no âmbito específico deste projeto.

Neste sentido, após a proposta do programa, aceitaram participar 10 utentes, cerca de 33% da população total das ECCI da ULS BI (5 da ECCI da UCC CJ e 5 da ECCI da UCC F) e os seus cuidadores, assinando o seu consentimento informado de participação neste projeto.

Relativamente ao grupo dos enfermeiros, o objetivo inicial consistia em abranger a totalidade dos profissionais das ECCI da UCC CJ e da UCC F (16 enfermeiros no total), que integraram o PIC, tendo este objetivo sido plenamente alcançado. Posteriormente, o âmbito do projeto foi alargado por proposta dos CSP do F, que sugeriram a realização de ações de formação de capacitação dirigidas a outras equipas, nomeadamente à USCP do F e à USF C. Neste contexto, o universo potencial passou a incluir 15 enfermeiros adicionais, dos quais 8 participaram efetivamente na formação realizada, o que corresponde a uma taxa de participação de aproximadamente 53% destes profissionais, nas ações de capacitação para a área de prevenção de UPP em contexto domiciliário.

4.3.5 Fixação de Objetivos

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a etapa de definição de objetivos constitui o momento em que se delineiam as metas que orientarão as intervenções futuras. Nesta fase, é imperativo formular objetivos de forma clara e mensurável, refletindo tanto as aspirações gerais de melhoria da saúde da comunidade quanto os resultados específicos esperados das ações implementadas. Para os autores, a definição precisa dos objetivos permite uma alocação mais eficiente dos recursos disponíveis e estabelece critérios rigorosos para

a avaliação do impacto das intervenções, contribuindo para o ciclo contínuo de melhoria dos cuidados de saúde. Essa abordagem orientada por objetivos facilita a priorização das áreas de intervenção e assegura que as ações desenvolvidas sejam fundamentadas em evidências, alinhadas com as necessidades reais da população, promovendo, assim, a eficácia e a sustentabilidade das políticas de saúde (Imperator & Giraldes, 1993).

Após a análise que permitiu identificar e hierarquizar os problemas de saúde, definem-se os objetivos gerais e específicos do projeto a desinver: *Cuidar sem Pressão*. Assim, o objetivo geral deste projeto é: promover a capacitação de utentes, cuidadores informais e profissionais de enfermagem das ECCI da ULS BI para a prevenção de UPP, orientando-se para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Já os objetivos específicos foram formulados com base na evidência obtida através da revisão integrativa da literatura, que evidenciam necessidades de intervenção concretas, nomeadamente: défices de literacia em saúde por parte dos cuidadores, necessidade de intervenções educativas estruturadas, impacto da sobrecarga do cuidador informal, défice de formação dos profissionais de saúde e carência de protocolos estruturados na prática de cuidados. Assim, concretamente define-se como objetivos específicos:

- Capacitar os utentes/cuidadores informais para reconhecer sinais iniciais de risco de UPP;
- Promover o conhecimento dos utentes/cuidadores informais sobre os cuidados de prevenção de UPP;
- Conhecer as atitudes dos enfermeiros sobre as UPP;
- Conhecer o nível de conhecimento dos enfermeiros das ECCI's sobre UPP;
- Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros da ECCI sobre as recomendações das recentes *guidelines* da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025, para a prevenção das UPP;
- Elaborar um protocolo de uniformização dos cuidados preventivos da UPP, baseado nas recentes *guidelines* da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025, aplicados ao contexto comunitário.

Para avaliar o impacto o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a prevenção das UPP, foi utilizado o instrumento *Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool* (PUKAT). O PUKAT é um questionário padronizado e estruturado que avalia o conhecimento dos profissionais de saúde em várias áreas essenciais, como etiologia, classificação, avaliação do risco, cuidados com a pele, nutrição e estratégias de prevenção. Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa, garantindo fiabilidade e adequação cultural e linguística no contexto nacional, encontrando-se no Anexo 16.

Para a avaliação das atitudes dos enfermeiros sobre as UPP, foi utilizado o Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument (APu-PT), que se encontra validada para a população portuguesa. O instrumento consiste em 22 itens organizados em cinco fatores: importância, responsabilidade, obstáculos/barreiras, confiança na eficácia e competências pessoais, destinada a avaliar as atitudes de enfermeiros e estudantes de enfermagem face à prevenção de úlceras por pressão (Anexo 17).

A formação dirigida aos enfermeiros foi cuidadosamente estruturada com base em múltiplas fontes de evidência científica e formativa, de forma a assegurar a sua atualidade, rigor e aplicabilidade prática. Neste sentido, foram integradas as mais recentes diretrizes internacionais para a prevenção de úlceras por pressão, emitidas pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), em articulação com a National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2025), consideradas o principal referencial internacional nesta área. A sua conceção teve também por base a revisão integrativa da literatura realizada, bem como a informação de formações frequentadas neste âmbito da prevenção e tratamento de

feridas, permitindo identificar conteúdos-chave e estratégias pedagógicas eficazes. Adicionalmente, foram consideradas as principais áreas de dificuldade identificadas através do instrumento PUTKAT, o que permitiu ajustar a formação às necessidades reais dos profissionais, reforçando os domínios em que se verificavam maiores lacunas de conhecimento.

Para cada objetivo foram traçados metas e definidos indicadores, para que pudesse avaliar após a implementação do PIC *Cuidar sem Pressão*, se estes foram ou não alcançados (Quadro 13 e 14). Os indicadores são essenciais para garantir a implementação eficaz de objetivos, sendo amplamente adotados em projetos de saúde. Os indicadores definidos neste PIC foram elaborados tendo em conta as características dos indicadores SMART.

O conceito SMART envolve o estabelecimento de metas que são: específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e delimitados a nível temporal (Bahrami, Heidari, & Cranney, 2022). Essa abordagem proporciona uma estrutura clara e objetiva para a avaliação de resultados, permitindo que os gestores de saúde monitorizem o progresso de intervenções e ajustem estratégias conforme necessário. Desta forma, os quadros seguintes apresentam sintetizado as metas e os indicadores definidos.

Quadro 13 - Objetivos específicos, metas e indicadores da capacitação de utentes de alto risco de UPP e os seus cuidadores informais para a prevenção de UPP.

Objetivo Específico	Meta	Indicador de Medida
Capacitar os utentes/cuidadores informais para reconhecer sinais iniciais de risco de UPP.	≥ 80% dos utentes/cuidadores informais identificam corretamente.	Indicador de resultado: (Porcentagem de cuidadores que identificam corretamente ≥ 3 sinais precoces indicativos de UPP: rubor, alteração temperatura, dor, edema) / (número total de utentes/cuidadores informais) x 100
Promover o conhecimento dos utentes/cuidadores informais sobre os cuidados de prevenção de UPP.	≥ 80% dos utentes/cuidadores informais observados adotam as seguintes medidas preventivas: reposicionamento, adaptação de superfícies de apoio, cuidados à pele, nutrição adequada.	Indicador de resultado: (número de utentes/cuidadores informais que adotam as medidas preventivas) / (número total de utentes/cuidadores informais) x 100

Fonte: Elaboração própria

Quadro 14 - Objetivos específicos, metas e indicadores da capacitação dos enfermeiros para a prevenção de UPP.

Objetivo Específico	Indicador	Meta
Conhecer o nível de conhecimento dos enfermeiros das ECCI's sobre UPP	Meta: pelo menos 70% de enfermeiros responderem ao questionário PUKAT	Indicador de processo: (número de enfermeiros que responderam ao PUKAT) / (Número de enfermeiros total de enfermeiros) x 100
Conhecer as atitudes dos enfermeiros sobre as UPP	Meta: pelo menos 70% de enfermeiros responderem ao questionário APu-PT	Indicador de processo: (número de enfermeiros que responderam ao questionário APu-PT) / (Número de enfermeiros total de enfermeiros) x 100

Fonte: Elaboração própria

Quadro 14 - Objetivos específicos, metas e indicadores da capacitação dos enfermeiros para a prevenção de UPP.

(continua)

Objetivo Específico	Indicador	Meta
Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros da ECCI sobre as recomendações das recentes guidelines da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025, para a prevenção das UPP	Meta: pelo menos 70% de enfermeiros assistires à formação de atualização de conhecimentos Meta: ≥ 80% dos enfermeiros que participaram na formação considerarem a formação pertinente e bem estruturada	Indicador de processo: (número de enfermeiros presentes na formação) / (Número de enfermeiros total de enfermeiros) x 100 Indicador de resultado: Média da satisfação dos enfermeiros que responderam ao questionário de satisfação da formação da ULS BI
Elaborar um protocolo de uniformização dos cuidados preventivos da UPP, baseado nas recentes guidelines da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025	Realização de um protocolo na área dos cuidados preventivos das UPP.	Indicador de processo: Realização de um protocolo na área dos cuidados preventivos das UPP.

Fonte: Elaboração própria

4.3.6 Seleção e Elaboração de Estratégias

O conceito de estratégia refere-se a um plano orientador que define a abordagem global ou o caminho a seguir para alcançar objetivos específicos de saúde traçados, distinguindo-se de atividades concretas ou intervenções pontuais. Uma estratégia constitui uma estrutura que orienta a tomada de decisão, a organização de recursos e a implementação de ações, permitindo que estas sejam realizadas de forma coerente e eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993).

A prevenção de UPP, exige a implementação de estratégias integradas que envolvam utentes, cuidadores informais e profissionais de saúde, de modo a assegurar intervenções contextualizadas, sustentáveis e centradas nas necessidades da comunidade a intervir. Neste sentido foram elaboradas 4 estratégias que sustentaram a construção do PIC *Cuidar sem Pressão*, baseadas em toda evidencia recolhida e nos modelos de enfermagem que guiaram este percurso formativo: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem.

A primeira estratégia, centrada na promoção da saúde segundo o Modelo de Pender, tem como objetivo potenciar a adoção de comportamentos preventivos sustentáveis por parte dos utentes e cuidadores, através da criação de condições facilitadoras e da implementação de intervenções educativas estruturadas, co construídas no âmbito da relação terapêutica enfermeiro–utente/cuidador. Este modelo orientou a identificação das barreiras e constrangimentos percecionados por este grupo relativamente à implementação de medidas preventivas, integrando dimensões como o reforço motivacional, a valorização da perceção de autoeficácia e a promoção da internalização das práticas preventivas na rotina diária.

No grupo de enfermeiros, esta estratégia possibilitou igualmente a identificação das barreiras percecionadas à implementação das práticas preventivas, através da aplicação do instrumento APu-PT, que permite avaliar as atitudes dos profissionais face à prevenção de úlceras por pressão, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada dos fatores que influenciam a sua prática clínica.

A segunda estratégia incidiu na promoção do autocuidado, tendo como referencial a Teoria do Défice de Autocuidado em enfermagem de Dorothea Orem. Este enquadramento teórico permitiu avaliar de forma sistemática a capacidade de utentes e cuidadores para a realização de atividades de autocuidado na área de prevenção de UPP, possibilitando a adaptação das intervenções às necessidades e contextos individuais. Com base nesta abordagem, foi desenvolvida uma grelha de avaliação dos cuidados preventivos (Apêndice 10), aplicada em momentos pré e pós-intervenção, com o objetivo de identificar dificuldades iniciais e avaliar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção.

No que se refere aos enfermeiros, esta estratégia assumiu um papel central na capacitação profissional, entendendo-se o défice de autocuidado, neste contexto, como um défice de literacia em saúde na área da prevenção de úlceras por pressão. Assim, o foco incidiu na atualização de competências técnico-científicas para a implementação eficaz de intervenções preventivas. A utilização do instrumento estruturado PUKAT permitiu avaliar o nível de conhecimento dos profissionais, identificar lacunas e áreas prioritárias de melhoria, assegurando que a formação desenvolvida fosse orientada para as necessidades reais da equipa.

A terceira estratégia centra-se na integração da prática baseada na evidência, traduzindo as recomendações de *guidelines* internacionais e pesquisa integrativa da literatura na elaboração de um protocolo sistemático e operacional sobre a área de prevenção de UPP adaptável ao contexto comunitário e respetivo fluxograma (Apêndice 11); na elaboração de um folheto informativo sobre os cuidados para a prevenção de UPP para os utentes e cuidadores (Apêndice 12) e na construção das formações para os profissionais (Apêndices 13 e 14). Estas atividades permitem aos profissionais aplicar os cuidados preventivos de forma contextualizada, segura e ajustada às necessidades individuais de utentes e cuidadores, garantindo que as práticas de prevenção sejam integradas de forma eficaz no contexto domiciliar e comunitário.

A quarta estratégia, é uma estratégia central e transversal a todas as outras, e sendo essencial para todo este projeto: aumento da Literacia em Saúde (LS). A literacia em saúde, conforme definida pelo Plano Nacional de Literacia em Saúde (DGS, 2023b), pode ser entendida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informações relacionadas com a saúde. Estas competências são fundamentais para a tomada de decisões informadas, abrangendo cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (1991) refere que o autocuidado é uma prática de atividades que os indivíduos realizam para manter a vida, saúde e bem-estar. Também a LS promove a capacitação dos indivíduos para a gestão da sua saúde, promovendo o autocuidado. Por outro lado, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011) destaca a importância de compreender os fatores que influenciam os comportamentos de saúde, como experiências anteriores, características pessoais e influências ambientais; de forma a motivar os indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis, promovendo a saúde e prevenindo doenças.

Paralelamente também a LS desempenha um papel fundamental, fornecendo as competências cognitivas e sociais necessárias para que os indivíduos compreendam e utilizem informações de saúde de forma eficaz, promovendo a motivação para que as pessoas adotem práticas que contribuem para a melhoria da sua qualidade de vida. Por fim, as atividades de elaboração de um protocolo sistemático e operacional sobre a prevenção de UPP no domicílio, complementado pela formação de profissionais de saúde netas área contribuíram para fortalecer a LS dos profissionais, promovendo a atualização de conhecimentos, o

desenvolvimento de competências técnicas e a capacidade de aplicar cuidados preventivos de forma contextualizada, segura e ajustada às necessidades individuais de cada utente.

Assim a LS na prática de enfermagem constitui-se como uma ferramenta estratégica de trabalho para a promoção do autocuidado e saúde das pessoas e comunidades. Esta prática encontra-se em consonância com as competências específicas para o EESCSP estabelecidas no Regulamento n.º 428/2018. Neste sentido, o EESCSP aplica a LS para avaliar as necessidades de informação e facilitar decisões informadas, para capacitar grupos/comunidades, planear programas, para fomentar a avaliação crítica e a utilização consciente do conhecimento; e, na vigilância epidemiológica, para promover a interpretação de indicadores e a adoção de medidas preventivas, tornando as intervenções de saúde pública mais eficazes e sustentáveis. Ao se promover a LS, está-se intrinsecamente a promover a saúde, o autocuidado, e a aumentar o conhecimento técnico baseado em evidência.

Em conjunto, estas estratégias configuram um modelo integrado para PIC *Cuidar sem Pressão*, que combinam o aumento da LS, o fortalecimento do autocuidado, a promoção da saúde e comportamentos saudáveis, a capacitação profissional e a aplicação de protocolos baseados em evidência, promovendo uma abordagem holística, centrada no utente e sustentada cientificamente, capaz de reduzir riscos, otimizar recursos e melhorar os resultados em saúde, conforme esquematizado na Figura 14.

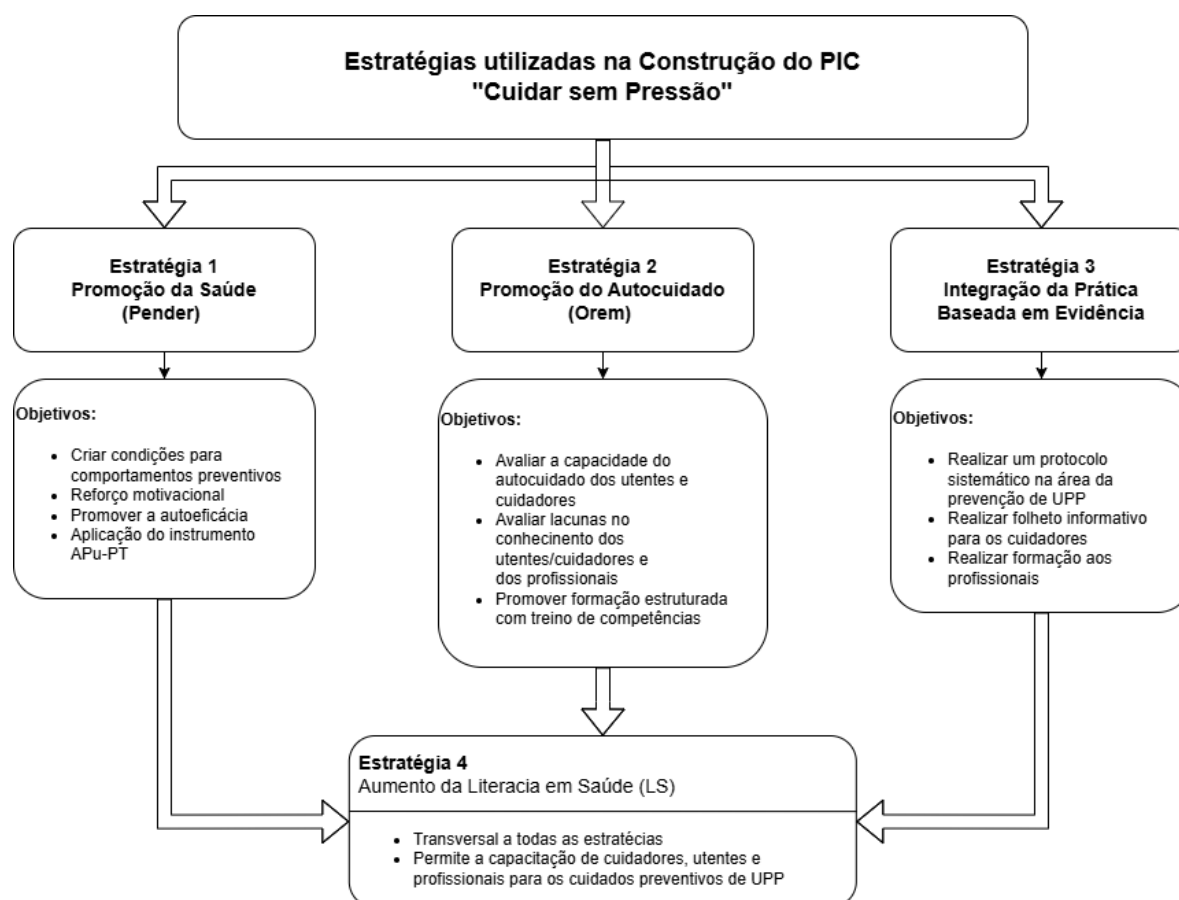


Figura 14 – Estratégias utilizadas na Construção do PIC *Cuidar Sem Pressão*

Fonte: Elaboração própria

4.3.7 Elaboração de Programas e Projeto e Preparação da Execução

Uma vez delineadas as estratégias, segue-se a fase do planeamento da operacionalização ou da preparação da execução do PIC. Conforme previsto pelo Regulamento n.º 428/2018, compete ao EESCSP criar programas e projetos de intervenção que permitam dar resposta às necessidades específicas da comunidade, e para tal é fundamental planear todo o processo, garantindo uma execução clara e objetiva, envolvendo os responsáveis organizacionais e políticos, de acordo com as problemáticas identificadas (OE, 2018).

Conforme descrito por Imperatori & Giraldes (1993), o foco nesta fase está na implementação prática das estratégias definidas na etapa anterior. Segundo Rodrigues (2021), esta preparação envolve a criação de um plano detalhado que contemple as ações específicas, que nos possibilitem a operacionalização dos objetivos específicos definidos. Acrescenta ainda que o planeamento das atividades deve ser uma tarefa flexível, detalhada e adaptada às necessidades da população alvo, permitindo a sua monitorização e adequações necessárias.

A preparação da execução foi orientada pelas diretivas da prática baseada na evidência, garantindo que as decisões se fundamentassem na melhor evidência científica disponível, articulada com a experiência profissional e com as estratégias definidas no capítulo anterior. Paralelamente, a operacionalização foi sustentada pelos referenciais teóricos de Dorothea Orem e Nola Pender. A articulação destes modelos assegurou coerência conceptual e favoreceu intervenções promotoras de mudanças sustentadas, que traduzissem ganhos em saúde para esta comunidade. Desta forma, no Quadro 15 encontram-se definidas as atividades de acordo com os objetivos específicos traçados:

Quadro 15 – Atividades definidas para a implementação do PIC Cuidar Sem Pressão

Objetivos Específicos	Meta	Indicador de Medida	Estratégia	Atividades
Conhecer o nível de conhecimento dos enfermeiros das ECCI's sobre UPP	≥ 70% dos enfermeiros das ECCI responderem ao questionário PUKAT	(Número de enfermeiros que responderam ao PUKAT) / (Número total de enfermeiros) x 100	Avaliação do conhecimento (TDAE)	- Aplicação do questionário PUKAT; - Análise de resultados; - Utilização dos resultados para planeamento das sessões de formação aos enfermeiros; - <i>Feedback</i> às equipas.
Conhecer as atitudes dos enfermeiros sobre as UPP	≥ 70% dos enfermeiros da ECCI responderem ao questionário APu-PT	(Número de enfermeiros que responderam ao APu-PT) / (Número total de enfermeiros) x 100	Avaliação das atitudes dos enfermeiros face à prevenção de UPP (MPSNP)	- Aplicação do questionário APu-PT; - Análise de resultados; - Adequação das sessões de formação ao interesse dos enfermeiros na área e às barreiras percebidas pelas respostas; - <i>Feedback</i> às equipas.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 15 – Atividades definidas para a implementação do PIC Cuidar Sem Pressão

(continua)

Objetivos Específicos	Meta	Indicador de Medida	Estratégia	Atividades
Atualizar conhecimentos dos enfermeiros sobre <i>guidelines</i> da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025, para a prevenção das UPP	≥ 70% dos enfermeiros participarem na formação ≥ 80% dos enfermeiros que participaram na formação considerarem a formação pertinente e bem estruturada	(Número de enfermeiros presentes na formação) / (Número total de enfermeiros) x 100 Média das percentagens dos enfermeiros que classificam a Sessão de formação como Satisfatória ou Muito Satisfatória	Atualização de conhecimentos técnicos, segundo a PBE Aumento da Literacia em Saúde	- Formação presencial em contexto de trabalho sobre <i>guidelines</i> internacionais dos cuidados preventivos; - Apresentação do protocolo elaborado de sistematização das intervenções para a prevenção de UPP em contexto domiciliário; - Entrega de um fluxograma a cada enfermeiro de atuação para a prevenção de UPP em contexto domiciliário. - Distribuição do questionário de avaliação da formação da ULS BI; - Análise de resultados.
Elaborar protocolo de cuidados preventivos das UPP	Realização de um protocolo	Protocolo implementado e disponível	Integração da prática baseada em evidência Aumento da Literacia em Saúde	- Revisão das <i>guidelines</i> internacionais; - Revisão integrativa da literatura referente aos cuidados preventivos em contexto domiciliário; - Formação atualizada na área, nomeadamente participação em congresso e formações; - Construção de um protocolo de prevenção de UPP em contexto domiciliário; - Construção de um fluxograma com base no protocolo criado para entrega a todos os enfermeiros; - Disseminação do protocolo e do fluxograma.
Capacitar utentes/cuidadores para a identificação de sinais iniciais de risco de UPP.	≥ 80% dos utentes/cuidadores identificam corretamente ≥ 3 sinais precoces	(Número de utentes/cuidadores que identificam corretamente ≥ 3 sinais) / (Número total de utentes/cuidadores) x 100	Promoção do autocuidado (Orem) Promoção da saúde (Pender) Aumento da Literacia em Saúde	- Aplicação de uma grelha de observação inicial para avaliação do conhecimento dos sinais de risco de UPP aos cuidadores e utentes; - Aplicação do programa estruturado de formação aos cuidadores com treino de competências para a prevenção de UPP aos utentes e cuidadores; - Capacitação individualizada promovendo o autocuidado e a motivação para aprendizagem nesta área, durante a realização das Visitas Domiciliárias da ECCI; - Aplicação de uma grelha de avaliação após a intervenção para conhecer quais os sinais de risco de UPP que os cuidadores e utentes reconheciam; - Realização de um folheto sobre prevenção de UPP para utentes e cuidadores. - Entrega do folheto aos utentes e cuidadores.

Fonte: Elaboração própria

Quadro 15 – Atividades definidas para a implementação do PIC Cuidar Sem Pressão

(continua)

Promover o conhecimento dos utentes/cuidadores informais sobre os cuidados de prevenção de UPP.	≥ 80% adotam medidas preventivas: reposicionamento cuidados à pele, adaptação de superfícies, nutrição	(Número de utentes/cuidadores que aplicam medidas preventivas) / (Número total de utentes/cuidadores) x 100	Promoção do autocuidado (Orem) Promoção da saúde (Pender) Aumento da Literacia em Saúde	- Aplicação de uma grelha de observação inicial para avaliação do conhecimento sobre os cuidados preventivos de UPP dos cuidadores e utentes; - Aplicação do programa estruturado de formação aos cuidadores com treino de competências para a prevenção de UPP aos utentes e cuidadores; - Capacitação individualizada promovendo o autocuidado e a motivação para aprendizagem nesta área, durante a realização das Visitas Domiciliárias da ECCL; - Aplicação de uma grelha de avaliação após a intervenção para conhecer quais os cuidados de prevenção para as UPP que os cuidadores/ utente aplicaram; - Realização de um folheto sobre prevenção de UPP para utentes e cuidadores; - Entrega do folheto aos utentes e cuidadores.
---	--	---	---	---

Fonte: Elaboração própria

Ainda foram definidas numa fase pré projeto as seguintes atividades: preparação e submissão do pedido à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração, incluindo a formalização do pedido de autorização e a apresentação institucional do projeto, garantindo o cumprimento das normas éticas e administrativas necessárias para a execução do estudo. Já a fase de avaliação final contemplou-se como atividades: a análise global dos dados recolhidos, a elaboração do relatório final e a apresentação institucional dos resultados, permitindo consolidar as evidências obtidas e comunicar os achados de forma estruturada às partes interessadas.

4.3.8 Execução

Na fase de execução, colocam-se em prática as atividades previamente delineadas, procurando dar resposta aos objetivos estabelecidos, tal como referem Imperatori & Giraldes (1993). Estes autores salientam ainda que a operacionalização das ações deve assentar na flexibilidade e na capacidade de adaptação ao longo de todo o processo. Durante a implementação, podem surgir imprevistos ou alterações no contexto que obriguem a reajustar estratégias. Assim, torna-se fundamental que o plano operacional integre mecanismos de feedback contínuo e momentos de avaliação periódica, possibilitando a introdução de ajustes em tempo oportuno (Imperatori & Giraldes, 1993).

Este projeto teve início com a fase de submissão e autorização, que incluiu a preparação criteriosa do pedido à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração, bem como a formalização de todos os documentos necessários para obtenção de parecer favorável. Paralelamente, foi realizada a apresentação institucional do projeto aos coordenadores da ECCL, assegurando o alinhamento estratégico e a integração do projeto no contexto organizacional. Esta etapa inicial foi fundamental para garantir a viabilidade ética, institucional e

operacional de toda a intervenção subsequente, estabelecendo as bases formais e colaborativas do trabalho desenvolvido. Seguiu-se a fase de diagnóstico da situação dos enfermeiros, através da aplicação dos questionários PUKAT e APu-PT, permitindo identificar conhecimentos, práticas e necessidades formativas na área da prevenção de úlceras por pressão. Os dados recolhidos foram analisados de forma sistemática e devolvidos às equipas sob a forma de feedback estruturado, promovendo reflexão crítica e consciencialização.

Em simultâneo, desenvolveu-se a preparação técnico-científica do projeto, com revisão aprofundada das *guidelines* internacionais EPUAP/NPUAP/PPPIA (2025) e da literatura científica relevante, complementada pela participação em formação e congressos. Nesta fase foram ainda elaborados o protocolo sistemático da prevenção de UPP em contexto domiciliário, o fluxograma de intervenção e realizada a sua apresentação a todos os enfermeiros, reforçando a coerência metodológica e a uniformização da intervenção.

A etapa de implementação contemplou intervenções dirigidas tanto aos enfermeiros como aos utentes e cuidadores. No âmbito dos profissionais, foram preparados conteúdos formativos específicos, realizadas sessões de formação presencial e aplicado um questionário de avaliação da satisfação, cujos resultados foram posteriormente analisados para melhoria contínua.

No que respeita aos utentes e cuidadores, procedeu-se à aplicação de grelhas de avaliação inicial, seguida de um programa estruturado de formação e treino de competências durante visitas domiciliárias da ECCI, sendo necessárias no mínimo três visitas para a concretização do PIC, além das visitas de avaliação inicial e final. Foi ainda disponibilizado um folheto informativo sobre prevenção de úlceras por pressão, reforçando a literacia em saúde.

Por fim, realizou-se a avaliação global do projeto, com análise integrada dos dados recolhidos, elaboração do relatório final e apresentação institucional dos resultados, tendo sido também definido o cronograma de execução das atividades, detalhado no Quadro 16, onde estas foram enquadradas temporalmente.

Quadro 16 – Cronograma de atividades

Fases do projeto	Atividades Planeadas	Jun 2025	Jul 2025	Ago 2025	Set 2025	Out 2025	Nov 2025	Dez 2025	Jan 2026	Fev 2026	Mar 2026
1. Submissão e Autorização	Preparação do pedido à Comissão de Ética e Conselho de Administração										
	Pedido de autorização à Comissão de Ética										
	Apresentação institucional do projeto e pedido de aplicação do projeto aos coordenadores da ECCI										
2. Diagnóstico da Situação (Enfermeiros)	Aplicação do questionário PUKAT										
	Aplicação do questionário APu-PT										
	Análise dos resultados (PUKAT e APu-PT)										
	Feedback às equipas										

Fonte: Elaboração própria

Quadro 16 – Cronograma de atividades

(continua)

3. Preparação Técnica e Científica	Revisão das <i>guidelines</i> internacionais EPUAP/NPUAP/PPPIA 2025										
	Revisão da literatura										
	Participação em formação/congresso										
	Redação do protocolo										
	Criação do fluxograma										
	Apresentação do protocolo e entrega do fluxograma a todos os enfermeiros										
4. Intervenção nos Enfermeiros	Preparação dos conteúdos da formação										
	Sessões de Formação presencial aos enfermeiros										
	Questionário de avaliação da satisfação da formação (ULS BI)										
	Análise dos questionários de avaliação										
5. Intervenção nos Utentes/Cuidadores	Aplicação da grelha de avaliação inicial (sinais e cuidados preventivos)										
	Implementação do programa de formação e treino de competência para a capacitação dos utentes/cuidadores nas visitas domiciliárias										
	Entrega do folheto sobre prevenção de UPP										
	Aplicação da grelha de avaliação final										
6. Avaliação Final e Encerramento	Avaliação e análise global dos dados										
	Elaboração do relatório final										
	Apresentação institucional dos resultados										

Fonte: Elaboração própria

O desenvolvimento e implementação do projeto *PIC Cuidar sem Pressão* dependeram de forma decisiva do envolvimento coordenado de diversos *stakeholders* e parceiros comunitários, assegurando que as intervenções fossem não apenas contextualizadas, mas também eficazes e sustentáveis a longo prazo. Desde a fase inicial de submissão e autorização, a colaboração estreita com o departamento de formação da ULS BI revelou-se fundamental. Este apoio permitiu garantir a aprovação pela Comissão de Ética, assegurando o cumprimento rigoroso das normas éticas e administrativas, e proporcionou respaldo logístico e institucional essencial para a execução do projeto, evidenciando a importância de alinhar objetivos científicos com a estrutura organizacional da instituição.

Durante o diagnóstico da situação dos enfermeiros, a participação ativa dos profissionais das ECCI e dos coordenadores de enfermagem foi determinante. Estes facilitaram a aplicação dos questionários de avaliação de conhecimento e atitudes (PUKAT e APu-PT) e permitiram a realização de feedbacks construtivos às equipas, promovendo a adesão dos enfermeiros às futuras intervenções. A sua contribuição foi crucial para assegurar que o levantamento das necessidades formativas fosse fiável, representativo e direcionado às lacunas identificadas, fortalecendo a base para a implementação de ações educativas baseadas em evidência.

Na fase de preparação técnica e científica, a articulação com especialistas em feridas e com o grupo de feridas do Centro de Saúde permitiu uma revisão crítica das *guidelines* internacionais (EPUAP/NPUAP/PPPIA 2025), assegurando que o protocolo e o fluxograma do projeto refletissem as melhores práticas. Este trabalho colaborativo garantiu que o conhecimento técnico fosse traduzido em recomendações aplicáveis e adaptadas à realidade das equipas de enfermagem, promovendo a disseminação de práticas seguras e eficazes em prevenção de úlceras por pressão.

A intervenção junto dos utentes e cuidadores informais evidenciou a importância do trabalho interdisciplinar e da integração comunitária. A colaboração com a assistente social permitiu que as famílias compreendessem os seus direitos e deveres, sendo apoiadas face a condicionantes económicos e sociais que poderiam comprometer a prevenção de úlceras por pressão. Paralelamente, a nutricionista realizou avaliações nutricionais individualizadas e implementou ajustes dietéticos específicos, garantindo que os cuidados fossem personalizados e adequados às necessidades de cada utente.

A articulação com outras respostas comunitárias, como os Centros de Dia, permitiu não apenas a integração das estratégias preventivas na rotina domiciliária, mas também o acompanhamento contínuo das práticas de cuidado, assegurando que os utentes aplicassem corretamente as recomendações recebidas. A cooperação com o hospital foi fundamental para garantir a disponibilização, adequação e correta mobilização das superfícies de apoio, permitindo intervenções mais seguras e confortáveis durante os cuidados domiciliários. Em situações específicas, a interação com serviços sociais municipais, juntas de freguesia e instituições de solidariedade social reforçou as condições do domicílio, contribuindo para a segurança e autonomia dos utentes.

Esta abordagem holística e integrada, assente na participação ativa e coordenada de todos os *stakeholders*, possibilitou que as famílias adotassem eficazmente as estratégias preventivas, promovendo qualidade e segurança nos cuidados prestados. No Quadro 17, apresenta-se de forma sintética os recursos e parcerias mobilizados ao longo do projeto.

Quadro 17 – Parceiros comunitários envolvidos no PIC *Cuidar sem Pressão*

Fase do Projeto	Recursos Utilizados	Stakeholders / Parceiros Comunitários
Submissão e Autorização	Documentação para submissão; Apoio logístico e institucional.	Departamento de Formação da ULS; Comissão de Ética; Conselho de Administração; Coordenadores das ECCL.
Diagnóstico da Situação dos Enfermeiros	Questionários PUKAT e APu-PT; formulários de recolha de dados	Profissionais das ECCL; Coordenadores de enfermagem.
Preparação Técnica e Científica da formação aos profissionais	Guidelines internacionais EPUAP/NPUAP/PPPIA 2025; Revisão integrativa da literatura; Construção do protocolo e fluxograma; Formações da ULS BI e em congressos.	Especialistas em feridas; Grupo de feridas do CSP.
Intervenção na Utentes e Cuidadores Informais	Grelhas de avaliação inicial e final; Folhetos educativos; Capacitação individualizada.	Assistente social; Nutricionista, Enfermeiros da ECCL, Prestador de cuidados dos Centros de Dia; Cuidadores informais e utentes.
Articulação Comunitária e Recursos Adicionais	Disponibilização de superfícies de apoio; Visitas domiciliárias	ULS BI; Serviços sociais municipais; Juntas de freguesia; Instituições de solidariedade social.

Fonte: Elaboração própria

Por fim, destaca-se uma contribuição particularmente relevante para o projeto, emergente da iniciativa dos enfermeiros coordenadores do Centro de Saúde F., que propuseram, de forma proativa, a realização de uma sessão de formação adicional dirigida aos enfermeiros da UCSP e da USF. Esta atividade, não inicialmente prevista, traduziu-se num claro reforço da intervenção, evidenciando o elevado nível de compromisso e envolvimento dos profissionais de saúde com os objetivos do projeto.

A implementação desta sessão adicional permitiu alargar o alcance da formação, promovendo uma maior adesão dos profissionais, bem como a uniformização de conhecimentos e práticas no âmbito da prevenção de úlceras por pressão. Para além disso, contribuiu para a disseminação de boas práticas baseadas na evidência, potenciando o efeito multiplicador da intervenção junto de diferentes equipas dos cuidados de saúde primários. A participação voluntária dos enfermeiros coordenadores revela, assim, um forte alinhamento com os princípios da prática baseada na evidência e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Este envolvimento ativo constitui um fator determinante para a sustentabilidade do projeto, favorecendo a integração consistente das estratégias preventivas na prática clínica e consolidando uma cultura de cuidados seguros e de excelência em toda a rede de cuidados de saúde primários.

4.4 Apresentação e Discussão dos Resultados do Projeto de Intervenção Comunitária

O PIC *Cuidar sem Pressão* envolveu a implementação de intervenções dirigidas a dois grupos comunitários distintos: o grupo de enfermeiros e o grupo de utentes/cuidadores, que serão analisados separadamente nos subcapítulos 4.4.1 e 4.4.2. Relativamente ao primeiro grupo, constituído por enfermeiros das ECCI da UCC CJ e da UCC F, foram aplicados os instrumentos *Pressure Ulcer Knowledge Test* (PUKAT) e *Attitude towards Pressure Ulcer Prevention Tool – versão portuguesa* (APu-PT), ambos validados e adaptados transculturalmente para a população portuguesa por Batista (2012), nos Anexos 16 e 17, com o objetivo de avaliar, respetivamente, o nível de conhecimentos e as atitudes face à prevenção das úlceras por pressão por parte destes profissionais. Foi assegurado o pedido de autorização à autora da validação destes instrumentos para a sua aplicação neste trabalho (Anexo 23).

A aplicação dos instrumentos decorreu durante os meses de outubro e novembro 2025, abrangendo um total de 16 enfermeiros das equipas da ECCI da UCC CJ e da UCC F. Com base nos resultados obtidos, foram posteriormente planeadas e implementadas sessões formativas direcionadas para as áreas em que se identificaram maiores lacunas, bem como para a atualização de conhecimentos nesta área. Como forma de avaliação das sessões, foram ainda aplicados questionários de satisfação da formação da ULS da Beira Interior (Anexo 18).

No que respeita ao segundo grupo, constituído por utentes e cuidadores, foi implementado um programa estruturado de reforço de informação e treino de competências na área da prevenção das úlceras por pressão, com o objetivo de promover o aumento da literacia em saúde e, consequentemente, a melhoria dos cuidados prestados a utentes com UPP. Este programa foi estruturado pelo para ser aplicado em 5 momentos de contacto, ou visitas domiciliárias, tendo cada uma objetivos e atividades específicas, conforme documentado no Apêndice 15. Como método de avaliação da intervenção, recorreu-se a uma grelha estruturada de avaliação, aplicada em dois momentos — antes e após a implementação do programa — permitindo analisar as alterações ao nível dos conhecimentos e das competências dos cuidadores (Apêndice 10).

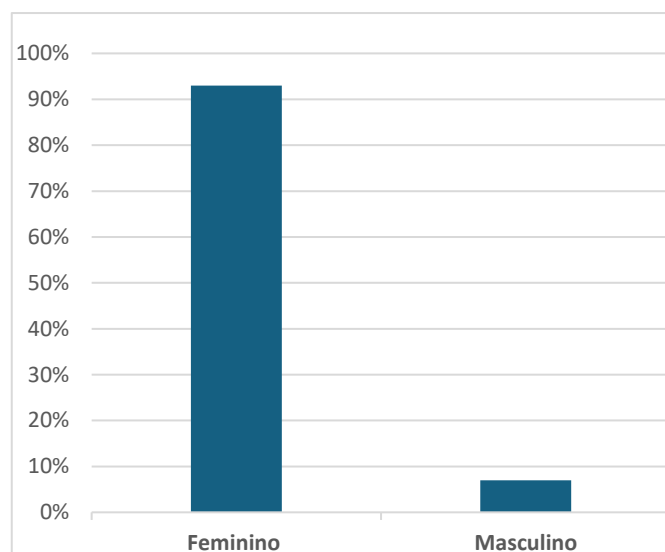
4.4.1 Apresentação e discussão dos resultados do grupo comunitário: Enfermeiros ECCI

Os instrumentos utilizados: PUKAT e APu-PT foram disponibilizados por email, em formato de questões no *google forms* aos 16 enfermeiros integrados nas ECCI F e ECCI CJ, sendo que 15 procederam ao preenchimento dos dois instrumentos, correspondendo a uma taxa de participação de 93,8%. Nos Anexos 19 e 20 encontram-se os resultados extraídos do *google forms* da distribuição em percentagem de todas as respostas.

Relativamente à caracterização da amostra, verificou-se que a maioria dos enfermeiros participantes era do sexo feminino (93%) como pode ser observado no Gráfico 1. Em relação à idade, verifica-se uma forte concentração no grupo dos 40–49 anos, que representa 67% dos enfermeiros, seguido pelos grupos 30–39 anos e 50–59 anos, ambos com 13%. Apenas 7% têm mais de 60 anos, não se registando qualquer elemento com menos de 30 anos (Gráfico 2).

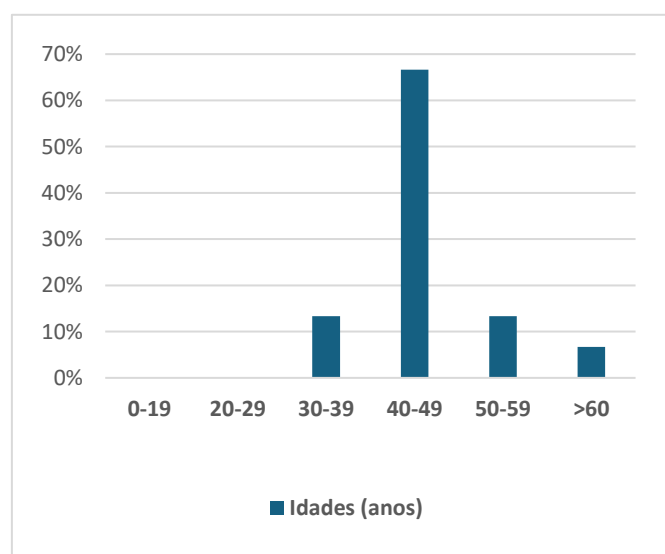
No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, os dados reforçam esta tendência: a grande maioria dos enfermeiros, 80%, possui entre 20 e 29 anos de experiência profissional, enquanto 13% têm entre 10 e 19 anos e apenas 7% apresentam mais de 30 anos de exercício. Não há enfermeiros com menos de 10 anos de experiência (Gráfico 3). Por fim, cerca de 73% da amostra detinha o título de enfermeiro especialista, sendo os restantes 27% enfermeiros generalistas (Gráfico 4). Globalmente, estes resultados sugerem uma amostra composta maioritariamente por profissionais altamente experientes e numa fase avançada da carreira.

Gráfico 1- Caracterização da amostra relativamente à variável sexo



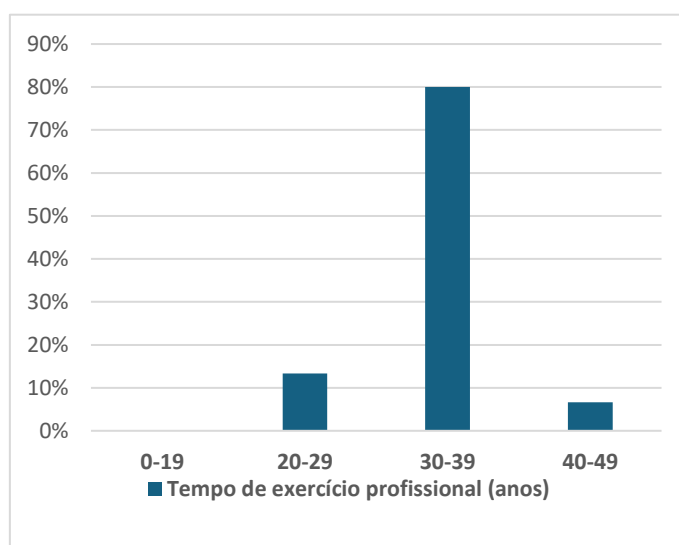
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2- Caracterização da amostra relativamente à idade



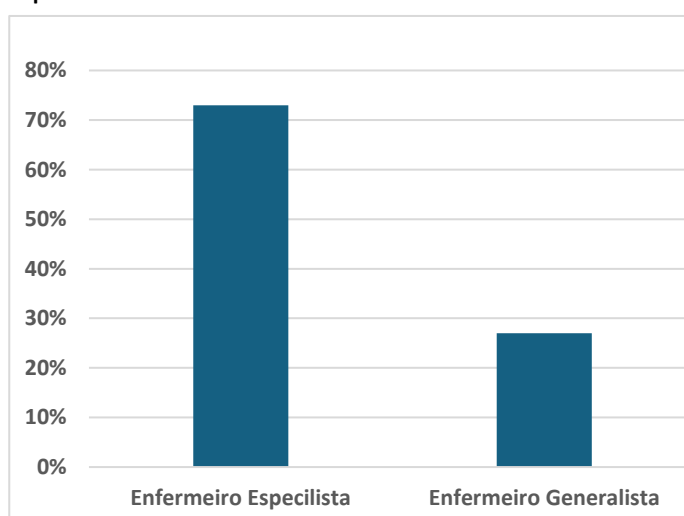
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 3- Caracterização da amostra relativamente ao tempo de exercício profissional



Fonte Elaboração própria

Gráfico 4- Caracterização da amostra relativamente ao nível de formação especializada



Fonte Elaboração própria

No âmbito da aplicação da escala APu-PT, destinada a avaliar as atitudes dos enfermeiros relativamente à prevenção e ao impacto das UPP, importa salientar que a amostra deste projeto é reduzida (n=15). Assim, o objetivo da sua utilização centrou-se na análise específica das atitudes deste grupo de profissionais, procurando compreender a sua perceção face à problemática das UPP, não se pretendendo a generalização dos resultados obtidos.

O instrumento APu-PT, com 32 questões, recorre a uma escala de resposta composta por quatro categorias, variando entre “Discordo bastante” e “Concordo bastante”, codificadas de 1 a 4, respetivamente. Segundo a

autora da validação portuguesa da escala, Batista (2012), 22 dessas questões podem ser agrupadas em 5 fatores principais: o fator 1, avalia a importância atribuída à intervenção dos enfermeiros na prevenção das úlceras por pressão, com base na evidência científica; o fator 2, refere-se às atitudes relacionadas com a responsabilidade pela prevenção; o fator 3, diz respeito aos obstáculos ou barreiras que podem comprometer uma prevenção eficaz; o fator 4, avalia a confiança na eficácia das intervenções preventivas; e o fator 5, incide sobre as competências pessoais dos profissionais na prevenção destas lesões. A nível de análise interpretativa dos dados recolhidos, estes foram agrupados e tratados, com base nestes fatores descritos pelos autores.

Para garantir a coerência interpretativa dos resultados, os itens formulados de forma negativa foram invertidos ($1 \leftrightarrow 4$; $2 \leftrightarrow 3$), assegurando que valores mais elevados correspondem, de forma consistente, a atitudes mais favoráveis face à prevenção das UPP.

Assim, a média (μ) global dos 32 itens da escala APu-PT é 3,18 ou de 79,5% (expresso em percentagem), com desvio padrão (σ) 0,58. Esse resultado indica que, de forma geral, os profissionais de saúde apresentam uma atitude positiva em relação à prevenção de UPP. A média global reflete uma tendência consistente de reconhecimento da importância das medidas preventivas, da confiança na eficácia dessas intervenções e das competências pessoais para aplicá-las corretamente na prática clínica. O desvio padrão relativamente baixo (0,58) sugere que as respostas dos enfermeiros estão concentradas em torno da média, indicando homogeneidade geral nas atitudes sobre a prevenção de UP.

Estes resultados estão em consonância com a evidência internacional, nomeadamente com a revisão sistemática de Avsar, Renjith, Chima, Patton, O'Connor, & Moore (2023), que identificou atitudes moderadamente positivas entre enfermeiros, com uma média de aproximadamente 69%. Apesar de o valor obtido no presente estudo ser superior, ambos os resultados convergem na ideia de que os profissionais reconhecem a relevância da prevenção das UPP.

O fator 1, que segundo os autores, engloba os itens 3,4,15,19,23 e 32 (Tabela 1) apresenta uma média global de 2,68, indicando uma tendência positiva, nas atitudes em relação à importância da intervenção do enfermeiro na prevenção. Os itens invertidos 3, 4, 15 e 23 apresentam médias relativamente altas (μ entre 3,00 e 3,53), mostrando que os profissionais discordam das afirmações que minimizam a relevância da prevenção ou sugerem exagero na atenção às UPP, reforçando a perceção de que o enfermeiro desempenha um papel importante nesse contexto.

Por outro lado, o item 19, que afirma que “O principal responsável pela prevenção de úlceras por pressão é o médico assistente”, apresenta média baixa (1,40) e desvio padrão reduzido (0,49), indicando concordância consistente de que a responsabilidade principal não recai apenas sobre o médico. O item 32 “As úlceras por pressão quase nunca são evitáveis” também apresenta média baixa ($\mu = 1,60$), reforçando que os profissionais percebem que a prevenção é possível e relevante.

Estes resultados são consistentes com a evidência na literatura que demonstra que os enfermeiros tendem a reconhecer o impacto significativo das UPP na qualidade de vida dos utentes e a importância da sua prevenção como componente central dos cuidados (Beeckman, Defloor, Schoonhoven & Vanderwee, 2011; Halász, Bérešová, Tkáčová, Magurová, & Lizáková, 2021). A baixa concordância com a atribuição exclusiva de responsabilidade ao médico reforça uma perspetiva atual de prática interdisciplinar, na qual a enfermagem assume um papel determinante na prevenção. Esta visão está alinhada com Clarkson, Worsley, Schoonhoven, & Bader (2019), que defendem que a abordagem isolada à prevenção de UPP, de um único grupo profissional, é insuficiente para a prevenção de úlceras por pressão, sendo necessário um esforço colaborativo

interprofissional e uma cultura organizacional que sustente a implementação consistente das medidas preventivas.

Tabela 1 – Apresentação dos resultados do fator 1: Importância atribuída à intervenção dos enfermeiros na prevenção das UPP

Item	Média (μ)	Desvio padrão (σ)
3- As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes (*)	3,13	1,30
4- O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado (*)	3,00	1,18
15- É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão (*)	3,53	0,52
19 - O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente	1,40	0,49
23 - A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão (*)	3,40	0,83
32 - As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis (*)	1,60	0,58
Média global do fator:	2,68	-
Desvio padrão global:	-	0,81

(*) Itens invertidos

Fonte: Elaboração própria

O fator 2, que segundo Batista, Dixe & Alves (2013) engloba os itens 9, 10, 14, 17 e 18 (Tabela 2), evidencia que os profissionais de saúde atribuem grande importância à responsabilidade e prioridade na prevenção de úlceras por pressão. Os itens relacionados à prioridade da prevenção (9, 10 e 14) e à relevância da contribuição individual (18) apresentaram médias elevadas, acima de 3,6, refletindo uma atitude positiva e consistente sobre a necessidade de protocolos claros, atuação proativa dos enfermeiros e reconhecimento do papel individual na prevenção.

O item 17, relativo ao sentimento de responsabilidade, apresentou a média mais baixa (2,07), sugerindo que alguns profissionais podem-se sentir menos responsabilizados por casos inevitáveis, apesar do comprometimento geral. A média global de 3,38 e o desvio padrão de 0,52 indicam uma tendência geral positiva e relativamente homogênea nas respostas.

Estes resultados são coerentes com estudos recentes que evidenciam que os enfermeiros reconhecem amplamente a prevenção de UPP como prioritária (Halász et al., 2021). No entanto, a menor média no item relativo à responsabilidade individual, também patente no estudo de Avsar et al. (2023), sugere que a prevenção nem sempre é vista como responsabilidade exclusivamente individual, podendo ser influenciada por fatores externos como tempo, carga de trabalho e contexto organizacional.

Tabela 2 – Apresentação dos resultados do fator 2: responsabilidade pela prevenção

Item	Média (μ)	Desvio padrão (σ)
9- A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão	3,73	0,59
10- A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros	3,67	0,49

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 – Apresentação dos resultados do fator 2: responsabilidade pela prevenção
(continua)

Item	Média (μ)	Desvio padrão (σ)
14- A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade	3,73	0,46
17 - Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto	2,07	0,59
18 - A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão	3,71	0,47
Média global do fator:	3,38	-
Desvio padrão global:	-	0,52

Fonte: Elaboração própria

O fator 3 que engloba os itens 11, 12, 16 e 31 (Tabela 3), revela que os profissionais percebem os obstáculos à prevenção de UPP de forma moderada. A média global do fator de 2,68 sugere que, de modo geral, os enfermeiros não concordam totalmente com as afirmações sobre as barreiras, mas também não as rejeitam por completo. O item 11, relacionado à falta de tempo disponível para prevenção ($\mu = 2,00$), é o menos concordado, indicando que a maioria destes profissionais não vê a limitação de tempo como um obstáculo significativo para a prevenção de UPP.

Por outro lado, itens como 12 “A política da administração não tem impacto na prevenção” e 16 “A prevenção das UP é alvo de demasiada atenção” apresentam médias próximas de 2,9, sugerindo que os profissionais percebem algum efeito dessas questões institucionais, embora ainda de forma moderada. O item 31, que afirma que utentes com alto risco de UPP, inevitavelmente desenvolvem essas lesões, apresentou média de 2,87 com menor desvio padrão ($\sigma = 0,52$), refletindo concordância consistente. Isso indica que, mesmo com medidas preventivas, há reconhecimento de limitações em situações de maior risco.

Estes resultados indicam uma percepção moderada dos obstáculos à prevenção, com destaque para a baixa concordância com a falta de tempo como barreira. Este dado contrasta parcialmente com a literatura, nomeadamente no estudo de Etafa, Argaw, Gemechu, Zeleke, & Ayele (2018), onde fatores organizacionais, como carga de trabalho elevada, escassez de recursos e apoio institucional insuficiente, são frequentemente identificados como barreiras significativas à implementação eficaz de medidas de prevenção de UPP.

Tabela 3 – Apresentação dos resultados do fator 3: obstáculos ou barreiras que podem comprometer uma prevenção eficaz de UPP

Item	Média (μ)	Desvio padrão (σ)
11- Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão (*)	2,00	0,93
12- A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão (*)	2,93	1,10
16- A prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção (*)	2,92	0,83
31 - No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de úlcera de pressão é geralmente inevitável (*)	2,87	0,52
Média global do fator:	2,68	-
Desvio padrão factor:	-	0,85

(*) Itens invertidos

Fonte: Elaboração própria

A análise do Fator 4, que engloba os itens 22, 29 e 30 (Tabela 4), mostra que os profissionais têm uma perceção positiva em relação à eficácia da prevenção das UPP. A média global do fator de 3,64 e o desvio padrão de 0,48 indicam que as respostas estão concentradas em valores elevados da escala, refletindo concordância consistente entre os enfermeiros.

O item 22 “É importante aprender novas perspetivas sobre prevenção de úlceras por pressão” apresentou a média mais alta ($\mu = 3,80$) com desvio padrão mais baixo ($\sigma = 0,41$), mostrando que os profissionais reconhecem fortemente a importância da aprendizagem contínua para a prevenção eficaz. Este resultado está em consonância com Gaspar, Peralta, Marques, Budri, & Gaspar de Matos (2019), que destacam que a eficácia na prevenção de UPP depende de intervenções estruturadas, formação contínua e aplicação consistente de práticas baseadas na evidência, sublinhando que o conhecimento atualizado e a capacitação permanente são fundamentais para resultados clínicos positivos.

Os itens 29 e 30, relacionados à capacidade de evitar UPP com boas práticas preventivas, apresentaram médias de 3,53 e 3,60, respetivamente, com desvios padrão entre 0,51 e 0,52, indicando concordância consistente sobre a eficácia de protocolos de prevenção.

Tabela 4 – Apresentação dos resultados do fator 4: confiança na eficácia das intervenções preventivas

Item	Média (μ)	Desvio padrão (σ)
22- É importante aprender novas perspetivas sobre prevenção de úlceras de pressão	3,80	0,41
29- Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas	3,53	0,52
30- Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção	3,60	0,51
Média global do fator:	3,64	-
Desvio padrão fator:	-	0,48

Fonte: Elaboração própria

O Fator 5, que avalia as competências pessoais na prevenção de úlceras por pressão, e inclui os itens 25, 26, 27 e 28 (Tabela 5), indica que os profissionais apresentam uma perceção moderadamente positiva sobre suas competências individuais na prevenção de UPP. A média global do fator de 3,25 e o desvio padrão de 0,79 mostram que, em geral, os enfermeiros consideram-se capazes de realizar cuidados preventivos, embora haja alguma variabilidade nas respostas. Os itens 25 e 26, que se referem à capacidade de prestar cuidados preventivos adequados e de implementar medidas de prevenção, apresentam médias de 3,27 e 3,40, com desvios padrão de 0,59 e 0,53, refletindo um nível relativamente consistente de confiança nas próprias competências.

Os itens invertidos, 27 e 28, mostram médias de 3,0 e 3,33, com desvios padrão mais elevados (1,0 e 1,05), indicando maior variação nas perceções individuais sobre dificuldade ou incapacidade em relação à prevenção de UPP. Esse padrão sugere que, embora a maioria dos profissionais se considere competente, há reconhecimento de desafios pessoais ou de limitações em comparação com colegas. A análise do fator 5 revela uma perceção globalmente positiva, mas com maior variabilidade nas respostas. Este padrão é consistente com estudos que demonstram que, apesar de atitudes favoráveis, os níveis de conhecimento dos enfermeiros na prevenção de UPP são frequentemente heterogêneos (Beeckman et al., 2011; Wu, Wang, Zhu & Jia, 2022).

A dispersão observada nos itens invertidos sugere que alguns profissionais ainda apresentam insegurança na implementação de medidas preventivas, o que pode estar associado a diferenças na formação, experiência clínica ou acesso a oportunidades de educação contínua. A literatura reforça que a auto-perceção de competência está diretamente relacionada com o nível de conhecimento e com a exposição a formação específica na área (Halász et al., 2021).

Tabela 5 – Apresentação dos resultados do fator 5: competências pessoais na prevenção de UPP

Item	Média (μ)	Desvio padrão (σ)
25- Sou capaz de prestar cuidados preventivos de úlceras de pressão adequados	3,27	0,59
26- Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão	3,40	0,53
27- A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu (*)	3,0	1,0
28 - Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão (*)	3,33	1,05
Média global do fator:	3,25	-
Desvio padrão fator:	-	0.79

(*) Itens invertidos

Fonte: Elaboração própria

De forma global, os resultados evidenciam que os profissionais apresentam atitudes positivas e consistentes face à prevenção de UPP, reconhecendo a sua importância, a eficácia das intervenções e o papel determinante da enfermagem neste processo, o que está alinhado com a literatura que demonstra atitudes globalmente favoráveis dos enfermeiros (Avsar et al., 2023; Halász et al., 2021). Observa-se igualmente concordância quanto à relevância da prevenção, à possibilidade de evitar UPP através de boas práticas e à necessidade de aprendizagem contínua, em linha com a evidência que reforça a importância de intervenções estruturadas e formação contínua para resultados eficazes (Gaspar et al., 2019).

Paralelamente, a perceção de barreiras para a implementação dos cuidados preventivos surge como moderada, o que é parcialmente consistente com a literatura que identifica constrangimentos organizacionais na prática clínica (Etafa et al., 2018), com exceção da falta de tempo, que neste estudo não é percecionada como um obstáculo significativo, ao contrário do reportado nesses autores. Adicionalmente, os profissionais demonstram uma perceção globalmente positiva das suas competências, ainda que com alguma variabilidade, sugerindo que, apesar da confiança generalizada, persistem diferenças individuais na segurança e capacidade de implementação das medidas preventivas.

No que se refere à relação entre atitudes e conhecimento dos enfermeiros na área da prevenção de UPP, os resultados da evidência nestes estudos revelam que atitudes positivas nem sempre são acompanhadas por níveis de conhecimento equivalentes ou por prática consistente. O estudo de Beeckman et al. (2011) demonstra que as atitudes apresentam uma associação mais forte com a prática do que o conhecimento, embora não garantam, por si só, a implementação eficaz das medidas preventivas. De forma semelhante, Halász et al. (2021) evidenciam que os enfermeiros tendem a apresentar atitudes mais positivas do que níveis de conhecimento. Esta tendência é reforçada pela revisão de Avsar et al. (2023), que identifica atitudes

globalmente favoráveis, mas com variações entre dimensões e sem correspondência direta com a prática clínica, havendo um desfasamento entre atitudes positivas e implementação efetiva das medidas preventivas.

Neste sentido, após a identificação de que o grupo comunitário apresentava atitudes globalmente favoráveis nesta área, nomeadamente sobre a importância da formação e atualização de conhecimentos nesta área, procedeu-se à aplicação da PUKAT, que tem como objetivo avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde relativamente à prevenção das UPP. Este instrumento é constituído por 29 itens, e abrange seis áreas fundamentais da prevenção das UPP: etiologia e desenvolvimento, observação e classificação, nutrição, avaliação do risco, e prevenção e duração da pressão e das forças de torção. Estas dimensões serviram de base para a organização, apresentação e análise dos dados obtidos.

A análise das respostas obtidas nas 29 questões sobre úlceras por pressão revelou uma média de respostas corretas de 58,7%, sendo o desvio padrão das respostas corretas foi de 23,2%, valor que revela uma variabilidade significativa entre as questões. Esta dispersão da *performance* dos enfermeiros não foi homogênea, evidenciando áreas de maior e menor conhecimento sobre a temática das UPP. Deste modo, os resultados do presente estudo, revelam um conhecimento moderado sobre prevenção UPP entre os profissionais avaliados, situando-se ligeiramente acima da média global reportada em estudos internacionais. Meta-análises baseadas na aplicação do PUKAT indicam que o score médio de enfermeiros ronda os 51,5% e o de estudantes de enfermagem 48,9% (Wu et al, 2022), e de 55, 4% para enfermeiros no estudo de Dalvand, Ebadi & Ghanei Gheshlagh (2018), valores que os autores consideram insuficientes para garantir práticas clínicas seguras e eficazes.

Sobre a primeira área: questões relacionadas com a etiologia e desenvolvimento de úlceras por pressão (Tabela 6), a percentagem média de respostas corretas foi de 55,8%. Este valor sugere que os enfermeiros têm um conhecimento moderado sobre fatores que contribuem para o desenvolvimento de úlceras por pressão. O desvio padrão de 20% nesta área indica que houve variabilidade considerável nas respostas corretas entre as diferentes questões.

A análise dos resultados desta área revela lacunas importantes no conhecimento dos enfermeiros sobre UPP, apesar de alguns pontos fortes. Embora a maioria tenha compreendido corretamente o risco aumentado em utentes emagrecidos e o impacto da perda de peso recente, observou-se confusão significativa sobre a etiologia das UPP, especialmente a distinção entre causas diretas, como humidade e fricção, e fatores de risco, como má nutrição ou idade. Também se evidenciou dificuldade em interpretar a mecânica das lesões, incluindo forças de fricção, cisalhamento e torção, bem como a relação entre fatores extrínsecos e intrínsecos. Esses resultados sugerem a necessidade de reforço educativo focado em conceitos biomecânicos, fatores de risco e prevenção.

Tabela 6 – Resultados das questões da área: etiologia e desenvolvimento de UPP

Questão	Opção	%
1. Qual das afirmações está correta?	A má nutrição provoca úlceras de pressão	33,3%
	Uma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão (*)	20%
	A humidade provoca úlceras de pressão	46,7%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Tabela 6 – Resultados das questões da área: etiologia e desenvolvimento de UPP
 (continua)

2. Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.	Correto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior (*)	71,4%
	Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos	0%
	Incorreto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão	28,6%
3. O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60º), escorrega?	A pressão aumenta quando a pele adere à superfície	20%
	A fricção aumenta quando a pele adere à superfície	53,3%
	A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície (*)	28,6%
4. Qual das afirmações está correta?	O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão	0%
	A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão	46,7%
	A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície (*)	53,3%
5. Qual das afirmações está correta?	A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão (*)	88,7%
	Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão	5,65%
	A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal	5,65%
12. NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:	A idade	26,7%
	A desidratação	0%
	A hipertensão (*)	73,3%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Sobre a segunda área: questões relacionadas com a classificação e observação de UPP (Tabela 7), a média global foi de 57,5% de resposta certas. Este resultado indica que, nesta temática, os enfermeiros demonstraram um nível de conhecimento moderado. O desvio padrão de 17,2% mostra que a variabilidade entre as questões deste tema foi moderada, ou seja, embora algumas questões tenham sido facilmente reconhecidas pelos enfermeiros, outras demonstraram maior dificuldade.

Os resultados indicam algum conhecimento sobre a gravidade das lesões e fatores de risco mecânicos. Por exemplo, 71,4% assinalaram corretamente que uma UPP que se estende até à fáscia é de categoria 3, e 80% reconheceram que fricção ou torção podem ocorrer ao mover um utente. Também 86,7% identificaram corretamente que as UPP se desenvolvem com maior frequência na área pélvica, cotovelo e calcanhar em posição sentada. Por outro lado, surgem lacunas na diferenciação de categorias e na interpretação de lesões por fricção, sugerindo confusão sobre a definição de UPP. Além disso, a aplicação prática de protocolos de vigilância cutânea apresenta fragilidades, evidenciada pelos apenas 40% que indicaram corretamente a inspeção diária da pele.

Tabela 7 – Resultados das questões da área: classificação e observação de úlceras por pressão

Questão	Opção	%
6. Qual das afirmações está correta?	Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3 (*)	71,4%
	Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3	28,6%
	Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2	0%
7. Qual das afirmações está correta?	Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2	26,7%
	Todas as categorias (1, 2, 3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas	26,7%
	Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou categoria 4 (*)	46,7%
8. Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?	A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 1	0%
	A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 2	73,3%
	A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão (*)	20%
9. Qual das afirmações está correta?	Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama (*)	80%
	Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção	13,3%
	Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção	6,7%
10. Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:	Na área pélvica, cotovelo e calcanhar (*)	86,7%
	Joelho, tornozelo e anca	0%
	Anca, ombro e calcanhar	13,3%
11. Qual das afirmações está correta?	Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana	13,3%
	A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspecionada a cada duas a três horas	46,7%
	Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia (*)	40%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Sobre a terceira área: questões relacionadas com a avaliação de risco de UPP (Tabela 8), a média global foi de 56,7%, de resposta certas. Este valor indica que os enfermeiros apresentaram conhecimento moderado sobre a utilização de escalas de avaliação de risco. O desvio padrão de 10% mostra que a variabilidade entre as duas questões deste tema foi relativamente baixa, refletindo uma consistência moderada no desempenho dos profissionais.

Na primeira questão, apenas 46,7% reconheceram que uma escala de avaliação de risco pode não prever com precisão o risco e deve ser combinada com avaliação clínica, indicando que mais da metade dos enfermeiros tende a confiar exclusivamente nas ferramentas padronizadas sem integrar o julgamento clínico. Na segunda questão, 66,7% identificaram corretamente que um utente com historial de UPP corre maior risco de desenvolver novas lesões, mostrando algum domínio sobre fatores de risco individuais.

Tabela 8 – Resultados das questões da área: a avaliação de risco de UPP

Questão	Opção	%
13. Qual das afirmações está correta?	As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção	33,3%
	A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção	20%
	Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica (*)	46,7%
14. Qual das afirmações está correta?	O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio	0%
	Deve ser utilizado pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão	33,3%
	Um doente com um historial de úlceras de pressão corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão (*)	66,7%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Sobre a quarta área: questões relacionadas com nutrição (Tabela 9), a média global foi de 80% de resposta certas. Este resultado evidencia que estes profissionais têm bom conhecimento sobre a importância da otimização nutricional na prevenção UPP, reconhecendo que uma boa nutrição melhora o estado físico geral e reduz o risco de desenvolvimento destas lesões. Estes resultados estão espelhados também nos resultados de Wu et al. (2022) de Dalvand et al. (2018), que reportam níveis altos de conhecimento na área da nutrição.

O desvio padrão de 20% nesta área mostra que houve alguma variabilidade entre as questões, especialmente na questão 16, em que apenas 60% identificaram corretamente que a má nutrição coincide frequentemente com outros fatores de risco. Isto sugere que, embora os enfermeiros compreendam bem o impacto geral da nutrição na prevenção de UPP, existe alguma divergência na interpretação de fatores específicos que aumentam o risco.

Tabela 9 – Resultados das questões da área: nutrição

Questão	Opção	%
15. Qual das afirmações está correta?	A má nutrição provoca úlceras de pressão	0%
	A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas	0%
	A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão (*)	100%
16. Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:	A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados (*)	60%
	A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão	0%
	A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão	40%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Sobre a quinta área: questões relacionadas com medidas preventivas (Tabela 10), a média global foi de 52,7%, de resposta certas. Este valor indica que, apesar de alguma familiaridade com medidas de prevenção como reposicionamento (17, 19, 22) e colchões especiais (23, 24), há lacunas significativas no conhecimento sobre almofadas, esquemas de reposicionamento e utilização de superfícies de apoio (20, 21, 24). Esta área foi uma das piores áreas de desempenho neste estudo, contrastando com os resultados de Dalvan et al (2018), nos quais as medidas de prevenção surgem como uma das áreas mais bem classificadas, apenas atrás do domínio da nutrição.

O desvio padrão elevado de 21,2% evidencia uma variabilidade considerável entre as respostas. As percentagens de respostas corretas variam consideravelmente, desde valores relativamente altos em algumas questões relacionadas com colchões e posições (66,7–80%) até percentagens baixas em itens críticos, como a utilização adequada de almofadas de ar espessas (21,4–33,3%) e a elevação dos calcanhares (20%). Estes dados indicam que, embora haja familiaridade com conceitos teóricos de posicionamento e reposicionamento, a compreensão sobre a escolha e utilização correta de dispositivos de apoio, bem como a integração sistemática de múltiplas medidas preventivas, é limitada.

Tabela 10 – Resultados das questões da área: medidas preventivas

Questão	Opção	%
17. A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:	Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés	20%
	Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão	0%
	Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés (*)	80%
18. Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?	Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina	13,3%
	Posição supina - lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina	40%
	Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral de 30° - posição supina (*)	46,7%
19. Qual das afirmações está correta?	Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira (*)	73,3%
	Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90° com a cama	13,3%
	As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°	13,3%
20. Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:	Uma almofada de ar espessa (*)	33,3%
	Uma almofada de espuma em forma de argola	33,3%
	Uma almofada de gel	33,3%
21. Qual das afirmações está correta?	As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira	14,3%
	Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira (*)	21,4%
	Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira	64,3%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correcta

Fonte: Elaboração própria

Tabela 10 – Resultados das questões da área: medidas preventivas

(Continua)

22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica...	Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento	0%
	Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas (*)	66,7%
	Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas	33,3%
23. Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:	A força de torção nas nádegas aumenta	0%
	A pressão nos calcanhares aumenta	20%
	Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos (*)	80%
24. Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:	A elevação dos calcanhares não é necessária	6,6%
	A elevação dos calcanhares é importante (*)	20%
	Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia	73,3%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Por fim, sobre a sexta área: questões relacionadas com redução da duração da pressão e forças de torção (Tabela 11), a média global foi de 49,7%, de resposta certas. Este resultado indica um conhecimento insuficiente sobre nesta área. Enquanto os enfermeiros reconheceram claramente a importância da mobilização dos utentes (26), a interpretação correta de diferentes tipos de colchões e esquemas de reposicionamento foi menos consistente. O desvio padrão elevado de 24,1% evidencia uma grande variabilidade nas respostas (25, 27, 28 e 29). Os dados indicam que o conhecimento sobre mobilização e proteção de áreas críticas é relativamente sólido, mas há dificuldade em interpretar com precisão o impacto do reposicionamento sobre a duração e a magnitude da pressão, em ajustar as intervenções de acordo com diferentes tipos de colchão e em integrar essas medidas em protocolos clínicos consistentes.

Também na literatura, este domínio da redução de pressão e cisalhamento apresentou consistentemente os scores mais baixos nos estudos de Dalvand et al. (2018) e Wu et al. (2022), com valores de aproximadamente 44,6% e inferior aos demais domínios avaliados. Segundo os autores, este resultado indica que os enfermeiros demonstram lacunas significativas no conhecimento sobre medidas práticas de alívio de pressão e técnicas de prevenção de lesões por cisalhamento, sendo esta a área que mais necessita de reforço educativo.

Tabela 11 – Resultados das questões da área: redução da duração da pressão e forças de torção

Questão	Opção	%
25. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...	A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas	6,6%
	A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas	66,7%
	A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas (*)	26,7%
26. Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...	Forem providenciados suplementos alimentares	6,7%
	As áreas em risco forem massajadas	0%
	Se mobilizarem os pacientes (*)	93,3%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Tabela 11 – Resultados das questões da área: redução da duração da pressão e forças de torção
(continua)

27. Qual das seguintes afirmações está correta?	Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas (*)	28,6%
	Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas	21,4%
	Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas	50%
28. Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:	Nenhuma medida preventiva específica	21,4%
	Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares	28,6%
	Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares (*)	50%
29. Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:	Um colchão de espuma de redistribuição de pressão	42,9%
	Um colchão de ar de pressão alternada (*)	50%
	Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco	7,1%

N (frequência absoluta) % (percentagem) (*) Resposta Correta)

Fonte: Elaboração própria

Em análise, os resultados da aplicação do PUKAT indicam que os enfermeiros apresentam conhecimento moderado sobre prevenção de UPP, ligeiramente acima da média global reportada em estudos internacionais (Wu et al., 2022; Dalvand et al., 2018). Por domínio, verificou-se desempenho moderado em etiologia e desenvolvimento (55,8%), classificação e observação (57,5%) e avaliação de risco (56,7%), com lacunas na interpretação de fatores de risco, categorias de lesão e integração de escalas com julgamento clínico.

A área de nutrição destacou-se com 80% de respostas corretas, refletindo bom conhecimento sobre a importância da alimentação na prevenção; enquanto as medidas preventivas (52,7%) e a redução de pressão e cisalhamento (49,7%) foram as áreas com maior défice, evidenciando dificuldade na aplicação prática de técnicas, escolha de dispositivos e integração das intervenções em protocolos clínicos. Estes resultados são consistentes com a literatura, que aponta a nutrição como domínio mais bem avaliado e a redução de pressão/cisalhamento como a área com mais lacunas (Dalvand et al., 2018; Wu et al., 2022), reforçando a necessidade de formação contínua e capacitação prática direcionada.

Com base nesta avaliação das atitudes e do conhecimento dos enfermeiros, foram realizadas duas sessões de formação direcionadas para este tema (Apêndices 13 e 14), especificamente para os profissionais da ECCI CJ e da ECCI F. Na formação da ECCI CJ, a sessão foi conduzida de forma colaborativa com a enfermeira responsável pela prevenção de UPP na equipa, promovendo um trabalho conjunto e sinérgico que valorizou a partilha de experiências práticas.

Relativamente à frequência das ações de formação, 13 dos 16 enfermeiros das ECCI estiveram presentes, representando uma taxa de adesão de 81,3%. As ações foram delineadas e construídas para dar resposta às áreas de maior dificuldade detetadas, nomeadamente medidas preventivas e redução de pressão e cisalhamento, promovendo também uma atualização das normas internacionais da área, de forma a reforçar a formação prática, a aplicação correta de superfícies de apoio e a integração consistente de intervenções baseadas em evidência na prevenção de UPP.

Na ECCI da UCC CJ a divulgação da formação ficou a cargo da enfermeira responsável pela formação, que a divulgou internamente por email. Para a ECCI da UCC F foi realizado um pedido de formação formal ao serviço de formação da ULS BI (Anexo 21) e divulgada a formação por email, através da coordenado da UCCF para todos os profissionais do Centro de Saúde do F. e colocado um *flyer* de divulgação no placard de informações (Anexo 22). O método utilizado para avaliar esta atividade foi a preenchimento de um questionário de avaliação da satisfação dos formandos (Anexo 18), cujos resultados se encontram nas Tabelas 12 e 13.

Tabela 12 – Resultados do item: Satisfação com a Ação de Formação

Item avaliado	Muito Insatisfeito (%)	Insatisfeito (%)	Satisfeito (%)	Muito Satisfeito (%)	Satisfação Total (%)
Número de horas	0%	0%	38.5%	61.5%	100.0%
Expectativa da ação	0%	7,7%	38.5%	53.8%	92.3%
Cumprimento de objetivos	0%	0%	30.8%	69.2%	100.0%
Adequação do programa proposto ao nível de conhecimentos	0%	0%	38.5%	61.5%	100.0%
Aplicabilidade dos conhecimentos para prática profissional	0%	0%	23.1%	76.9%	100.0%
Distribuição do tempo pelos temas	0%	0%	38.5%	61.5%	100.0%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 13 – Resultados do item: Desempenho do Formador

Item avaliado	Muito Insatisfeito (%)	Insatisfeito (%)	Satisfeito (%)	Muito Satisfeito (%)	Satisfação Total (%)
Pontualidade	0%	0%	7.7%	92.3%	100.0%
Assiduidade	0%	0%	7.7%	92.3%	100.0%
Meios utilizados/materiais fornecidos	0%	0%	23.1%	76.9%	100.0%
Cumprimento do plano	0%	0%	7.7%	92.3%	100.0%
Dinâmica da sessão	0%	0%	7.7%	92.3%	100.0%
Adaptação do programa às necessidades dos participantes	0%	0%	7.7%	92.3%	100.0%
Domínios dos assuntos	0%	0%	7.7%	92.3%	100.0%
Interação/relacionamento com os participantes	0%	0%	15.4%	84.6%	100.0%

Fonte: Elaboração própria

A análise dos dados de satisfação dos profissionais evidencia uma avaliação globalmente muito positiva da ação de formação e do desempenho do formador. Observa-se que a maioria dos itens recebeu respostas predominantemente nos níveis mais altos da escala, ou seja, “Satisfeito” e “Muito Satisfeito”, refletindo percepção de relevância, qualidade e aplicabilidade das formações. Especificamente, na dimensão da ação de formação, a aplicabilidade dos conhecimentos foi avaliada como “Muito Satisfeito” por 76,9% dos participantes, enquanto itens como cumprimento de objetivos e adequação do programa também alcançaram valores elevados (69,2% e 61,5%, respetivamente). Isto indica que os participantes perceberam a formação como adequada às suas necessidades e relevante para a prática profissional, cumprindo as expectativas quanto ao conteúdo e duração.

No que respeita ao desempenho do formador, os resultados são ainda mais expressivos, com a maioria dos itens acima de 84% de respostas “Muito Satisfeito” e apenas pequenas percentagens em “Satisfeito”. Aspetos como pontualidade, assiduidade, cumprimento do plano, dinamismo da sessão e adaptação do programa às necessidades dos participantes foram avaliados quase unanimemente como muito satisfatórios. Esta uniformidade nas respostas indica que a experiência formativa foi conduzida de forma clara, organizada e envolvente. Em conjunto, os dados sugerem uma satisfação geral elevada, evidenciando que tanto o conteúdo da formação quanto a forma como foi ministrada foram muito bem recebidos pelos profissionais, com impacto positivo na valorização da aprendizagem e na confiança em aplicar os conhecimentos adquiridos.

Adicionalmente, nessas sessões foi apresentado e divulgado o protocolo proposto de atuação desenvolvido, bem como o respetivo fluxograma de intervenção (Apêndice 11), concebidos como instrumentos de sistematização das práticas clínicas e de apoio à tomada de decisão pelos profissionais.

O protocolo estruturado apresentado para a prevenção de UPP, foi desenvolvido com base nas recomendações internacionais mais recentes (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025) e nas normas nacionais (DGS nº 017/2011). A sua elaboração seguiu uma abordagem baseada em evidência, integrando recomendações de estudos científicos, meta-análises e boas práticas clínicas, bem como modelos teóricos de enfermagem, nomeadamente o Modelo de Promoção da Saúde de Pender e a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Orem, assegurando uma articulação consistente entre avaliação de risco, intervenções preventivas e capacitação do cuidador.

O protocolo organiza-se em 13 domínios de intervenção:

- Avaliação de fatores de risco – avaliação de fatores de risco intrínsecos (idade avançada, comorbilidades, fragilidade, imobilidade, défices de perfusão, alterações nutricionais, dor, estado de consciência, histórico de UPP) e extrínsecos (pressão, fricção, cisalhamento, humidade, dispositivos médicos, superfícies de apoio inadequadas, temperatura corporal elevada) (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).
- Avaliação do risco de UPP – aplicação das escalas de Braden (adultos) e Braden Q (pediatria), com avaliação periódica semanal (Norma DGS nº 017/2011; EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).
- Avaliação nutricional – utilização das ferramentas NRS 2002 (adultos) e STRONGkids (pediatria), com encaminhamento para Serviço de Nutrição quando necessário (Norma DGS nº 017/2011).
- Avaliação e cuidados à pele – inspeção diária “cabeça aos pés”, cuidado com pH cutâneo, vigilância das zonas em contacto com dispositivos médicos, manutenção da pele limpa, seca e hidratada,

evitando fricção ou massagem em áreas em risco, e utilização de pensos de espuma protetores das áreas de risco (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).

- Intervenções nutricionais – incentivo a dieta equilibrada e hidratação adequada, suplementação nutricional quando indicada, manutenção da via oral de alimentação e contra-indicação de entubação naso gástrica apenas para prevenção de UPP (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).
- Reposicionamento – reposicionamento de utentes em risco com intervalos adaptados à superfície e tolerância do utente, técnicas que minimizem fricção e cisalhamento, posicionamento lateral a 30° (40° em obesidade), cabeceira $\leq 30^\circ$, plano individual considerando fatores de risco e capacidade do cuidador (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025; Antony & Thelly, 2022; Gabison et al., 2022; Ramos et al., 2024b).
- Superfícies de apoio – utilização de superfícies que redistribuam pressão, ajustadas ao peso e mobilidade do utente, incluindo superfícies ativas ou reativas, sobre-colchões e assentos com propriedades de redistribuição de pressão, considerando microclima (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025; Webb & Chohan, 2022; Collier et al., 2023).
- Prevenção de UPP em utentes sentados – seleção de assentos adequados, limitação de tempo sentado sem reposicionamento, incentivo a mudanças de posição, manutenção da postura correta, utilização de almofadas redistributivas e evitar dispositivos em anel (“donuts”) (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).
- Prevenção de UPP nos calcanhares – elevação completa dos calcanhares, utilização de dispositivos específicos ou travesseiros/almofadas, complementação com pensos de espuma siliconada quando disponível (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).
- Prevenção de UPP relacionado com dispositivos médicos – monitorização diária da pele sob dispositivos, ajuste de posicionamento de fixação dos dispositivos, utilização de interfaces protetoras, prevenção de contacto prolongado, deteção precoce de sinais de lesão (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).
- Gestão do microclima – avaliação da humidade da pele (transpiração, incontinência, exsudado), troca regular de roupas de cama, utilização de barreiras protetoras, controlo da incontinência, escolha de materiais e superfícies que permitam gestão térmica e da humidade (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025).
- Controlo da dor – gestão da dor para permitir tolerância ao reposicionamento e adesão às estratégias preventivas (Ramos et al., 2024a).
- Apoio e capacitação do cuidador – avaliação da sobrecarga do cuidador (Zarit), capacitação sobre fatores de risco, avaliação e cuidados à pele, nutrição, reposicionamento, uso de superfícies de apoio, barreiras à implementação, materiais educativos e articulação com parceiros comunitários para promoção de comportamentos preventivos junto do utente e cuidador (Chen et al., 2025; Tuncer et al., 2024; Fernandes et al., 2023; Amorim et al., 2024; Gomes et al., 2024; Meireles et al., 2022).

Já o fluxograma foi pensado como um instrumento mais conciso sobre a informação prioritária de “bolso”, que o enfermeiro deve ter consigo. A cada enfermeiro, após a formação, foi entregue um fluxograma. Estes recursos tiveram como objetivo facilitar a aplicação uniforme das medidas de prevenção e reforçar a integração das recomendações baseadas na evidência na prática diária dos enfermeiros. Sobre a avaliação dos indicadores pré escolhidos para avaliar este projeto, globalmente a avaliação foi muito positiva nesta área, conforme o Quadro 18 apresenta:

Quadro 18 – Avaliação dos objetivos delineados para o grupo dos enfermeiros da ECCI

Objetivo Específico	Meta	Indicador	Avaliação
Conhecer o nível de conhecimento dos enfermeiros das ECCI's sobre UPP	Meta: pelo menos 70% de enfermeiros responderem ao questionário PUKAT	Indicador de processo: (número de enfermeiros que responderam ao PUKAT) / (Número de enfermeiros total de enfermeiros) x 100	Indicador: (15/16)x100=93,8% ATINGIDO
Conhecer as atitudes dos enfermeiros sobre as UPP	Meta: pelo menos 70% de enfermeiros responderem ao questionário APu-PT	Indicador de processo: (número de enfermeiros que responderam ao questionário APu-PT) / (Número de enfermeiros total de enfermeiros) x 100	Indicador: (15/16)x100=93,8% ATINGIDO
Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros da ECCI sobre as recomendações das recentes <i>guidelines</i> da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025, para a prevenção das UPP	Meta: pelo menos 70% de enfermeiros assistires à formação de atualização de conhecimentos; Meta: ≥ 80% dos enfermeiros que participaram na formação considerarem a formação pertinente e bem estruturada	Indicador de processo: (número de enfermeiros presentes na formação) / (Número de enfermeiros total de enfermeiros) x 100	Indicador: (13/16)x100=81,3% ATINGIDO Indicador: Média das percentagens dos enfermeiros que classificam a Sessão de formação como Satisfatória ou Muito Satisfatória : 98,7% ATINGIDO
Elaborar um protocolo de uniformização dos cuidados preventivos da UPP, baseado nas recentes <i>guidelines</i> da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025	Realização de um protocolo na área dos cuidados preventivos das UPP.	Indicador de processo: Realização de um protocolo na área dos cuidados preventivos das UPP.	Indicador: ATINGIDO

Fonte: Elaboração própria

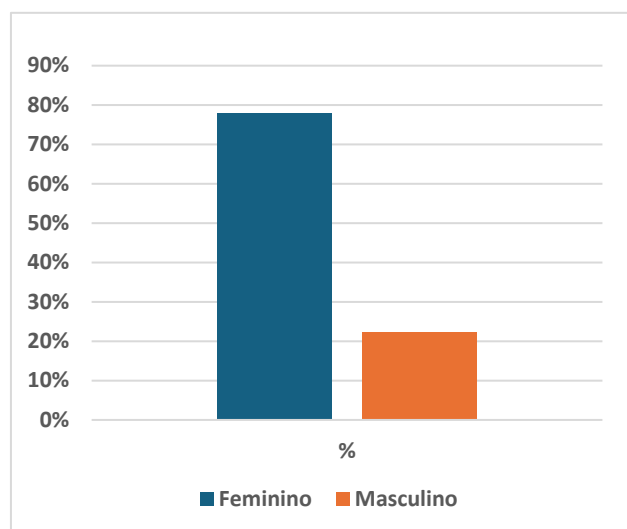
4.4.2 Apresentação e discussão dos dados do grupo comunitário: Utentes e Cuidadores

No que diz respeito aos resultados do programa estruturado de ensino dirigido aos cuidadores, irá ser apresentado os dados relativos à caracterização sociodemográfica do grupo, no ponto 4.4.2.1. Posteriormente, no ponto 4.4.2.2, serão apresentados e analisados os resultados obtidos com a intervenção neste grupo, permitindo avaliar o impacto do programa estruturado de educação e treino de competências na área da prevenção das úlceras por pressão.

4.4.2.1 Caracterização de dados sociodemográficos dos grupos

A amostra de cuidadores foi formada por 9 elementos (um utente não tinha cuidador informal e não tinha cuidador formal regular). A análise dos resultados revela que 77,8% são do sexo feminino e 22,2% do sexo masculino (Gráfico 5).

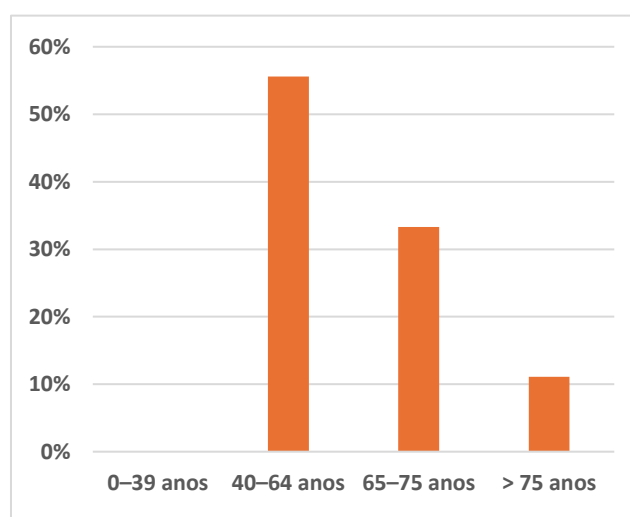
Gráfico 5 – Caracterização da amostra relativamente à variável: sexo



Fonte: Elaboração própria

Sobre a idade, os cuidadores situam-se maioritariamente na faixa etária adulto acima dos 40 anos (55,6%) e idosos (44,4%), sendo que 11,1% têm acima dos 75 anos (Gráfico 6), sendo que a média de idades da amostra é de 61,8 anos.

Gráfico 6 – Caracterização da amostra relativamente à variável: idade

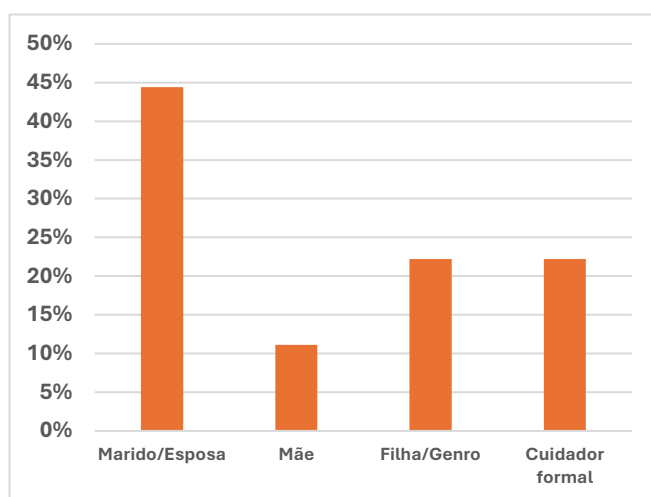


Fonte: Elaboração própria

Os cuidadores são maioritariamente cônjuges (marido/esposa) com 44,4%. Seguem-se os familiares da geração seguinte (filha/genro) e os cuidadores formais, ambos com 22,2%. O cuidador: mãe, representa 11,1%

da amostra (Gráfico 7). Isto sugere que o cuidado é prestado maioritariamente dentro do núcleo familiar restrita.

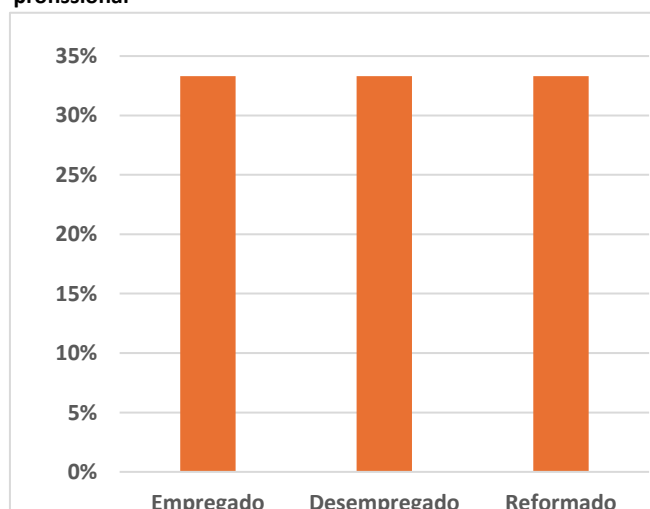
Gráfico 7 – Caracterização da relação com o utente



Fonte: Elaboração própria

Sobre a situação profissional, a amostra distribui-se equitativamente entre empregado, desempregado e reformado, com 33,3% (Gráfico 8).

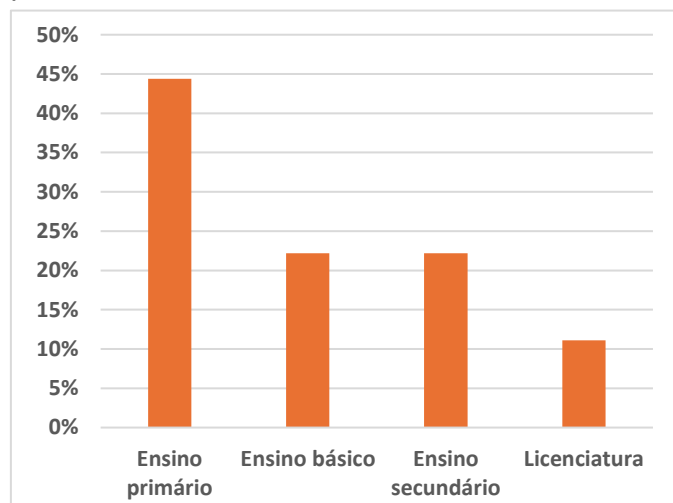
Gráfico 8 – Caracterização dos cuidadores relativamente à situação profissional



Fonte: Elaboração própria

Observa-se ainda nesta amostra, um predomínio de baixos níveis de escolaridade entre os cuidadores, com a maioria tendo o ensino primário (44,4%), conforme no Gráfico 9.

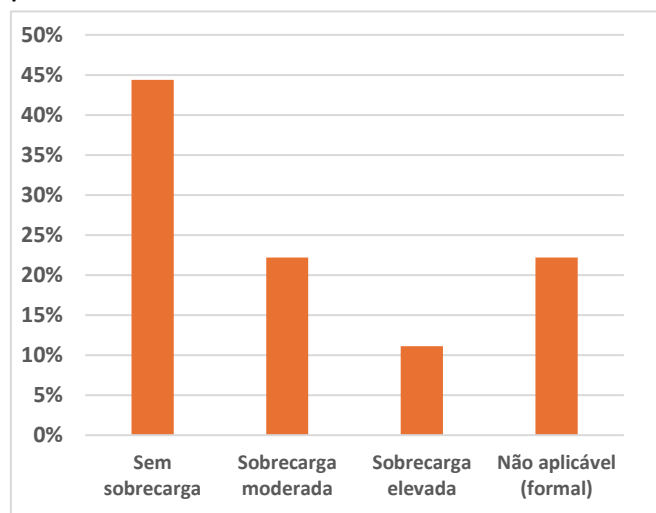
Gráficos 9 - Caracterização dos cuidadores relativamente à situação profissional



Fonte: Elaboração própria

Cerca de 77,8% dos cuidadores não possui formação prévia ou experiência na área do cuidado de pessoas dependentes. A maioria dos cuidadores coabita com o utente (88,9%), o que tende a aumentar a intensidade do cuidado prestado. A média de horas diárias dedicadas ao cuidado é de 21,3 horas, sendo que 66,7% dos cuidadores prestam cuidados de forma contínua (24 horas por dia). Relativamente à rede de apoio comunitário, 66,7% dos cuidadores não dispõem de qualquer tipo de apoio comunitário. Entre os restantes, 22,2% contam com apoio de cuidador formal e 11,1% recorrem a serviços de centro de dia. Cerca de 1/3 dos cuidadores apresentam sobrecarga na escala de *Zarit*, sendo que 11,1% apresentam níveis elevados de sobrecarga (Gráfico 10).

Gráficos 10 - Caracterização dos cuidadores relativamente à situação profissional



Fonte: Elaboração própria

Em análise, a amostra de cuidadores do presente estudo, revelou predominância do sexo feminino (77,8%) e com idade avançada apresentando uma média de idades de 61,8 anos, com coabitação frequente com o utente (88,9%) e dedicação média de 21,3 horas diárias aos cuidados. Estes resultados alinham-se com os achados de Costa Dias, Almeida & Marques (2023), que identificaram uma média de idade dos cuidadores de 53,96 anos, predominância do sexo feminino (87,3%), todos com relação familiar com o utente dependente e elevada percentagem de sobrecarga intensa ou moderada.

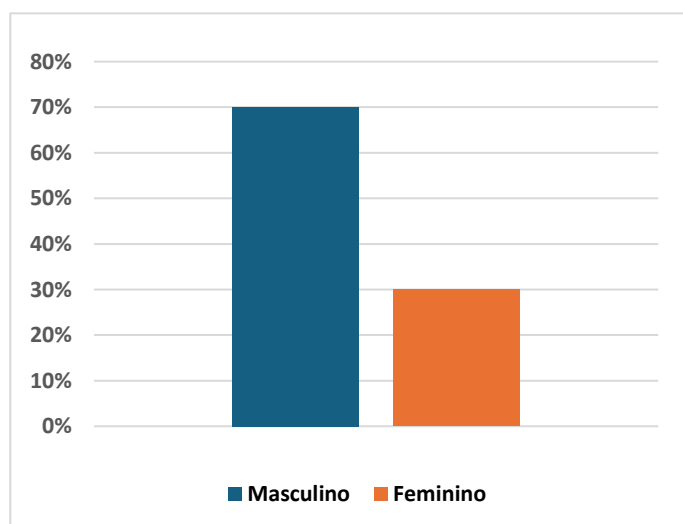
De forma semelhante, Dixe & Querido (2020) observaram que a amostra do seu estudo era constituída por 82,9% de cuidadores mulheres, 70,1% coabitavam com a pessoa cuidada e a média de horas semanais dedicadas ao cuidado foi de 105,65 (± 54), confirmando o padrão de cuidado intensivo e maioritariamente familiar.

A sobrecarga dos cuidadores no presente estudo, com cerca de 33,3% a apresentar níveis moderados a elevados segundo a Escala de Zarit, é consistente com os resultados de Costa Dias, Almeida & Marques (2023), nos quais 39,4% dos cuidadores apresentaram sobrecarga intensa, e com os de Dixe & Querido (2020), em que mais de metade da amostra mostrou sobrecarga elevada.

Na literatura, foi ainda possível perceber que a sobrecarga dos cuidadores se associa à informação disponível sobre a doença e os cuidados prestados, estando níveis mais baixos relacionados com maior conhecimento (Dixe & Querido, 2020). Por outro lado, a sobrecarga correlaciona-se significativamente com depressão do cuidador, mas não com o grau de dependência do utente (Costa Dias, Almeida & Marques, 2023).

No que respeita à caracterização do grupo comunitário de utentes, verificamos que a maioria dos utentes cuidados são do sexo masculino (70%), ao contrário dos seus cuidadores (Gráfico 11).

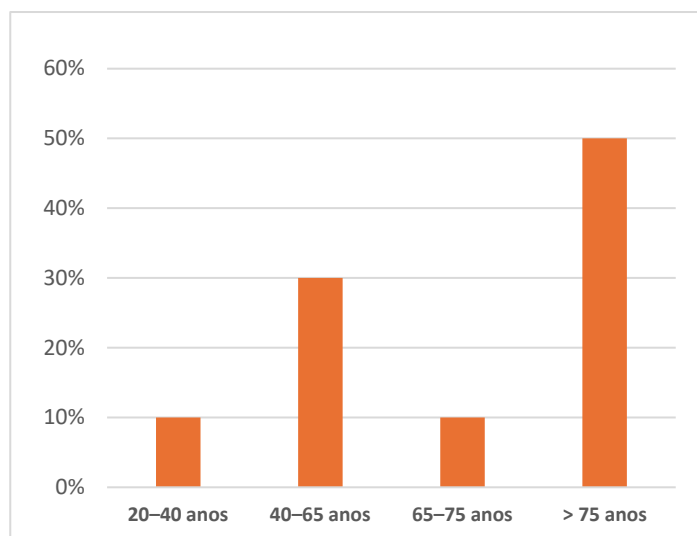
Gráficos 11 - Caracterização dos utentes relativamente à variável: sexo



Fonte: Elaboração própria

A média das suas idades é de 70,5 anos, o que demonstra que a população de utentes é bastante envelhecida, sendo que 60% têm mais de 65 anos, e 50% têm mais de 75 anos (Gráfico 12).

Gráficos 12 - Caracterização dos utentes relativamente à variável: idade



Fonte: Elaboração própria

Pela aplicação da escala de Dependência de *Barthel*, a média obtida da aplicação desta escala aos utentes, foi de 26,4 pontos, indicando um predomínio de dependência grave, ou seja, os utentes necessitam de apoio intensivo para atividades básicas da vida diária, como alimentação, higiene e mobilizações.

Já a Escala de *Braden*, utilizada para identificar o risco de UPP, a média foi de 13,3 pontos, sugerindo alto risco de UPP. A escala de *Morse*, destinada a avaliar o risco de quedas, indicou baixo risco na maioria dos casos, apesar da dependência significativa, o que pode refletir limitações na mobilidade que reduzem a exposição a situações de queda.

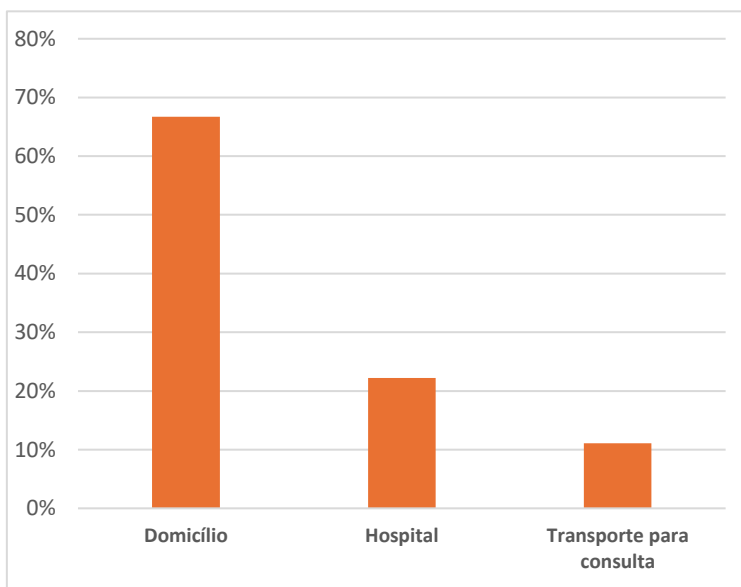
Adicionalmente, cerca de 20% dos utentes foram classificados como em risco nutricional, evidenciando a necessidade de acompanhamento alimentar específico em função da vulnerabilidade física e funcional da população avaliada. Todos os utentes apresentam mais de 3 comorbilidades, sendo as mais comuns a HTA e DMT2 (com 40% da população com ambos os diagnósticos).

A maioria destes utentes possui UPP (90%), sendo esta a principal causa de admissão na ECCL. Mais especificamente, 60% das UPP dos utentes são de grau 3 ou 4 no momento da admissão, situadas na sua maioria (70%) na região sacro coccígea. A maioria destas UPP foi desenvolvida no domicílio (66,7%), o que revela uma necessidade de se apostar em programa de prevenção primária nesta área, sendo que cerca de 22,2% são de origem hospitalar, com 11,1% desenvolvida em transportes para consultas (Gráfico 13).

Estes resultados obtidos são consistentes com a literatura. Lopes, Videira, Saraiva, Agostinho & Bandarra (2020) identificaram que as UPP surgem essencialmente em 3 contextos: hospital (momento da admissão), lares de idosos e domicílio e reportaram uma maior frequência de lesões graves (graus 3 e 4). Apesar do domicílio e dos lares serem contextos com menos meios para a prevenção de UPP que o meio hospitalar, também o hospital se identifica como um contexto de desenvolvimento de UPP. Por sua vez, Oliveira, Zanchetta, Barbieri, Falcioni, Araújo & Lima (2024) demonstraram uma associação significativa entre a presença de UPP e fatores como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular e uso de

terapêutica anti-hipertensora, corroborando a forte relação entre multimorbilidade e risco de desenvolvimento de UPP.

Gráficos 13 – Local de origem das UPP



Fonte: Elaboração própria

Em suma, os resultados do grupo dos utentes, evidenciam uma população envelhecida, com elevada dependência funcional e significativa vulnerabilidade clínica, o que exige o reforço de cuidados domiciliários e de estratégias de prevenção primária, em particular na prevenção de UPP. Na literatura portuguesa recente, Oliveira, Silva & Marques (2023) verificaram no seu estudo que, à admissão nas ECCI, nenhum utente apresentava independência ou dependência ligeira, sendo 20,6% dependentes totais, 44,4% com dependência grave e 34,9% com dependência moderada, evidenciando o elevado grau de dependência funcional da população acompanhada em contexto domiciliário.

De forma complementar, Fonseca-Teixeira, Parreira, Mónico e Amado (2025) estudaram utentes das equipas de ECCI em Portugal e observaram que a idade média era de 79,5 anos, 85% apresentavam múltiplas comorbilidades, e o grau de dependência funcional era elevado, com melhorias registadas após a intervenção das equipas domiciliárias: aumento da funcionalidade em 25%, redução das úlceras por pressão em 30% e diminuição do risco de quedas em 15%. Estes resultados reforçam que os utentes das ECCI em Portugal partilham características homogéneas em termos de envelhecimento, dependência, co-morbilidades e vulnerabilidade clínica, sublinhando a importância de cuidados domiciliários individualizados e programas estruturados de prevenção e monitorização.

4.4.2.2 Programa estruturado para a capacitação dos cuidadores e utentes

Nesta população, foi implementado um programa estruturado para a capacitação dos cuidadores informais e utentes, planeada e descrita no Anexo 15, com o objetivo de promover os cuidados preventivos às UPP em contexto domiciliário. A estrutura conceptual da intervenção articula os princípios da literacia em saúde com os contributos do MPSNP e TDAE. Neste enquadramento, o reforço da literacia em saúde assume um papel estruturante, ao favorecer a compreensão da informação em saúde e a tomada de decisões informadas, promovendo uma maior participação dos cuidadores na gestão do risco de desenvolvimento de UPP.

A literatura evidencia que níveis mais elevados de literacia em saúde estão associados a melhores resultados clínicos e maior adesão aos cuidados (Berkman et al., 2011; Liu, Liu, Li, & Chen, 2020), bem como a comportamentos mais adequados de autocuidado (Carbone & Zoellner, 2012). No contexto dos cuidadores informais, estudos portugueses demonstram que, maior acesso à informação sobre a doença e os cuidados se associa a menores níveis de sobrecarga (Dixe & Querido, 2020), sugerindo que a capacitação e o reforço da literacia em saúde podem constituir fatores protetores no processo de cuidar.

No âmbito do MPSNP, a intervenção para a capacitação de cuidadores e utentes, foi conceptualizada como um processo dinâmico de promoção de comportamentos de saúde, no qual se valorizam as características individuais, as experiências prévias e as perceções dos cuidadores e utentes. Este modelo orientou a identificação de barreiras e facilitadores à adoção de práticas preventivas, perceção de risco ou dificuldades práticas no cuidar. A intervenção procurou atuar sobre estes determinantes, promovendo o aumento da perceção de benefícios das medidas preventivas, o reforço da autoeficácia e a motivação para a mudança comportamental. Assim, a capacitação foi desenhada não apenas como transmissão de conhecimento, mas como um processo de envolvimento ativo, facilitando a integração das práticas preventivas na rotina diária do cuidador e do utente.

Por sua vez, a TDAE permitiu estruturar a intervenção numa lógica de avaliação e resposta ao défice de autocuidado. Através deste modelo, foi possível analisar a capacidade do utente e do cuidador para desempenhar atividades essenciais à prevenção de UPP, como a vigilância da pele, reposicionamento, gestão da humidade, nutrição e utilização de superfícies de apoio. Com base nessa avaliação, as intervenções foram ajustadas ao nível de dependência e às competências existentes, promovendo um sistema de apoio-educação, no qual o enfermeiro atua como facilitador do desenvolvimento de competências.

A integração destes dois modelos permitiu, assim, conceptualizar um processo de capacitação simultaneamente educativo e comportamental: o MPSNP orientou a modificação de atitudes, crenças e motivações associadas à prevenção, enquanto a TDAE estruturou o desenvolvimento de competências práticas e a adaptação das intervenções ao nível de autonomia do utente/cuidador.

Para assegurar uma capacitação sistemática e estruturada, foi utilizado como base o protocolo previamente desenvolvido e descrito (Apêndice 11), o qual foi aplicado de forma uniforme a todos os cuidadores e utentes incluídos no estudo. Este protocolo orientou a intervenção, garantindo coerência na abordagem e adequação às necessidades identificadas. No âmbito da implementação, a cada diáde utente/cuidador foi assegurado três sessões de intervenção, acrescido de uma para a avaliação inicial e outra para a avaliação final (Apêndice 15). Estas sessões permitiram não só a transmissão de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, como também a monitorização da evolução ao longo do processo. Em termos globais, verificou-se uma média de cinco intervenções por utente, refletindo um acompanhamento contínuo e ajustado às especificidades de cada caso, com vista à promoção do autocuidado e à prevenção de UPP.

Durante a intervenção, a cada utente e respetivo cuidador foi entregue um folheto informativo sobre a prevenção de UPP (Apêndice 12). Apesar de não terem sido recolhidos dados sistematizados sobre a sua utilização, verificou-se, de forma geral, que este recurso foi útil para a maioria das famílias envolvidas. Destaca-se que as imagens ilustrativas das zonas de pressão e dos sinais precoces de UPP foram facilmente compreendidas pelos utentes e cuidadores, contribuindo para uma melhor identificação de situações de risco. No entanto, no que diz respeito às orientações para a prevenção, observou-se que os utentes e cuidadores mais idosos apresentaram alguma dificuldade na assimilação da totalidade da informação. Neste sentido, considera-se que o folheto poderá ser melhorado, nomeadamente através da simplificação e síntese das mensagens, bem como da utilização de imagens mais claras e intuitivas, de forma a facilitar a compreensão por parte de populações com maior vulnerabilidade.

No sentido de avaliar os ganhos decorrentes da intervenção de capacitação dirigida aos utentes e cuidadores, foi aplicada, em dois momentos (pré e pós-intervenção), uma grelha de observação composta por 12 itens centrados nas práticas de prevenção de úlceras por pressão (Apêndice 10). Esta grelha, à semelhança do protocolo de prevenção de UPP, foi construída com base nas recomendações internacionais e orientações clínicas, contemplando dimensões fundamentais como a avaliação da pele, identificação de zonas de risco, reconhecimento de sinais precoces de lesão com acionamento do enfermeiro, reposicionamento, gestão da humidade, nutrição e utilização de superfícies de apoio. A aplicação inicial da grelha permitiu estabelecer uma base diagnóstica das práticas de prevenção de UPP, identificando de forma objetiva as principais lacunas nos cuidados prestados. Com base neste diagnóstico, o programa de intervenção foi estruturado de forma direcionada às áreas deficitárias identificadas, abordando de modo sistemático e prático os conteúdos essenciais à prevenção de UPP.

A intervenção em si, foi orientada por uma abordagem eminentemente prática, privilegiando a demonstração de técnicas e o treino de competências em contexto real. Esta metodologia permitiu não apenas a observação, mas também a repetição guiada das práticas, favorecendo a consolidação de aprendizagens e o desenvolvimento de maior autonomia na prestação de cuidados. Paralelamente, recorreu-se à exploração e aplicação de material educativo, nomeadamente o folheto informativo, enquanto suporte facilitador da comunicação e reforço dos conteúdos abordados nas sessões. Este recurso contribuiu para a continuidade da aprendizagem fora do momento da intervenção, funcionando como elemento de consulta e apoio no quotidiano.

Em todas as sessões foi realizado o reforço da literacia em saúde, através da adaptação da linguagem, clarificação de conceitos e incentivo à participação ativa dos utentes e cuidadores. Desta forma, procurou-se promover não apenas a aquisição de conhecimentos, mas sobretudo a sua compreensão, retenção e aplicação prática, assegurando a integração efetiva das aprendizagens no contexto real de cuidados e potenciando a adoção de comportamentos preventivos sustentados. A aplicação final da grelha, após a intervenção permitiu avaliar a evolução das práticas, constituindo um indicador objetivo dos ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da capacitação dos cuidadores e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para a análise dos dados dos itens observados na grelha, foram utilizados variáveis dicotómicas (sim/não), sendo que itens não aplicáveis foram excluídos do denominador específico (Apêndice 10). Assim, pela análise dos resultados podemos perceber que globalmente antes da intervenção tínhamos uma taxa de cumprimentos das medidas preventivas de 50%, e após a intervenção uma taxa de cumprimento de 71,8%,

havendo um ganho absoluto médio de 21,8% pontos percentuais, o que traduz uma melhoria na prática dos cuidados preventivos deste grupo.

Os resultados da intervenção (Gráfico 19), revelaram que os maiores ganhos absolutos ocorreram nos seguintes itens:

- avaliação diária da pele, cuja taxa de cumprimento aumentou de 70% para 100% (+30 pontos percentuais). Foi constatado que de um modo geral, a inspeção total da pele era efetuada diariamente, e a zona sacro diversas vezes por dia, pela mudança frequente da fralda.
- utilização de produtos barreira, aumentou de 70% para 90% (+20 pontos percentuais). Também foi notado que a gestão da humidade não era um problema para este grupo, utilizando na sua maioria corretamente uma creme barreira.
- mudança frequente de fralda, aumentou de 50% para 80% (+30 pontos percentuais). Neste ponto verificou-se que apesar de todos mudarem a fralda frequentemente no período diurno, o mesmo não se verificava no período noturno, levando à pele neste período a mais exposição à humidade;
- identificação de zonas vulneráveis, aumentou de 20% para 60% (+40 pontos percentuais). Verificou-se que no pré intervenção poucos souberam identificar as zonas mais vulneráveis, mas após a intervenção este foi um ponto facilmente perceptível para o grupo, sendo que o folheto entregue uma mais-valia neste ponto;
- reconhecimento de sinais clínicos (edema, calor, rubor), aumentou de 40% para 80% (+40 pontos percentuais). No início foram menos de metade dos cuidadores/utentes que sabiam os 3 sinais clínicos indicativos de pré lesão, mas após a intervenção, também este foi um ponto facilmente adquirido para o grupo, sendo que também o folheto entregue uma mais-valia;
- a utilização correta de superfícies de apoio situava-se nos 40%, tendo aumentado após a intervenção para 70% (+30 pontos percentuais). Tendo em conta que dois utentes não tinham capacidade económica para adquirirem qualquer superfície de apoio, estas percentagens têm outra leitura. Desta forma, dos 80% de utentes que possuíam superfícies de apoio, metade teve dificuldade na correta calibração dos sobre colchões de pressão de ar para o peso (20%) e 20% utilizavam incorretamente almofada tipo anel.

No que respeita aos itens: hidratação da pele com creme, evitando friccionar zonas sensíveis, observou-se uma adesão de 80% antes da intervenção, evoluindo para 90% após a intervenção; e o item de: realização de uma dieta adequada, verificou-se uma conformidade de 70% antes da intervenção, aumentando para 90% no período pós-intervenção. Esses itens embora o aumento não fosse muito significativo, mas em geral eram já cumpridos pela globalidade dos cuidadores/utentes.

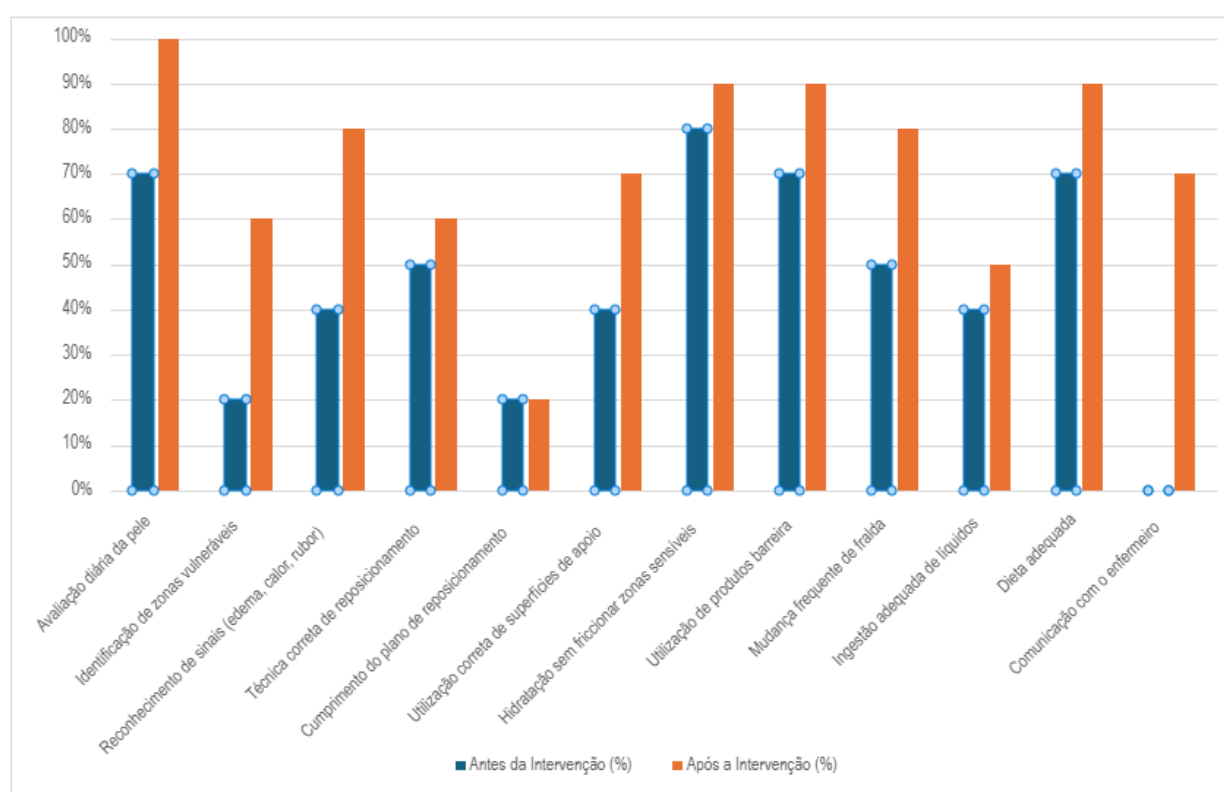
Relativamente ao item: comunicação com o enfermeiro, esta não era aplicável no período anterior à intervenção, passando a registar-se uma adesão de 70% após a intervenção, considerando-se para este resultado, os utentes/cuidadores que reconheceram o enfermeiro como o profissional de referência para a primeira atuação em caso de sinais precoces de UPP. Os restantes 30% tiveram dúvidas quem acionar após a deteção de alterações cutâneas.

Já os menores ganhos absolutos registaram-se nos itens:

- cumprimento do plano de reposicionamento, que se manteve em 20% (0 pontos). O plano de reposicionamento para este estudo, foi regido pelas normas de atuação das *guidelines* internacionais

EPUAP, NPIAP & PPIA (2025) que se refere a um reposicionamento a cada 2 a 3 horas, sendo que no período noturno foi alargado a 4 horas. Apenas 20% dos utentes já cumpriam estas diretrizes. Verificou-se que apesar do reforço de ensino sobre as diretrizes internacionais, o que foi possível e mais aproximado é a mudança de posição de diurna entre 3 a 4 horas e o descanso noturno de 6 horas. Nos utentes que se sentavam em cadeira (60%), nenhum cumpria o tempo de alívio de pressão, sendo que eram todos totalmente dependentes do cuidador para este alívio de pressão. Essencialmente a idade e limitação física destes cuidadores dita a grande dificuldade no domicílio em cumprir este item.

- cumprimento das técnicas corretas de reposicionamento, aumentando de 50% para 60% (+10 pontos percentuais). Especificamente sobre o cumprimento das técnicas corretas de posicionamento eram avaliadas os seguintes sub-itens, só se assumindo que este parâmetro estava completamente dominado se os cuidadores cumprissem todas as recomendações avaliadas: cumpre ângulos de 30° nos decúbitos laterais da posição deitado, cumpre o correto posicionamento na posição de sentado, posiciona corretamente as pernas e calcanhares quer na posição sentado ou deitado e tenta evitar forças de fricção e cisalhamento no posicionamento. O que se verificou na análise mais micro destes dados é que apenas 50% da população cumpria todas as recomendações avaliadas, sendo que quase todos cumpriam a recomendação dos 30° nos decúbitos laterais (90%), e cerca de 70% adotava uma posição correta aquando sentados (sem deslizamento). Contudo 50% não cumpriam o posicionamento correto das pernas e calcanhares quer na posição sentado quer na posição de deitado e só cerca de 60% da população tentava evitar forças de fricção e cisalhamento nos posicionamentos.
- ingestão adequada de líquidos, aumentando de 40% para 50% (+10 pontos percentuais).



Gráficos 14 – Avaliação pré e pós intervenção de capacitação de cuidadores e utentes

Fonte: Elaboração própria

No sentido de melhor clarificação da não adesão às recomendações transmitidas, no item aberto da grelha: Comentários, foi recolhida informação detalhada sobre as barreiras percebidas por cuidadores e utentes à implementação das práticas preventivas, e as suas dificuldades, conforme os princípios do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Esta recolha teve como objetivo identificar os fatores que limitam a adesão aos cuidados preventivos. Os dados obtidos foram sistematizados e encontram-se compilados na Tabela 14, permitindo uma análise estruturada das dificuldades, desde obstáculos relacionados com a motivação, perceção de autoeficácia, conhecimento insuficiente, até fatores contextuais e logísticos. Esta abordagem fornece subsídios para ajustar as intervenções educativas, reforçar o suporte aos cuidadores e utentes, e promover a incorporação sustentável das práticas preventivas na rotina diária.

Situação / Observação	n	%
Razões de não cumprimento do esquema de posicionamentos: - Dificuldade em aliviar pressão na posição de sentado - Cuidador com dificuldade em assumir o seu papel como cuidador	6 2	60% 20%
Razões de não utilização das técnicas corretas de reposicionamentos: - Inadequação das almofadas de apoio (pequenas e muito baixas) - Utente muito dependente – cuidadora com dificuldade física em posicionar utente, “arrastando” utente nas mobilizações	5 4	50% 40%
Razões para a não correta hidratação: - Recusa por parte do utente - Desconhecimento da quantidade de líquidos a ingerir.	3 3	30% 30%
Utentes não possuem SA por condição económica.	2	20%

Tabela 14 – Dados colhidos no item aberto: Comentários

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito ao não cumprimento do esquema de posicionamentos, a principal barreira é a dificuldade em aliviar pressão na posição sentada (60%), sendo que foi também identificado com 20%, a dificuldade do cuidador em assumir o seu papel (20%), levando à não adesão do esquema de reposicionamentos. Relativamente à não utilização de técnicas corretas de reposicionamento, destacam-se duas problemáticas com impacto para os cuidados prestados: inadequação das almofadas de apoio (50%) e a elevada dependência do utente associada à limitação física do cuidador (40%), havendo a utilização de estratégias inadequadas, como o “arrasto” que aumenta a probabilidade de lesões tanto para o utente como para o cuidador. No domínio da hidratação, observa-se como causas ao correto cumprimento: a recusa do utente (30%) e o desconhecimento das quantidades adequadas de ingestão hídrica (30%), que revela uma lacuna de literacia em saúde por parte dos cuidadores.

Por fim, salienta-se a existência de utentes sem superfícies de apoio. Sobre o levantamento das especificidades das superfícies de apoio destes utentes, vemos que embora esta população seja muito dependente e 90% dos utentes apresente UPP, nenhum tem colchão de pressão alterna tubular (preconizado nas normas como a

escolha melhor para utentes muito dependentes e com UPP), essencialmente pelos elevados custos monetários deste tipo de equipamento.

Cerca de 40% dos utentes utilizam sobre colchão de pressão alterna, 40% colchão viscoelástico e 50% possui almofada anti escara (20% almofada de espuma, 20% almofada de células de ar, e 10% almofada de gel). Dois utentes (20%) não possuem qualquer superfície de apoio por condição económica não permitir. Para colmatar esta dificuldade foi feita tentativa de articulação com recursos sociais e institucionais que pudessem garantir este equipamento, nomeadamente colchões anti escaras. A nível institucional não é pratica ser dispensado este tipo de material para os cuidados domiciliários e a nível comunitário este tipo de apoio é escasso se falarmos de almofadas, quase nulo no que toca a colchões anti escaras.

Os dados do presente estudo confirmam algumas barreiras à prevenção de UPP já descritas na literatura. Roddis, Dyson, Woodhouse, Devrell, Oakley, & Cowdell (2024) destacam que a escassez de recursos representa uma limitação significativa no cuidado domiciliário. De igual modo, García-Sánchez, Martínez-Vizcaíno, & Rodríguez-Martín (2019) referem que a organização dos serviços de saúde constitui uma barreira ao envolvimento do cuidador; no contexto domiciliário, esta limitação evidencia-se no presente estudo pela prática institucional, em que a disponibilização de colchões anti-escaras não é habitual, embora almofadas de alívio de pressão estejam disponíveis de forma limitada.

O estudo de Chen et al. (2025) identificou também várias barreiras à prestação de cuidados eficazes, que vão de encontro às barreiras identificadas neste estudo. Assim, Chen et al. (2025) apesar de registarem um forte sentido de responsabilidade dos cuidadores, identificam as seguintes barreiras: conhecimento limitado dos cuidadores sobre prevenção e tratamento de úlceras, elevada carga emocional, dificuldade em reconhecer sinais precoces de agravamento, recursos inadequados em casa e acesso restrito a apoio profissional e aconselhamento, gerando inconsistências em relação às diretrizes clínicas.

Estes dados são semelhantes aos obtidos neste projeto, onde a análise dos dados sobre as barreiras identificadas, pode ser organizada essencialmente em duas categorias: uma relacionada com os intervenientes no processo de cuidado e outra com fatores materiais e socioeconómicos.

No que respeita à categoria relacionada com os intervenientes no processo de cuidado, esta concentra a maioria das dificuldades identificadas. Destaca-se a dificuldade em aliviar pressão na posição sentada (60%), explicando assim a principal razão deste grupo ter UPP na região sacro. Acresce a elevada dependência do utente associada à limitação física do cuidador (40%), que condiciona a execução segura das mobilizações e favorece a utilização de estratégias inadequadas como o “arrasto”. Este fato tem de ser também analisado à luz das características específicas deste grupo: cuidadores com média de idade elevada e também já com problemas de saúde associados. Observa-se ainda a recusa do utente na correta hidratação (30%), bem como o desconhecimento das quantidades adequadas de ingestão hídrica (30%), evidenciando lacunas de literacia em saúde. Inclui-se aqui também a dificuldade do cuidador em assumir o seu papel (20%), o que pode comprometer todo o ato de cuidar.

Ao nível dos fatores materiais e socioeconómicos, verifica-se a inadequação das almofadas de apoio (50%), nomeadamente por serem insuficientes em tamanho ou altura. Esta limitação condiciona a eficácia das técnicas de reposicionamento, comprometendo a manutenção de um posicionamento adequado e seguro, mesmo quando existe conhecimento técnico por parte dos cuidadores. Por fim nesta categoria, salienta-se a ausência de superfícies de apoio por razões económicas (20%), o que traduz uma barreira de acesso a recursos essenciais para a prevenção de lesões associadas à imobilidade.

Outro fator sócio-económico que poderá ser considerado barreira para a prestação eficaz dos cuidados preventivos, é o facto de 66,7% dos cuidadores não disporem de qualquer tipo de apoio comunitário. Na maioria dos casos, a prestação necessária a pagar para o apoio de Centro de Dia ou outras associações, é considerada elevada para estas famílias. Verificou-se também que na prática, os utentes que tem apoio destas associações têm principalmente para prestação de cuidados de higiene, uma vez por dia; sendo que são poucas as instituições que são capazes de alargar o seu apoio para duas ou três vezes por dia de forma de ajudar o cuidador na alternância de decúbitos.

É ainda de salientar que a maioria dos cuidadores demonstrou uma forte ligação emocional ao utente, assumindo grande responsabilidade pelo ato de cuidar, indo de encontro aos resultados de Chen et al. (2025). Contudo, em 20% dos casos, essa responsabilização não ocorreu, situação que poderá ser associada a cuidadores com menor tempo no papel de cuidador (entre 1 e 6 meses). O'Connor (2006), que descreve o processo de autodefinição como cuidador como socialmente construído. Segundo este autor, os indivíduos não apenas assumem o papel de cuidador, mas desenvolvem, através das interações sociais, uma nova linguagem e narrativa que lhes permite compreender e dar sentido às suas ações. Este processo de posicionamento contribui para reconhecer o trabalho realizado, implementar estratégias de autocuidado e promover a saúde e o bem-estar do cuidador, tornando-se, assim, um passo crucial na assunção da responsabilidade pelo cuidado de um familiar.

Relativamente à avaliação do PIC *Cuidar Sem Pressão*, no que se refere à intervenção dirigida ao grupo comunitário de cuidadores e utentes, é possível observar no Quadro 19 que os indicadores definidos foram, de forma global, cumpridos. O objetivo de reconhecimento dos sinais precoces de UPP (rubor, alteração de temperatura, dor e edema) foi atingido, com 80% dos cuidadores/utentes a identificar corretamente pelo menos três sinais, o que demonstra eficácia da componente educativa relativa à deteção precoce.

Em contrapartida, a adoção consistente das medidas preventivas apresentou resultados mais variáveis: o cumprimento do reposicionamento foi limitado (20%), não atingindo o valor esperado, mas o uso correto das superfícies de apoio e almofadas alcançou 70%, numa população de 80% que possuía superfície de apoio, tendo sido considerado atingido.

Já os cuidados à pele (hidratação e utilização de produtos barreira) e a adoção de uma dieta adequada foram cumpridos por 80% e 90% dos utentes, respetivamente, atingindo os objetivos definidos. Estes resultados sugerem que, embora a intervenção tenha sido eficaz na transmissão de conhecimento e deteção precoce de sinais de risco, existem barreiras práticas ou contextuais que dificultam a implementação completa de algumas medidas preventivas, nomeadamente do reposicionamento e da técnica correta de posicionamento, apontando para a necessidade de estratégias de reforço contínuo e acompanhamento individualizado.

Numa outra análise sobre o benefício deste tipo de intervenção estruturada educativa com os utente e cuidadores, vários autores consultados referem que a formação dos cuidadores permite melhorar o cuidado preventivo (Antony & Thelly, 2022) Tuncer, Yilmaz & Mert, 2024) o que corrobora os dados apresentados. Contudo, o estudo de O'Connor, Moore e Patton (2019) que analisou 10 estudos sobre os efeitos da educação dirigida a utentes e cuidadores informais na prevenção de UPP em populações em risco, concluíram que embora as intervenções educativas fossem concebidas para melhorar o conhecimento e as práticas preventivas, os autores não poderiam afirmar com certeza se estas intervenções reduzem a incidência de novas úlceras por pressão ou melhoram os cuidados preventivos, sublinhando a necessidade de pesquisas adicionais de maior qualidade para validar os resultados.

Assim, mesmo que os resultados deste projeto não permitam estabelecer uma relação causal robusta entre estas intervenções e a diminuição da incidência de úlceras por pressão, os benefícios indiretos, nomeadamente ao nível da literacia em saúde, da autonomia e da qualidade dos cuidados prestados, justificam a sua implementação. Neste sentido, os programas educativos devem ser encarados como uma componente essencial de uma abordagem multifatorial à prevenção, sendo simultaneamente necessário investir em investigação futura mais rigorosa que permita consolidar a evidência científica nesta área.

Objetivo Específico	Meta	Indicador de Medida	Avaliação
Capacitar os utentes/cuidadores informais para reconhecer sinais iniciais de risco de UPP.	≥ 80% dos utentes/cuidadores informais identificam corretamente.	Indicador de resultado: (Percentagem de cuidadores que identificam corretamente ≥ 3 sinais precoces indicativos de UPP: rubor, alteração temperatura, dor, edema) / (número total de utentes/cuidadores informais) x 100	Indicador de resultado: Percentagem de utente que identifica corretamente os sinais precoces: 80% - ATINGIDO
Promover o conhecimento dos utentes/cuidadores informais sobre os cuidados de prevenção de UPP.	≥ 80% dos utentes/cuidadores informais observados adotam no mínimo as seguintes medidas preventivas: reposicionamento, adaptação de superfícies de apoio, cuidados à pele, nutrição adequada.	Indicador de resultado: (número de utentes/cuidadores informais que adotam as medidas preventivas) / (número total de utentes/cuidadores informais)	Indicador de resultado: Percentagem de utentes que cumprem o reposicionamento: 20% - NÃO ATINGIDO Indicador de resultado: Percentagem de utentes que utilizam Superfícies de Apoio e almofadas corretamente: 70% em 80% - ATINGIDO Indicador de resultado: Percentagem de utentes que cumprem cuidados à pele (hidratação e utilização de produtos barreira): 80% - ATINGIDO Indicador de resultado: Percentagem de utentes que cumpre dieta adequada: 90% - ATINGIDO

Quadro 19 - Avaliação dos objetivos delineados para o grupo dos cuidadores/enfermeiros

Fonte: Elaboração própria

4.5 Conclusão e Implicações para a Prática Clínica

A análise dos resultados obtidos neste PIC: *Cuidar sem Pressão* permite uma reflexão aprofundada sobre as implicações para a prática de enfermagem, particularmente no contexto domiciliário, onde a prevenção das UPP se assume como um desafio complexo, dinâmico e fortemente condicionado por múltiplos fatores interdependentes. Um dos aspetos mais relevantes deste programa prende-se com o facto de abranger a

capacitação de dois grupos fundamentais no processo de cuidado: os profissionais de saúde e os cuidadores/utentes. Esta abordagem é estratégica, no sentido em que reforça simultaneamente os “pilares” formais e informais do cuidar. Ao intervir nestes dois níveis, o programa amplia significativamente o potencial de melhoria das práticas preventivas, criando uma maior coerência entre aquilo que é prescrito pelos profissionais e aquilo que é efetivamente executado no domicílio.

De forma global, verifica-se que os enfermeiros apresentam atitudes positivas face à prevenção de UPP, reconhecendo a sua importância, a eficácia das intervenções e o papel central da enfermagem neste processo. Contudo, os dados evidenciam que estas atitudes, embora fundamentais, não se traduzem automaticamente em conhecimento sólido nem em práticas consistentes, corroborando a evidência de que a relação entre atitude, conhecimento e prática é frequentemente desalinhada (Avsar et al., 2023; Halász et al., 2021; Beeckman et al., 2011). Esta constatação tem implicações diretas na prática clínica, uma vez que evidencia a necessidade de reforçar não apenas a motivação dos profissionais, mas sobretudo a sua capacitação técnica. Os níveis moderados de conhecimento identificados através do PUKAT, particularmente nas áreas das medidas preventivas e da redução da pressão e cisalhamento, demonstram dificuldades na operacionalização de cuidados fundamentais, o que pode comprometer a eficácia das intervenções. Tal cenário reforça a importância da formação contínua e direcionada, alinhada com as necessidades reais dos profissionais e orientada para a prática, conforme defendido por Gaspar et al. (2019) e Amorim et al. (2024).

Neste contexto, as ações de formação implementadas assumiram um papel estruturante, não apenas como estratégia de atualização de conhecimentos, mas como instrumento de transformação da prática. A elevada adesão e satisfação dos profissionais indicam uma perceção clara da relevância destas intervenções, reforçando a ideia de que a aprendizagem contínua constitui um pilar essencial para a melhoria dos cuidados (Tuncer, Yılmaz & Mert, 2024; Gomes et al., 2024). Contudo, importa salientar que a formação, por si só, não é suficiente, sendo necessária a sua integração com estratégias que promovam a transferência efetiva do conhecimento para a prática clínica.

A introdução de protocolos estruturados de prevenção de UPP surge, assim, como uma resposta concreta a esta necessidade, permitindo sistematizar intervenções, reduzir a variabilidade da prática e apoiar a tomada de decisão clínica. No entanto, como referem Taylor, Mulligan & McGraw (2021) e Woodhouse et al. (2024), a eficácia destes instrumentos depende da sua adaptação ao contexto específico do domicílio, não podendo ser aplicados de forma rígida ou descontextualizada.

No que diz respeito à intervenção dirigida ao grupo de cuidadores/utentes, a caracterização desta população evidencia um contexto particularmente exigente para a prática de enfermagem. Os utentes apresentam, de forma global, um perfil marcado pelo envelhecimento, elevada dependência funcional e significativa vulnerabilidade clínica, frequentemente associado à presença de múltiplas comorbilidades. Este cenário traduz-se numa maior suscetibilidade ao desenvolvimento de UPP e numa necessidade acrescida de cuidados contínuos, vigilância sistemática e intervenções preventivas rigorosas e é consistente com a literatura (Oliveira, Silva & Marques, 2023; Fonseca-Teixeira et al., 2025).

Paralelamente, os cuidadores informais que asseguram estes cuidados são, na sua maioria, também indivíduos com idade avançada, muitas vezes com limitações físicas e, por vezes, com problemas de saúde próprios. A este contexto acresce uma carga emocional significativa, associada à responsabilidade do cuidar, bem como, em alguns casos, baixos níveis de literacia em saúde e pouca experiência prévia no desempenho deste papel (Sequeira, 2010). Esta combinação de fatores condiciona a sua capacidade de executar corretamente as

medidas preventivas, sobretudo aquelas que exigem maior esforço físico ou competências técnicas mais específicas. Efetivamente, os resultados evidenciam que muitas das dificuldades na implementação das medidas preventivas estão diretamente associadas às limitações dos cuidadores, quer ao nível físico e emocional, quer ao nível do conhecimento. A baixa literacia em saúde identificada em alguns cuidadores reforça ainda mais a necessidade de intervenções educativas estruturadas, adaptadas ao contexto domiciliário e sustentadas numa linguagem acessível. A capacitação do cuidador deve ser entendida como um processo contínuo, que visa promover autonomia, segurança e qualidade dos cuidados, conforme defendido por Martin & Holloway (2024), Gomes et al. (2024) e Woodhouse et al. (2024).

Neste contexto, destaca-se a importância do folheto educativo desenvolvido no âmbito do projeto, que se revelou um instrumento facilitador fundamental na capacitação dos cuidadores. A sua utilidade prende-se não apenas com a transmissão de informação, mas sobretudo com a forma como esta é apresentada: clara, acessível, estruturada e adaptada à realidade do domicílio. Este recurso permitiu reforçar os ensinamentos realizados, funcionando como suporte de consulta contínua, especialmente em situações de dúvida ou insegurança no momento da prestação de cuidados (Amorim et al., 2024; Chen et al., 2025).

Neste sentido, a prática de enfermagem nesta área deve evoluir para um modelo que integre o cuidador como alvo direto de intervenção, reconhecendo o seu papel central no processo de cuidar. Tal como salientam Chen et al. (2025), Meireles et al. (2022) e Fernandes et al. (2023), a sobrecarga do cuidador constitui uma barreira significativa à prestação de cuidados eficazes, sendo essencial a sua monitorização e apoio contínuo.

Relativamente ao programa estruturado de capacitação dirigida a cuidadores e utentes, observaram-se ganhos significativos na adoção de práticas preventivas, com aumento global do cumprimento das medidas de 50% para 71,8%. Destacam-se melhorias na avaliação da pele, identificação de zonas de risco e reconhecimento precoce de sinais clínicos, evidenciando a eficácia da componente educativa na deteção precoce de UPP. No entanto, os resultados também revelaram dificuldades na implementação de medidas que exigem continuidade e esforço físico, como o reposicionamento e a sua execução correta. Estes itens apresentaram ganhos reduzidos, sugerindo que a mudança de comportamentos associados a rotinas estruturadas é mais difícil e depende de múltiplos fatores contextuais (Antony & Thelly, 2022; Tuncer et al., 2024).

Estas dificuldades confirmam que a prevenção de UPP em contexto domiciliário assenta numa rede de fatores interdependentes. Para além dos fatores individuais do cuidador e do utente, destacam-se também como limitações: insuficiência de superfícies de apoio adequadas e a ausência de colchões de pressão alternativos, essenciais para utentes altamente dependentes. Estas dificuldades, associadas a constrangimentos económicos e à limitada disponibilização institucional de equipamentos, constituem barreiras significativas à implementação eficaz das medidas preventivas (Irwin, 2023; Roddis et al., 2024; García-Sánchez et al., 2019; Woodhouse et al., 2024).

Em suma, o PIC *Cuidar sem Pressão* evidencia que a prevenção de úlceras por pressão em contexto domiciliário requer uma abordagem integrada e multidimensional, que articule formação contínua dos profissionais, capacitação efetiva dos cuidadores, aplicação de protocolos baseados na evidência e disponibilização adequada de recursos. Apesar dos ganhos observados, persistem barreiras estruturais, organizacionais e contextuais que condicionam a plena implementação das medidas preventivas, reforçando o enfermeiro como elemento central na coordenação do cuidado, na tomada de decisão clínica e na adaptação das intervenções à realidade do domicílio. Esta centralidade enquadra-se no papel EESCSP, enquanto agente integrador de

cuidados, promotor de literacia em saúde e gestor de respostas em contexto comunitário. Esta atuação encontra suporte em referenciais teóricos como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista atua como gestor do cuidado em contexto comunitário, identificando necessidades em saúde, avaliando riscos e implementando intervenções individualizadas que articulam conhecimento científico e realidade sociofamiliar.

As implicações deste projeto para a prática de enfermagem evidenciam a necessidade de consolidar uma formação contínua dos profissionais, estruturada, intencional e orientada para o desenvolvimento de competências críticas, ancorada nas necessidades reais identificadas no contexto clínico e comunitário. Mais do que a mera atualização teórica, esta formação deve assegurar a translação efetiva do conhecimento para a prática, promovendo a integração consistente da evidência científica na tomada de decisão clínica e na execução das intervenções preventivas, nomeadamente no âmbito das úlceras por pressão.

Em paralelo, torna-se fundamental reforçar uma prática de enfermagem centrada no cuidador informal, reconhecendo-o como coautor ativo do processo de cuidados em contexto domiciliário. Esta perspetiva implica o desenvolvimento de intervenções educativas sistemáticas, progressivas e individualizadas, ajustadas não apenas ao nível de literacia em saúde, mas também às limitações físicas, cognitivas, emocionais e às condições concretas do ambiente domiciliário, de forma a promover a sua capacitação efetiva e a sustentabilidade das práticas preventivas no quotidiano.

Acresce que a eficácia das intervenções de prevenção não depende exclusivamente da competência técnica dos profissionais ou dos cuidadores, sendo fortemente condicionada por determinantes económicos, estruturais e organizacionais que influenciam a disponibilidade de recursos e a viabilidade da sua implementação. Neste enquadramento, o enfermeiro assume um papel ampliado e estratégico enquanto gestor do processo de cuidados, mediador entre os diferentes níveis de recursos e facilitador da articulação interinstitucional, assegurando a continuidade, coerência e sustentabilidade das intervenções no contexto comunitário.

Persistem, contudo, limitações metodológicas relevantes que devem ser consideradas na interpretação crítica dos resultados deste projeto e na sua extrapolação para outras realidades. Destaca-se, em primeiro lugar, a reduzida dimensão da amostra e a especificidade do contexto de intervenção, centrado numa realidade particular de ECCI, o que limita a representatividade dos dados e condiciona a sua generalização a outras populações ou contextos assistenciais com características distintas. Acresce ainda a curta duração da intervenção, que não permite avaliar de forma consistente a sustentabilidade dos ganhos obtidos ao longo do tempo, nem aferir a manutenção das mudanças comportamentais e organizacionais observadas.

Adicionalmente, a variabilidade intrínseca dos contextos domiciliários introduz um fator de heterogeneidade significativo, uma vez que as condições habitacionais, os recursos disponíveis e o perfil dos cuidadores diferem amplamente entre situações, influenciando diretamente a implementação das intervenções e a comparabilidade dos resultados. Por fim, a utilização de dados autorreportados pelos cuidadores constitui uma limitação adicional, na medida em que pode introduzir viés de desejabilidade social e imprecisões na autoavaliação das práticas, afetando a fiabilidade das medidas de cumprimento. Em conjunto, estes fatores podem condicionar a robustez dos resultados obtidos e restringir a sua generalização, sublinhando a necessidade de estudos futuros com amostras mais alargadas, seguimento longitudinal e metodologias complementares de recolha de dados.

Conclusão

A elaboração do presente relatório final de estágio traduz um percurso formativo estruturado, progressivo e integrador, desenvolvido em diferentes contextos da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Este percurso permitiu a consolidação de conhecimentos teóricos e a sua aplicação em contexto real, promovendo o desenvolvimento de competências especializadas fundamentais ao exercício profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram implementadas intervenções em saúde pública e comunitária. Na vertente de saúde pública, destaca-se a elaboração de um Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) da comunidade e a intervenção nas Consultas Respiratórias na Comunidade, onde se dinamiza o Programa Nacional para a Tuberculose, com participação na organização de rastreios, realização de inquéritos epidemiológicos e desenvolvimento de um *dashboard* de monitorização de dados, contribuindo para a melhoria da vigilância epidemiológica. Na vertente comunitária, salienta-se a participação na gestão da campanha vacinal Gripe/COVID-19, a dinamização de sessões de educação para a saúde no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde Escolar e Saúde Oral e a intervenção no programa “Diabetes em Movimento”, promovendo a literacia em saúde, a promoção da saúde, o autocuidado e a prevenção da doença dos diversos grupos comunitários.

Da análise diagnóstica emergiu como grupo prioritário as pessoas dependentes com risco de úlceras por pressão, num contexto marcado por envelhecimento populacional, dispersão geográfica e elevada carga de doença crónica. Em Portugal, este cenário assume particular relevância, com uma esperança média de vida após os 65 anos de 19,8 anos e cerca de 38% das pessoas idosas a necessitar de apoio nas atividades de vida diária (Pordata, 2024). Assim, a prevenção das úlceras por pressão em contexto domiciliário tornou-se uma área prioritária de intervenção, sustentada em determinantes como a capacitação de cuidadores e profissionais, a implementação de cuidados baseados na evidência e a disponibilidade de recursos adequados.

Neste contexto foi desenvolvido o projeto de intervenção “Cuidar sem Pressão”, implementado nas ECCI da ULSBI, constituindo o eixo central deste percurso formativo. O projeto teve como finalidade melhorar a implementação de medidas preventivas de UPP, através da capacitação de profissionais e cuidadores e utentes, da utilização de estratégias educativas estruturadas e da promoção de práticas baseadas na evidência, com impacto na melhoria da literacia em saúde e na vigilância clínica.

Relativamente à intervenção junto dos enfermeiros, foi aplicado a este grupo, como estratégia diagnóstica o questionário APu-PT, cujos resultados evidenciaram atitudes globalmente positivas face à prevenção de UPP (79,5%; $\mu=3,18$; $\sigma=0,58$). Foi aplicado também o questionário PUKAT que revelou um nível de conhecimento moderado sobre a área da prevenção de UPP (58,7%; $\sigma=23,2\%$), destacando-se melhores resultados na nutrição (80%) e maiores fragilidades nas medidas preventivas (52,7%) e na gestão de pressão e cisalhamento (49,7%). Estes resultados evidenciam um desfasamento entre atitude, conhecimento e prática, tendo sido, neste sentido, implementadas sessões de formação dirigidas às áreas de dificuldade identificadas. As formações foram globalmente muito bem avaliadas pelos profissionais, evidenciando elevada satisfação com a sua relevância, qualidade, aplicabilidade e desempenho do formador.

Relativamente à intervenção junto dos cuidadores e utentes, foi aplicado um programa estruturado de ensino no domicílio aos utentes com alto risco de UPP para a sua prevenção. Neste grupo, na caracterização dos cuidadores, verificou-se um perfil maioritariamente feminino, com idade média de 61,8 anos, elevada carga de cuidados e rede de suporte limitada, sendo que cerca de um terço apresentava sobrecarga. Já caracterização do grupo de utentes evidencia uma população maioritariamente masculina (70%), envelhecida (idade média de 70,5 anos), com elevada dependência funcional (*Barthel* médio de 26,4). Verifica-se também alto risco de úlceras por pressão (*Braden* 13,3), baixo risco de queda na maioria dos casos, e risco nutricional em 20% dos utentes. Todos apresentam múltiplas comorbilidades, destacando-se a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* tipo 2, ambas presentes em 40% da população. Observa-se ainda elevada prevalência de UPP (90%), principal motivo de admissão na ECCL, sendo 60% das UPP de grau 3 ou 4, predominantemente na região sacrococcígea (70%). A maioria desenvolveu-se no domicílio (66,7%), reforçando a necessidade de intervenção preventiva estruturada na comunidade.

Sobre os resultados do programa estruturado de ensino junto de cuidadores e utentes, evidenciaram uma melhoria global das práticas preventivas, com aumento do cumprimento de 50% para 71,8% (+21,8 pontos percentuais). Destacaram-se ganhos relevantes na identificação de zonas vulneráveis (20% para 60%, +40 pp), no reconhecimento de sinais clínicos (40% para 80%, +40 pp), na avaliação diária da pele (70% para 100%, +30 pp) e na mudança de fralda (50% para 80%, +30 pp), refletindo uma melhoria significativa na vigilância e nos cuidados básicos de prevenção. Registaram-se ainda progressos na utilização de produtos barreira (70% para 90%, +20 pp), superfícies de apoio (40% para 70%, +30 pp), cuidados com a pele (80% para 90%, +10 pp), dieta adequada (70% para 90%, +20 pp) e comunicação com o enfermeiro (70% após intervenção).

Apesar dos ganhos obtidos, persistiram dificuldades em áreas mais complexas, nomeadamente no cumprimento do plano de reposicionamento (20% sem alteração), nas técnicas corretas de posicionamento (50% para 60%, +10 pp) e na ingestão adequada de líquidos (40% para 50%, +10 pp). Estas limitações estão associadas a fatores como a dependência funcional dos utentes, limitações físicas dos cuidadores, dificuldade no alívio de pressão em posição sentada (60%), inadequação das superfícies de apoio (50%) e lacunas de literacia em saúde (30%), evidenciando a influência de determinantes multidimensionais na prática preventiva.

Da análise dos resultados, emergem importantes implicações para a prática de enfermagem. Por um lado, evidencia-se a necessidade de investimento contínuo na capacitação dos enfermeiros, uma vez que, apesar das atitudes globalmente positivas face à prevenção de úlceras por pressão, subsistem lacunas ao nível do conhecimento, particularmente nas áreas das medidas preventivas e da gestão da pressão e do cisalhamento. Este desfasamento entre atitude, conhecimento e prática reforça a importância da formação contínua, orientada para as necessidades identificadas, de forma a promover a aplicação efetiva de cuidados baseados na evidência.

Por outro lado, os resultados demonstram a relevância da implementação de intervenções estruturadas no domicílio, dirigidas a cuidadores e utentes, evidenciada pelos ganhos significativos nas práticas preventivas. Contudo, as dificuldades persistentes em áreas mais complexas indicam que a intervenção deve ser contínua, individualizada e multidimensional, integrando não só a educação para a saúde, mas também o apoio aos cuidadores, a adequação de recursos e a consideração dos fatores funcionais e sociais, reforçando o papel do enfermeiro na promoção de cuidados domiciliários seguros e de qualidade.

A continuidade deste projeto passará pela validação e aprovação do protocolo desenvolvido neste projeto por um grupo de peritos da ULS da Beira Interior, bem como na sua subsequente implementação no contexto de cuidados domiciliários. Pretende-se, com esta medida, assegurar a sistematização e uniformização das práticas de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão, promovendo a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados, bem como uma atuação mais consistente e baseada na evidência por parte das equipas, particularmente no acompanhamento de pessoas dependentes no domicílio. Também a aprovação e validação institucional já pedido ao Conselho Técnico das UCC do folheto educativo dirigido aos cuidadores informais, pretende reforçar a literacia em saúde, apoiar a capacitação dos cuidadores no domicílio e promover a adoção de comportamentos preventivos adequados, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e para a redução do risco de complicações associadas à dependência funcional.

Por outro lado, será proposta a implementação de um plano de formação formal dirigido aos enfermeiros, sustentado nos resultados obtidos, para reforço das áreas de maior fragilidade identificadas, nomeadamente nas medidas preventivas e na gestão da pressão e do cisalhamento. Esta formação deverá assumir um carácter contínuo, estruturado e orientado para a prática clínica, promovendo a atualização de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e o reforço da articulação entre teoria e prática, com impacto direto na qualidade dos cuidados e nos ganhos em saúde.

Globalmente, este percurso formativo permitiu o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Destaca-se a aquisição de competências na avaliação sistemática das necessidades em saúde da comunidade, sustentada na elaboração do diagnóstico de situação de saúde, bem como no planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas a grupos populacionais prioritários, com base na evidência científica e nos princípios da saúde pública. Foi igualmente reforçada a vigilância epidemiológica da população e a capacidade de desenvolver estratégias de educação para a saúde, promover a literacia em saúde e gerir programas e projetos comunitários, assegurando a articulação eficaz com diferentes parceiros e recursos da comunidade. Esta trajetória sustenta uma prática de enfermagem baseada na evidência, centrada na pessoa, na família e na comunidade, orientada para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis.

Em síntese, a realização deste estágio e do presente relatório final constituiu um marco estruturante no percurso académico e profissional, possibilitando a integração de conhecimentos, o desenvolvimento de competências especializadas e a consolidação de uma identidade profissional autónoma, crítica e reflexiva. Paralelamente, revelou-se igualmente uma experiência profundamente transformadora a nível pessoal, promovendo o desenvolvimento da persistência e da resiliência face aos desafios, bem como o reforço do compromisso ético e humano no cuidar. Esta vivência contribuiu ainda para uma maior maturidade pessoal e profissional, potenciando a capacidade de adaptação a contextos complexos, a gestão construtiva da pressão e a manutenção do foco na qualidade dos cuidados, mesmo perante constrangimentos.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Plano Local de Saúde do ACeS da C[] (B[] C[] e F[]* [PDF]. BICSP – Base de Informação de Centros de Saúde e Unidades Funcionais. Obtido em 02/06/2025 de https://bicsp.min-saude.pt/bitstream/10400.28/3350/1/PLS_ACeS_CovaBeira.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (2024). *Termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2025*. Lisboa, Portugal. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.acss.min-saude.pt/2024/11/termos-de-referencia-para-a-contratualizacao-de-cuidados-de-saude-no-sns-para-2025>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2025). *USP C[] – Missão, visão e valores*. Base de Informação dos Centros de Saúde e Unidades Funcionais (BICSP). Obtido em 02/06/2025 de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/unidades/Unidade/527896091/>
- Águas da C[]. (2023). *Selo de qualidade exemplar*. Obtido em 02/06/2025 de [https://www.aguasdac\[\].pt](https://www.aguasdac[].pt)
- Agenda 2030. (2022). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Relatório de progresso 2022*. Organização das Nações Unidas. Obtido em 02/06/2025 de <https://sdgs.un.org/goals>
- Amorim, I. G. R., Cabral, J. F. F., Sampaio, L. R. L., Barbosa, M. O., & Feitosa, Y. S. (2024). *Development and validation of an educational pamphlet: Technology for home care of pressure injuries*. ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 22, e1531. Obtido em 02/03/2026 de https://doi.org/10.30886/estima.v22.1531_EN
- Andrade, P., Pereira, F., Santos, L., & Saldanha, M. (2010). *Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 17(1), 13–20.
- Anjos, T. A. F., David, A. P. F., Ferreira, D. N. S., Corrêa, J. W., Costa, L. M., Almeida, B. R. S., ... & Kimura, M. A. O. N. (2023). *Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em idosos*. Revista Enfermagem Atual In Derme, 97(2). Obtido em 02/03/2026 de <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1763>
- Antony, L., & Thelly, A. S. (2022). *Knowledge on prevention of pressure ulcers among caregivers of patients receiving home-based palliative care*. Indian Journal of Palliative Care, 28(1), 75–79. Obtido em 02/02/2026 de https://doi.org/10.25259/IJPC_84_2021
- Avsar, P., Budri, A., Patton, D., Walsh, S., & Moore, Z. (2022). *Developing algorithm based on activity and mobility for pressure ulcer risk among older adult residents: Implications for evidence-based practice*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 19(2), 112–120. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1111/wvn.12545>
- Avsar, P., Renjith, V., Chima, C., Patton, D., O'Connor, T., & Moore, Z. (2023). *Assessing nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention: an updated systematic review*. Journal of Wound Care, 32(9), 544–554. Obtido em 02/03/2026 de <https://doi.org/10.12968/jowc.2023.32.9.544>
- Bahrami, Z., Heidari, A., & Cranney, J. (2022). *Applying SMART goal intervention leads to greater goal attainment, need satisfaction and positive affect*. International Journal of Mental Health Promotion, 24(6), 869–882. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2022.018954>
- Batista, M. M. G. (2012). *Atitudes e conhecimentos dos enfermeiros na prevenção das úlceras de pressão: Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument & Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool: Tradução e validação para a população portuguesa*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa. Obtido em 02/02/2025 de <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/cda84933-443f-4e08-bb1c-14e97ee5a4fe>
- Batista, M., Dixe, M. dos A., & Alves, P. (2013). *Attitude towards pressure ulcers instrument: validação e adaptação transcultural para a população portuguesa de enfermeiros*. Referência, III(10), 25–33. Obtido em 02/02/2025 de <https://doi.org/10.12707/riii12130>
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011). *Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 8(3), 166–176. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2025) Obtido em 02/06/2025 de <https://www.bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Broeiro, P. (2015). *Prática baseada em evidência e seus limites*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 31(4), 238–240. Obtido em 02/02/2026 de <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11549>

- Brown, A. (2023). *Choosing the most appropriate dressing: a practical guide*. Journal of Community Nursing, 37(2). Obtido em 02/02/2026 de <https://journals.rcni.com/journal-of-community-nursing/content/article/choosing-the-most-appropriate-dressing-a-practical-guide-jcn2023.37.2.18>
- Candinho, I. B., & Souza, F. S. L. (2025). *Atuação da enfermagem na prevenção e tratamento de lesões por pressão*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, 50(1), 32-42. <https://www.bjscr.com.br/revista/article/view/lesoes-por-pressao-enfermagem>.
- Câmara Municipal da C[] (2019). *Plano Municipal de Gestão de Resíduos Urbanos*. Obtido em 02/06/2025 de [https://www.cm-c\[\].pt](https://www.cm-c[].pt)
- Câmara Municipal da C[] (2024). *Radar Social da C[] – Fase I: diagnóstico social* [PDF]. Obtido em 02/06/2025 de [https://download.cm-covilha.pt/radar_social/radar_social_cd\[\]_fase1_diagnostico.pdf](https://download.cm-covilha.pt/radar_social/radar_social_cd[]_fase1_diagnostico.pdf)
- Carbone, E. T., & Zoellner, J. M. (2012). *Nutrition and health literacy: A systematic review to inform nutrition research and practice*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 112(2), 254–265. Obtido em 02/06/2025 de <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.08.042>
- Chaves Beça, D., Pereira, A. L., Azevedo, M., & Antunes, J. P. (2024). *Evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal: lições aprendidas e perspetivas futuras*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 40, 524–530. Obtido em 02/06/2025 de <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/pt/article/view/14064>
- Chen, Y., Cai, T., Le, P., Zhang, L., Chen, Y., Wu, L., Chen, K., Yuan, C., & Lu, Y. (2025). *Family caregivers' perceptions and challenges in the care of pressure injuries in daily life: A qualitative study*. BMC Geriatrics, 25(1), Article 06114. Obtido em 02/06/2025 de <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06114-1>
- Clarke, M., Moore, Z., Patton, D., O'Connor, T., & Nugent, L. (2017). *The impact of an educational intervention on home support workers' ability to detect early pressure ulcer damage*. British Journal of Community Nursing, 22(Sup12). Obtido em 02/02/2026 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29189069/>
- Clarkson, P., Worsley, P. R., Schoonhoven, L., & Bader, D. L. (2019). *An interprofessional approach to pressure ulcer prevention: A knowledge and attitudes evaluation*. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 12, 377–386. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.2147/JMDH.S195366>
- Chen, Y., Cai, T., Le, P., Zhang, L., Chen, Y., Wu, L., Chen, K., Yuan, C., & Lu, Y. (2025). *Family caregivers' perceptions and challenges in the care of pressure injuries in daily life: a qualitative study*. BMC Geriatrics 25, artigo nº 490. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06114-1>
- Collier, M., Jones, S., & Glendewar, G. (2023). *Pressure ulcer prevention, patient positioning and protective equipment*. British Journal of Nursing, 32(3), 108–116. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.3.108>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2025). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ 2024*. CNPDPCJ. ISSN 2184-559X. Obtido em 19/02/2026 de <https://pt.scribd.com/document/949388625/Relato-rio-Anual-Avaliac-a-o-Atividades-CPCJ-2024>
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (2023). *DataCentro – Estatísticas Regionais*. Obtido em 02/06/2025 de <https://datacentro.ccdrc.pt>
- Comunidade Intermunicipal Beiras e Serra da Estrela (2023). *Perfil do território da CIM Beiras e Serra da Estrela*. Obtido em 02/06/2025 de <https://cimbe.pt>
- Conselho Técnico Independente da ULS Cova da Beira (2025). *Relatório de avaliação dos tempos de espera e recursos humanos*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ulsqb.pt>
- Consortium for Spinal Cord Medicine. (2000). *Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: A clinical practice guideline for health-care professionals*. Obtido em 02/02/2026 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11958176/>
- Costa Dias, M., Almeida, F., & Marques, A. (2023). *Sobrecarga dos cuidadores informais: Estudo observacional em Portugal*. Revista Portuguesa de Enfermagem, 37(2), 45–58. Obtido em 02/06/2025 de <https://doi.org/10.1234/rpe.2023.37.2.45>
- De Pinho, S., Silva Junior, R. F., Pereira, V. G., Pinho, L., Silva, C. V., Caldeira, A. P., Silva, C. S. O., & Costa, S. M. (2024). *Perfil e condições clínicas de pacientes atendidos no programa “Melhor em Casa”*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 18, e258610. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.258610>

- Dalvand, S., Ebadi, A., & Ghanei Gheshlagh, R. (2018). *Nurses' knowledge on pressure injury prevention: A systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool*. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 11, 613–620. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.2147/CCID.S186381>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (2006). *Diário da República* n.º 109/2006, Série I-A, pp. 3856–3865. Obtido em 20/02/2026. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de Abril (2009). *Diário da República* n.º 65/2009, Série I de 2009-04-02. Ministério da Saúde. Obtido em 20/02/2026 de <https://dre.pt>
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro (2009). *Diário da República*, n.º 193/2009, Série I, 7298–7301. Obtido em 20/02/2026 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro (2018). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 232. Recuperado de <https://www.dre.pt/web/guest/home/-/dre/117202785/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. *Diário da República* n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04, n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04. Obtido em 09 de setembro de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>
- Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril (2009). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 74, pp. 15438–15440. <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/04/074000000/1543815440.pdf>
- Despacho n.º 6359/2011, de 13 de abril (2011). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 73. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/6359-2011-293604>
- Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio (2016). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 94, 15239. Obtido em 02/02/2026 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6401-2016-74443131>
- Despacho n.º 9494/2019, de 21 de outubro (2019). *Diário da República*, Série II-C, n.º 202, 142–143. Obtido em 02/02/2026 de <https://portal.oa.pt/publicacoes/informacao-juridica/direito-nacional/tipo-de-informacao/programas/programas-2019/programa-nacional-de-prevencao-da-violencia-no-ciclo-de-vida-pnpvcv/>
- Despacho n.º 13057/2023, de 20 de dezembro (2023) *Diário da República*, n.º 244/2023, Série II, 274–276. Obtido em 19/02/2026 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13057-2023-80813029>
- Diabetes em Movimento. (2011). *Diabetes em Movimento® – Programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2*. Direção-Geral da Saúde. Obtido em 09/02/2026 em <https://diabetesemmovimento.wordpress.com/>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação nº 017/2011 - Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: DGS. Obtido em 15/06/2025 de http://www.arsalentejo.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/05/017_2011
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar* (N.º 015/2015). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 06/10/2025 de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Transmitidas por Vetores*. Obtido em 06/10/2025 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/zika-plano-nacional-de-prevencao-e-controlo-de-doencas-transmitidas-por-vetores-1-versao-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016b). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Direção Geral da Saúde, Lisboa. Obtido em 06/10/2025 de 2024: de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa Nacional para a Diabetes: Orientações estratégicas 2017–2020*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-diabetes-orientacoes-estrategicas-2017-2020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025* (Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial). Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Documents/Estrat%C3%A9gia%20Nacional%20para%20o%20Envelhecimento%20Ativo%20e%20Saud%C3%A1vel%202017-2025.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Norma n.º 004/2019: Prevenção e controlo da tuberculose em Portugal*. Obtido em 02/06/2025 de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/05/Norma_004_2019.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Despacho n.º 5054/2019, de 14 de maio: Manual de procedimentos dos cuidados de enfermagem nos programas de saúde prioritários – Norma A.11 Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 92. Obtido em 06/10/2025 de: <https://dre.tretas.org/dre/3727584/despacho-5054-2019-de-14-de-maio>
- Direção-Geral da Saúde. (2021a). *Plano Nacional para a Tuberculose 2021–2025*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-tuberculose-2021-2025-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021b). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2021c). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*, Departamento da Qualidade na Saúde, Obtido em 02/01/2026 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2023a). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável – de tod@s para tod@s*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em 02/06/2025 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-saude-2021-2030.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2023b). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030*. Ministério da Saúde. Obtido em 02/06/2025 <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal – Dados provisórios 2023*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2025a). *Determinantes de saúde – Plano Nacional de Saúde*. Obtido em 02/06/2025 de <https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2025b). *Norma n.º 009/2025 – Campanha de vacinação sazonal contra a gripe: outono-inverno 2025-2026*. Direção-Geral da Saúde. Obtido em 06/10/2025 de: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/norma-0092025>
- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (2023). *Estatísticas da Educação*. Obtido em 02/06/2025 de <https://estatisticas-educacao.dgeec.medu.pt>
- Dixe, M. A., & Querido, A. (2020). *Cuidadores informais de pessoas dependentes no autocuidado: Perfil, sobrecarga e necessidades de apoio em Portugal*. Acta Paulista de Enfermagem, 33(4), 412–421. <https://doi.org/10.1590/1982-0194202000059>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Relatório de reclamações dos utentes dos hospitais públicos*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ers.pt>
- ePortugal. (2025). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Obtido em 02/06/2025 de <https://eportugal.gov.pt/guias/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Etafa, W., Argaw, Z., Gemechu, E., Zeleke, S., & Ayele, Y. (2018). *Nurses’ attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention*. BMC Nursing, 17, 14. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0282-2>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). *Quick reference guide: Prevention of pressure ulcers/injuries*. Obtido em 06/10/2025 de <https://internationalguideline.com>
- Fernandes, A. M., Brandão, M. G. S. A., Teodoro, M. L., Vianna, P. C., Pereira, M. C. A., Nogueira, P. C., & Rabeh, S. A. N. (2023). *The burden of informal caregivers of people with pressure injuries in-home care*. ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 21, e1433. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.30886/estima.v21.1433> IN
- Fonseca-Teixeira, S. A., Parreira, P. M. S. D., Mónico, L. D. S., & Amado, J. M. C. (2025). *Health gains for users of long-term home care services in Portugal*. Revista Brasileira de Enfermagem, 78(1), e20240121. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0121>
- Phillips, K. (2025). *Implementing the National Wound Care Strategy Programme pressure ulcer recommendations in an acute setting*. Wounds UK, 21(2), 32–40. Obtido em 02/02/2026 de <https://wounds-uk.com/journal-articles/implementing-the-national-wound-care-strategy-programme-pressure-ulcer-recommendations-in-an-acute-setting/>
- Gaspar, S., Peralta, M., Marques, A., Budri, A., & Gaspar de Matos, M. (2019). *Effectiveness on hospital-acquired pressure ulcers prevention: A systematic review*. International Wound Journal, 16(5), 1087–1102. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1111/iwj.13147>
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2024). *Indicadores selecionados: Concelho / Municipality: C.. República Portuguesa, Ministério da Economia*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.gee.gov.pt>

- Gabison, S., Pupic, N., Evans, G., Dolatabadi, E., & Dutta, T. (2022). *Measuring repositioning in home care for pressure injury prevention and management*. *Sensors*, 22(18), 7013. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.3390/s22187013>
- García-Sánchez, F. J., Martínez-Vizcaino, 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. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226359>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods* (p. 49). Oxford Brookes University. Obtido em 02/06/2025 de <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Gomes, A. C. M. S., Sousa, M. M., Silva, M. A., Matos, S. D. O., & Oliveira, S. H. S. (2024). *Application to prevent pressure injury in elderly caregivers*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37, eAPE02821. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0028211>
- Gürel, E., & Tat, M. (2017). *SWOT analysis: A theoretical review*. *Journal of International Social Research*, 10(51), 994–1006. Obtido em 02/06/2025 de <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.183>
- Halász, B. G., Bérešová, A., Tkáčová, Ľ., Magurová, D., & Lizáková, Ľ. (2021). *Nurses' knowledge and attitudes towards prevention of pressure ulcers*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1705. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.3390/ijerph18041705>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª ed., rev. e atualiz.). Escola Nacional de Saúde Pública. 200 páginas. Obtido em 02/06/2025 de <http://hdl.handle.net/10362/166217>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021: resultados por concelho* – C[] Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Perfil de mortalidade em Portugal*. Obtido em 02/06/2025 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Cobertura vacinal infantil*. Obtido em 02/06/2025 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Retorno de Informação aos Respondentes: Municípios*. Obtido em 02/06/2025 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes
- Instituto Politécnico de Leiria. (2024). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Escola Superior de Saúde. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2016/04/Guia-de-Elaboração-de-Trabalhos-Escritos.pdf>
- Instituto Português do Mar e da Atmosfera. (2022). *Clima em Portugal: relatório anual 2021*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ipma.pt>
- Instituto do Emprego e Formação Profissional. (2023). *Estatísticas mensais por concelho* – C[] Obtido em 02/06/2025 de <https://www.iefp.pt/estatisticas>
- Irwin, H. (2023). *Challenges of pressure ulcer prevention in the community setting*. *Journal of Community Nursing*, 37(2), 22–29. Obtido em 02/02/2026 de <https://www.jcn.co.uk/journals/issue/10-2023/article/challenges-of-pressure-ulcer-prevention-in-the-community-setting>
- ISS (2024). *Guia Prático Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. Instituto da Segurança Social, I. P. Obtido a 27/02/2025 de <https://www.seg-social.pt/storage1/files/8004-EstatutoCuidadorInformalPrincipalCuidadorInformalNaoPrincipal-IpJK4uR9oYBlwi1EUdpDNA.pdf>
- Joaquim, J., Barbosa, S., Perin, J., Dantas, B., Madeiros, Y., Nitschke, R., Alvarez, A. (2023). *Aplicabilidade da Teoria de Orem para coprodução do colégio em enfermagem*. *Research, Society and Development*. 12(3). E21312340585 Obtido em 02/06/2025 de <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40585>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Obtido em 02/02/2026 de <https://synthesismanual.jbi.global>
- José, H, Sousa, LMM (2021). *Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Conceção e Integração dos Cuidados*. *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda*, 3-12. Portugal: Lusodidata.
- Kirkland-Kyhn, H., Sengul, T., & Yilmaz Akyaz, D. (2025). *Using technology to enhance prevention of pressure injuries in the spina bifida population*. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 18(1), 57-60. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1177/18758894251316073>

- Krauss, Teresa. (2025). *Planeamento do estágio de natureza profissional de enfermagem comunitária e de saúde pública com relatório final*. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Lacerda, M., Santos, M., Tonin, L., & Diogo, P. (2024). *Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem*. Revista De Enfermagem Referência, 6(3), 1–6. Obtido em 02/06/2025 de <https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542>
- Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. (2009) Diário da República Eletrónico, 1.ª Série — N.º 180/2009, de 16/09/2009, pp. 6528-6550. Obtido em 02/06/2025 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/111-2009-490239>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. (2019) Diário da República Eletrónico, 1.ª Série — N.º 151/2019, de 08/08/2019. Obtido em 02/06/2025 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Lei nº 95/2019, de 4 de setembro (2019). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1.ª série, n.º 152. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-123061967>
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro (2019). Diário da República, 1.ª série, n.º 171. Obtido em 02/06/2025 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>
- Linder-Ganz, E., Shabshin, N., Itzhak, Y., & Gefen, A. (2007). *Assessment of mechanical conditions in sub-dermal tissues during sitting: A combined MRI and finite element approach*. Journal of Biomechanics, 40(16), 3716–3725. Obtido em 02/02/2026 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17321527/>
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2020). *Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(3), 831. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.3390/ijerph17030831>
- Lusa. (2024). *Portugal tem quase 15 mil cuidadores informais e a maioria são mulheres*. Jornal Público. Obtido a 29/10/2024 de <https://www.publico.pt/2024/09/05/sociedade/noticia/portugal-quase-15-mil-cuidadores-informais-maioria-sao-mulheres-2103001>.
- Lekman, J., Lindén, E., & Ekstedt, M. (2023). *The challenge of risk prevention in home healthcare—An interview study with nurses in municipal care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 37(4), 1067–1078. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1111/scs.13181>
- Lopes, T. S., Videira, L. M. M. D. S., Saraiva, D. M. R. F., Agostinho, E. S., & Bandarra, A. J. F. (2020). *Multicentre study of pressure ulcer point prevalence in a Portuguese region*. Journal of Tissue Viability, 29(1), 8–15. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.11.002>
- Maella-Rius, N., Torra-Bou, J.-E., & Martínez-Rodríguez, L. (2024). *Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: A scoping review*. Journal of Wound Care, 33(3), S25–S41. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.12968/jowc.2024.33.3.S25>
- Martin, S., & Holloway, S. (2024). *Pressure ulcers: aSSKINg framework study*. British Journal of Community Nursing, 29(7), 313–320. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.12968/bjcn.2024.29.sup6.s16>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. Advances in Nursing Science, 23(1), 12–28. Acedido em 03/04/2025 de <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Meireles, V., Denardi Antoniassi Baldissera, V., Gomes Labegalini, C. M., Carreira, L., Dos Santos Sokem, J. A., Marran, A. L., & Malaquias Silva, G. (2025). *Construção de tecnologias cuidativo-educacionais sobre lesão por pressão para idosos no domicílio*. Revista Enfermagem Atual In Derme, 99(2), e025069. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.31011/reaid-2025-v.99-n.2-art.2554>
- Município da C[] (2023). *Notícias – Município da C[]*. Obtido em 02/06/2025 de [https://www.cm-c\[\].pt/?cix=noticias&tab=795&lang=1](https://www.cm-c[].pt/?cix=noticias&tab=795&lang=1)
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Numbeo. (2023). *Taxas de criminalidade em C[] Portugal*. Obtido em 02/06/2025 de [https://pt.numbeo.com/criminalidade/cidade/C\[\]Portugal](https://pt.numbeo.com/criminalidade/cidade/C[]Portugal)
- O'Connor, D. L. (2006). *Self-identifying as a caregiver: Exploring the positioning process*. Journal of Aging Studies, 20(3), 253–263. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.06.002>

- O'Connor, T., Moore, Z. E. H., & Patton, D. (2019). *Patient and lay carer education for preventing pressure ulceration in at-risk populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6), CD012006. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012006>
- Oliveira, B. A. de, Zanchetta, F. C., Barbieri, B., Falcioni, C. A. S., Araújo, E. P. de, & Lima, M. H. M. (2024). *Point prevalence and risk factors for pressure ulcers in hospitalized adult patients: A cross-sectional study*. Einstein (São Paulo), 22, eAO0811. Obtido em 02/02/2026 de https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2024AO0811
- Oliveira, R., Silva, A., & Marques, C. (2023). *Caracterização funcional de utentes em cuidados continuados domiciliários*. Revista Portuguesa de Saúde Comunitária, 12(2), 45-56. Obtido em 02/02/2026 de https://www.scielo.pt/pdf/rper/v6n2/en_2184-3023-rper-6-02-e329.pdf
- Organização Mundial da Saúde & UNICEF. (1978). *Declaração de Alma - Ata*. Obtido em 19/02/2026, de Organização Mundial de Saúde: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Especialistas debatem sobre o conceito 'Saúde Única' para reforçar a integração das vertentes humana, animal e ambiental na Saúde Pública*. Obtido em 19/02/2026 de <https://www.afro.who.int/pt/countries/cabo-verde/news/especialistas-debatem-sobre-o-conceito-saude-unica-para-reforcar-integracao-das-vertentes-humana>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Planning and implementing health programmes: A guide for public health practitioners*. World Health Organization. Obtido em 19/02/2026 de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030426>
- Organização Mundial de Saúde. (2023). *Primary Health Care*. Obtido em 19/02/2026, de Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Organização Mundial de Saúde. (2024). *Determinantes sociais da saúde*. Obtido em 19/02/2026 de Organização Mundial de Saúde: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (OE, 2011). *Browser CIPE: Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 15/06/2025 de <https://www.ordemenfermeiros.pt/atividade-profissional/CIPE/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem* (Rev. e reimp.). Ordem dos Enfermeiros. (Obra original publicada em 2002). Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. Diário da República, 2.ª série, n.º 151. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115846433>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 33. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119918012>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, 128 - 155. Obtido em 02/06/2025 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. United States of America: Mosby, Inc.
- Pereira, H., & Carvalho, J. (2012). *Subitamente cuidadores informais: A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Revista de Enfermagem. Referência, 4(2), 45-53. Obtido em 02/02/2026 de <https://www.index-f.com/referencia/2012pdf/12-45-53.pdf>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos*. Formasau - Formação em Saúde, Lda.
- Plataforma de Qualidade de Vida. (2022). *Índice de qualidade de vida: Cd* Obtido em 02/06/2025 de <https://www.qualidadedevida.pt>

- Pordata. (2024). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Lisboa. Obtido em 02/11/2025 de <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Portaria n.º 257/2012, de 27 de agosto. (2012). *Normas de execução da Lei n.º 13/2003, de 21 de maio, que institui o Rendimento Social de Inserção*. Obtido em 19/02/2025 de Diário da República, n.º 165/2012, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2012-73046175>
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filhos, A. (2014). *O Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, IV (3), 157-164. Obtido em 23/02/2026, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ramos, P., Borges, C., Azevedo, I., Magalhães, A., Almeda, P., Soares, A. (2024a). *Cross-sectional survey of patients with pressure ulcers in primary care settings in Northern Portugal*. Journal of Wound Management, 25(1), 36–42. Obtido em 15/06/2025 de <https://doi.org/10.35279/jowm2024.25.01.08>
- Ramos, P., Capitão, E., Ribeiro, L., Cunha, C., Sousa, F., Carneiro, P., Homem e Silva, P., Alves, P., Sardo, P., Cabral, R., & Guedes, J. (2024b). *Ferramenta de seleção das superfícies de apoio*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. Obtido em 02/02/2026 <https://www.apferidas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20-%20Ferrmta%20Sel%C3%A7%C3%A3o%20Sup%20Apoio%20UPP%202024.pdf>
- Radio C [] (2023). *C [] com mais desemprego*. Obtido em 02/06/2025 de [https://rcb-radioc \[\].pt/c \[\]-com-mais-desemprego/](https://rcb-radioc [].pt/c []-com-mais-desemprego/)
- Rádio da C [] (2023). *Carta Municipal de Habitação pretende habitação mais inclusiva e diversificada*. Rádio C [] Obtido em 02/06/2025 de [https://radio-c \[\].pt/2023/07/noticias/c \[\]-carta-municipal-de-habitacao-pretende-habitacao-mais-inclusiva-e-diversificada/](https://radio-c [].pt/2023/07/noticias/c []-carta-municipal-de-habitacao-pretende-habitacao-mais-inclusiva-e-diversificada/)
- Rocha & Martins (2024). *A evolução do conhecimento científico em enfermagem: metaparadigma, paradigma, filosofia, modelos e teorias de enfermagem*. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira. Enfermagem Avançada (pp.36-43). Lisboa. Lidel.
- Roddis, J., Dyson, J., Woodhouse, M., Devrell, A., Oakley, K., & Cowdell, F. (2024). *Barriers and facilitators to pressure ulcer prevention behaviours by older people living in their own homes and their lay carers: a qualitative study*. BMJ Open, 14(3), e080398. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080398>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisboa: Lisbon Press Obtido em 02/02/2026 de <https://www.fnac.pt/A-Saude-Planeada-Metodologia-Colaborativa-com-a-Comunidade-Fatima-Moreira-Rodrigues/a8484087>
- Resiestrela. (2021). *Relatório de atividades e indicadores de gestão de resíduos*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.resiestrela.pt>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 150-A/2022 (2022). *Plano Nacional para o Radão (PNRn)*. Diário da República, 1º Suplemento, n.º 250/2022, Série I, pp. 14–91. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/150231>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro. (2024): *Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026* (Diário da República, 1.ª série — N.º 9, p. 31-78). Diário da República Eletrónico. Obtido em 02/06/2025 de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>
- Santi, D., & Baldissera, V. (2023). Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA - *Health promotion in nursing practice*. SAÚDE DEBATE, 47(139), 993-996. Obtido em 02/02/2026 em: DOI: 10.1590/0103-1104202313919
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). *Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis*. Revista de Enfermagem Referência, 6(1), e21047. Obtido em 02/06/2025 de <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Segurança Social (2025). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rnci>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidados informais de saúde: caracterização dos cuidadores familiares em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 28(2), 97–104. Obtido em 02/06/2025 <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2010.03.003>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2022). *Relatório anual de imigração, fronteiras e asilo*. Obtido em 02/06/2025 de <https://sef.pt>
- Sethuraman, K. N., Leekha, S., Adediran, T., & Roghmann, M. C. (2021). *Association of pressure injury with body care activities in nursing homes*. Wound Repair and Regeneration, 29(1), 53–59. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1111/wrr.12861>

- Silva, A. J., Pereira, S. M., Rodrigues, A., Rocha, A. P., Varela, J., Gomes, L. M. S. M., Messias, N., Carvalho, R., Luís, R. D., & Mendes, L. F. P. (2013). *Economic cost of treating pressure ulcers: A theoretical approach*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(4), 971–976. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400028>
- Silva, A.C.S., Santos, I. (2010). *Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender*. Texto & Contexto Enfermagem. 19 (4), 745-753
- Sprigle, S., Dunlop, J., & Press, L. (2003). *Reliability of pressure relief maneuvers in wheelchair users*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84(12), 1855–1862. Obtido em 02/02/2026 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14639567/>
- Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein (São Paulo), 8(1), 102–106. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Taylor, C., Mulligan, K., & McGraw, C. (2021). *Barriers and enablers to the implementation of evidence-based practice in pressure ulcer prevention and management*. Health & Social Care in the Community, 29(3), 766–779. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1111/hsc.13322>
- Treviño, L. K. (1986). *Ethical decision making in organizations: A person–situation interactionist model*. Academy of Management Review, 11(3), 601–617.
- Tuncer, Ö., Yilmaz, M. B., & Mert, A. (2024). *Effectiveness of a training program for the prevention of pressure ulcers on caregivers of elderly patients*. Risk Management and Healthcare Policy, 17, 2717–2728. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.2147/RMHP.S481204>
- Veiga (2025) - *Projecto de Melhoria Contínua da qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Relatório do Estudo da Prevenção e Monitorização de Úlceras Por Pressão na ECCI F* 2025, UCC F
- Webb, J., & Chohan, A. (2023). *Impact of a new clinical mattress solution on interface pressure and comfort during supine lying*. Journal of Wound Care, 32(8), 513–518. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.12968/jowc.2023.32.8.513>
- Woodhouse, M., Cowdell, F., Roddis, J., Devrell, A., Oakley, K., & Dyson, J. (2024). *Theoretically informed codesign of a tailored intervention to support pressure ulcer prevention behaviours by older people living in their own homes in the UK and their lay carers: An intervention codesign study (C-PrUP)*. BMJ Open, 14(11), e083495. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083495>
- Wynn, M. (2025). *Challenging assumptions on prevention of pressure injuries*. British Journal of Nursing, 34(11), 601–609. Obtido em 02/02/2026 de <https://www.britishjournalofnursing.com/>
- Wu, J., Wang, B., Zhu, L., & Jia, X. (2022). *Nurses' knowledge on pressure ulcer prevention: A systematic review and meta-analysis based on the PUKAT tool*. Frontiers in Public Health, 10, 964680. Obtido em 02/02/2026 de <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.964680>

Apêndices e Anexos

Apêndices

Apêndice 1 – Projeto de Aprendizagem

Apêndice 2 – Reflexão sobre um problema ético da prática de cuidados

Apêndice 3 – *Dashbord* em *Excel* sobre os dados do PNT

Apêndice 4 – Pesquisa bibliográfica sobre os problemas de saúde mais relevantes nas pessoas dependentes no domicílio.

Apêndice 5 – Preparação da apresentação da Formação: Antes que te queimes! – Primeiros Socorros em Contexto Recreativo

Apêndice 6 – *Power Point* da formação: Cuidados Preventivos do Pé diabético

Apêndice 7 – Tabela Checklist PRISMA ScR

Apêndice 8 – Artigos selecionados da pesquisa bibliográfica

Apêndice 9 – Quadro síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura

Apêndice 10 – Grelha de avaliação dos cuidados preventivos

Apêndice 11 – Protocolo operacional sobre a área de prevenção de UPP e respetivo Fluxograma

Apêndice 12 – Folheto informativo sobre os cuidados para a prevenção de UPP para os utentes e cuidadores

Apêndice 13– *Power Point* da formação para enfermeiros da UCC CJ

Apêndice 14 – *Power Point* da formação para enfermeiros da UCC F, USCP F, e USF C

Apêndice 15 – Programa estruturado de reforço de informação e treino de competências dos utentes/cuidadores

Anexos

Anexo 1 – Workshop sobre terapia de pressão negativa em feridas, promovida pela ULS BI.

Anexo 2 – Formação: Seleção de material terapêutico para o tratamento de feridas, promovida pela ULS BI.

Anexo 3– Participei no Congresso: "A Arte de (Re)Tratar: do esboço à obra-prima" organizado pela APTFeridas

Anexo 4– Formação: Atualização de Conhecimentos sobre Materiais de Penso, formação interna da UCC CJ.

Anexo 5 – Apresentação do Estudo: PIC *Cuidar sem Pressão*

Anexo 6 – Pedido à Comissão de Ética

Anexo 7 – Pedido ao Conselho de Administração

Anexo 8 – Parecer da Comissão de Ética

Anexo 9 – Autorização do Conselho de Administração

Anexo 10 – Pedido aos Diretores de Serviço da ULS BI

Anexo 11 – Pedido aos Coordenadores das Unidades Funcionais (ECCI)

Anexo 12 – Consentimento Livre e Informado

Anexo 13 – Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 1

Anexo 14 – Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 2

Anexo 15 – Inclusão de indivíduos vulneráveis

Anexo 16 – *Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool* (PUKAT).

Anexo 17 – *Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument* (APu-PT)

Anexo 18 – Questionários de satisfação da formação da ULS da BI

Anexo 19 – Resultados da aplicação do questionário: APu-PT

Anexo 20 – Resultados da aplicação do questionário: PUKAT

Anexo 21 – Pedido ao serviço de formação da ULS BI

Anexo 22 – *Flyer* de divulgação da formação

Anexo 23 – Autorização para aplicação dos questionários: APu-PT e PUKAT

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Aprendizagem



Projeto de Aprendizagem

Filipa Veiga

Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Professora Supervisora: Professora Doutora Eva Menino

Leiria

novembro de 2025



Projeto de Aprendizagem

Filipa Veiga, Nº 5240207

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública II

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista Maria de Fátima Cardoso

Professora Supervisora: Professora Doutora Eva Menino

Leiria

novembro, 2025

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DSS – Diagnóstico de Situação de Saúde

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

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

Estágio de ESCSP I /II – Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública I / II

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária

PND– Programa Nacional para a Diabetes

PNPVCV – Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCC CJ – Unidade de Cuidados na Comunidade CJ

UPP – Úlceras Por Pressão

USF – Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

ÍNDICE	4
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	5
INTRODUÇÃO.....	6
1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE CJ	7
2. PROJETO DE APRENDIZAGEM.....	10
CONCLUSÃO.....	17
BIBLIOGRAFIA	18

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. – Pirâmide etária da população abrangida pela UCC CJ	9
Quadro 1. - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	11
Quadro 2. - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	14

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública II (Estágio de ESCSP II), inserida no 1.º semestre do 2.º ano do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), no ano letivo de 2025/2026, foi elaborado o presente projeto de aprendizagem, que se constitui como um instrumento orientador do percurso formativo do estudante em contexto de ensino clínico. Este ensino clínico constitui-se uma etapa essencial no processo de formação do enfermeiro especialista, possibilitando a consolidação de competências comuns e específicas e a integração de saberes teóricos, técnicos e relacionais adquiridos ao longo do percurso académico.

O Estágio de ESCSP II dá continuidade ao percurso desenvolvido no anterior estágio em Enfermagem de saúde comunitária e saúde Pública I (Estágio de ECSSP I), onde foi elaborado para a comunidade da Unidade de Saúde Pública (USP) - Polo C de uma Unidade Local de Saúde da Beira Interior (ULS BI): o Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS), a priorização das necessidades em saúde e o planeamento de estratégias de intervenção para colmatar as necessidades identificadas e priorizadas. Neste novo ensino clínico, o foco incide na operacionalização das ações delineadas, promovendo a transposição do planeamento estratégico para a prática concreta em contexto comunitário.

O estágio realiza-se na Unidade de Cuidados na Comunidade CJ (UCC CJ), integrada na ULS BI, entre 20 de outubro de 2025 e 06 de fevereiro de 2026, num total de 250 horas de prestação de cuidados presenciais. A orientação em contexto clínico é assegurada pela Enfermeira Especialista Maria de Fátima Cardoso e supervisão pedagógica é da responsabilidade da Professora Doutora Eva Menino.

Após um breve contacto com o contexto clínico, foi possível perceber que o contexto de intervenção da UCC CJ é diversificado, possibilitando o envolvimento em vários programas e projetos de saúde comunitária, dirigidos a diferentes faixas etárias e grupos populacionais. Assim, foi delineado este projeto de aprendizagem, que visa, de forma global, orientar o percurso a ser realizado para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EESCSP).

Este trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos. No primeiro capítulo realiza-se a caracterização da UCC CJ, contextualizando a sua missão, estrutura organizacional, equipa multidisciplinar e principais áreas de intervenção. Posteriormente, o segundo capítulo apresenta-se o projeto de aprendizagem, que descreve as competências a desenvolver, as estratégias delineadas, as atividades planificadas e os resultados esperados no âmbito deste estágio. O documento termina com uma breve conclusão, com a síntese das ideias principais. A metodologia adotada assenta numa abordagem reflexiva e colaborativa, que privilegia o pensamento crítico, a integração de saberes e o trabalho em rede com outros profissionais e instituições parceiras.

Na elaboração deste trabalho, foram respeitadas as normas e orientações de formatação definidas no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei (2024), assegurando o rigor metodológico, a clareza na exposição e a coerência científica que caracterizam a produção académica na área da enfermagem.

1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE CJ

De acordo com o Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, que aprova o Regulamento de Organização e Funcionamento das UCC, estas unidades têm como missão «contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde...». Assim, as UCC «prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo; atuam ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção» (SNS, 2019).

Inserida neste enquadramento, a UCC CJ da ULS BI, define no Manual de Acolhimento de Alunos, como sua missão: a melhoria contínua do estado de saúde da população da sua área de abrangência, promovendo acessibilidade, equidade e qualidade nos cuidados prestados. A visão da unidade centra-se em consolidar-se como uma UCC de proximidade, potenciando a consciencialização e responsabilização dos cidadãos na gestão da própria saúde. Os valores que norteiam a sua atividade: a colaboração com os utentes segundo o princípio da boa-fé, responsabilidade, competência, dedicação e reflexão crítica; reforçam o compromisso ético e profissional da equipa multidisciplinar (UCC CJ, 2024).

A UCC CJ iniciou a sua atividade a 6 de fevereiro de 2012, sendo uma unidade com autonomia organizativa e técnica, estruturada para operar em articulação interinstitucional, condição essencial para a concretização da sua missão. O horário de funcionamento cobre todos os dias de semana das 8h às 18h, sendo que sábados, domingos e feriados, efetua-se apenas trabalho programada no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Os cuidados são prestados em articulação com as Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Saúde Pública (USP), organizações da comunidade, grupos formais e informais, autarquias, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), empresas e demais recursos comunitários, garantindo uma resposta integrada às necessidades da população (UCC CJ, 2024).

Em termos de recursos humanos, a unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por 10 enfermeiros a tempo inteiro (incluindo três enfermeiros Especialistas em Reabilitação integrados no programa ECCI; um enfermeiro EESCSP, responsável pelo Programa Nacional de Saúde Escolar; um enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, responsável pelos programas: de saúde Mental, do Cuidador Informal e Apoio ao Luto, e cinco enfermeiros generalistas alocados à ECCI); e sete enfermeiros a tempo parcial, distribuídos entre especialidades como Materno-Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica e Saúde Comunitária de Saúde Pública, com horários entre 5 e as 17 horas semanais.

A equipa conta ainda com um médico, dois assistentes sociais, um nutricionista, e uma administrativa a tempo parcial e duas assistentes operacionais a tempo inteiro. A coordenação da unidade é assegurada por um EEESCSP, que tem ainda algumas horas afetas à USP e é coordenador da Equipa Coordenado Local (ECL) da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI).

Relativamente às dotações seguras, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, a UCC CJ deveria dispor de 15 enfermeiros a tempo total (um especialista para cada 5.000 utentes) e cinco enfermeiros dedicados à ECCI que tem em internamento 25 vagas (um enfermeiro para 5 utentes), de forma a assegurar índices adequados de segurança e qualidade dos cuidados. Atualmente, existem apenas 10 enfermeiros a tempo inteiro, com sete profissionais a tempo parcial, o que evidencia uma insuficiência de recursos face às necessidades da população (OE, 2019b).

A área de abrangência da UCC CJ integra 21 freguesias, atendendo uma população inscrita de aproximadamente 49.090 utentes, distribuída por uma área de 555,60 km², resultando numa densidade populacional de 83,7 habitantes/km² (CMC, 2024). A pirâmide etária desta população (fig. 1) evidencia um elevado envelhecimento demográfico, com 30,8% da população com 65 ou mais anos, enquanto apenas 15,1% são menores de 15 anos, correspondendo a um índice de dependência total de 67,81% e a um índice de envelhecimento superior a 204%. O índice de dependência dos idosos situa-se em 50,88%, refletindo a necessidade de reforço de programas de promoção do envelhecimento ativo e de vigilância de doenças crónicas. A taxa bruta de natalidade em 2023 foi de 7,3‰, indicando uma baixa renovação geracional (BICSP, 2025).

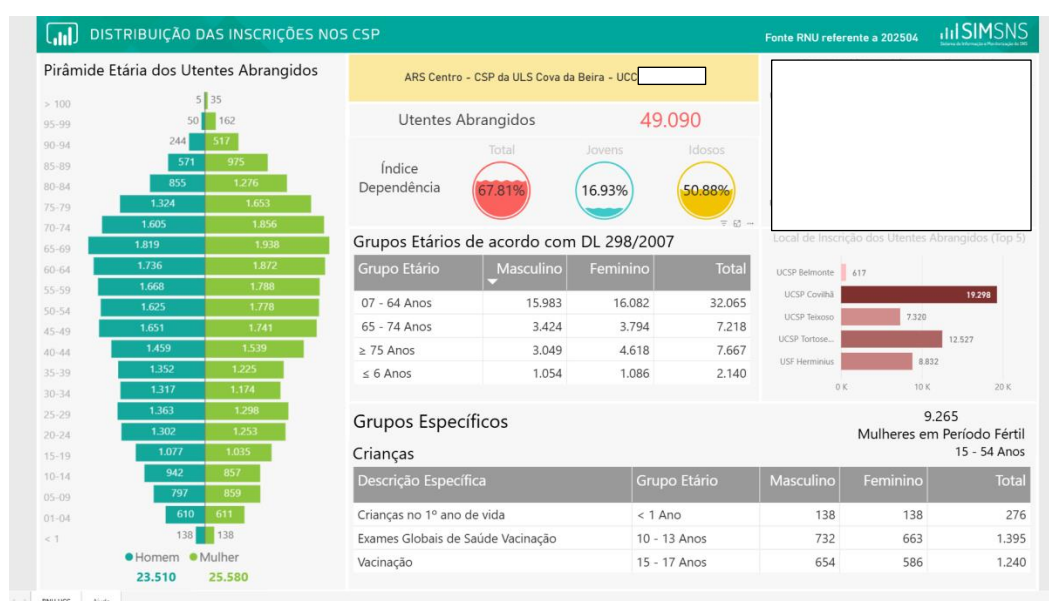
No que concerne à carteira de serviços, a UCC Cava Juliana desenvolve programas e projetos diversificados, orientados para a promoção da saúde, prevenção da doença e apoio psicossocial, garantindo respostas integradas e contínuas:

- **Programa do Rendimento Social de Inserção (RSI):** promove inclusão social e acesso a cuidados de saúde de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica.
- **Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR):** identificação e acompanhamento de crianças e jovens vulneráveis, em articulação com escolas, CPCJ e outros serviços da rede comunitária.
- **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ):** destina-se à proteção e acompanhamento de crianças e jovens em risco, assegurando intervenção precoce.
- **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI):** garante a deteção e intervenção em crianças com risco de atraso no desenvolvimento, com acompanhamento individualizado e integração em redes de apoio.
- **Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV):** monitoriza e intervém em situações de violência doméstica e comunitária, promovendo segurança, proteção e articulação com serviços sociais e jurídicos.
- **Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):** prestam cuidados domiciliários especializados a utentes dependentes, incluindo reabilitação, enfermagem geral e suporte psicossocial, funcionando também aos fins de semana e feriados para maximizar a continuidade de cuidados.
- **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE):** implementam projetos nas escolas do concelho em colaboração com parceiros comunitários locais, promovendo hábitos saudáveis, prevenção de riscos, educação para a sexualidade e saúde mental:
 - ✓ Saúde mental e competências socio emocionais, com os projetos: Mimos a Torto e a Direito, Ger@ções, +Contigo;
 - ✓ Educação para os afetos e a sexualidade, com os projetos: Crescer é assim..., Educação para os Afetos e Sexualidade – Caixa de Perguntas, Verdade ou Consequência - Sexualidade;
 - ✓ Alimentação saudável e atividade física, com os projetos: Senhora Roda, Lanches Escolares Saudáveis; Jogo do STOP dos Alimentos, Laboratório da Alimentação;
 - ✓ Higiene corporal e saúde oral, com os projetos: Eco Escovinhas, Higiene Corporal e das Mãos;
 - ✓ Hábitos de sono e repouso, com o projeto: Importância do Sono - Dormir... que perda de tempo! Será?;
 - ✓ Educação postural, com o projeto: Educação Postural;

- ✓ Prevenção de consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, com os projetos: In(dependências), Antes que te QUEIMES - Prevenção de consumo de tabaco e álcool e outras drogas;
 - ✓ Prevenção de comportamentos aditivos sem substância, com o projeto: Internet Segura;
 - ✓ Prevenção de acidentes, com os projetos: Prevenção Rodoviária- Estrada Segura, Prevenção de acidentes-Viagem de finalistas;
 - ✓ Segurança na Escola, com o projeto: Suporte Básico de Vida.
- **Preparação para a Parentalidade:** cursos para grávidas e famílias, abordando competências parentais e apoio ao aleitamento materno.
 - **Programa de Apoio ao Luto:** Oferece suporte a famílias e cuidadores em situações de luto e perda, promovendo resiliência comunitária.
 - **Programa de Apoio a Cuidadores Informais:** intervenção de suporte, orientação e capacitação para cuidadores familiares de utentes dependentes.
 - **Prevenção de Quedas no Idoso:** onde se promovem ações de prevenção de quedas.
 - **Acompanhamento de Doenças Crónicas:** estratégias educativas, monitorização e acompanhamento de condições crónicas como a diabetes, com o programa da DGS: Diabetes em Movimento.
 - **Programa de Saúde Mental:** visa promover o bem-estar psicológico, prevenir problemas de saúde mental e desenvolver competências socio emocionais.
 - **Equipa Coordenadora Local (ECL):** Equipa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que tem como função articular e coordenar a prestação de cuidados continuados na comunidade, assegurando a integração entre serviços de saúde, cuidadores informais e instituições parceiras.

Desta forma, a UCC CJ garante uma prestação de cuidados integrada, equitativa e de qualidade, fortalecendo a rede de saúde comunitária, promovendo a educação para a saúde e apoiando famílias, cuidadores e grupos vulneráveis, em consonância com a missão, visão e valores da unidade.

Figura 1 – Pirâmide etária da população abrangida pela UCC CJ



2. PROJETO DE APRENDIZAGEM

Os objetivos gerais deste estágio passam pelo desenvolvimento de competências de enfermagem especializada, tanto nos domínios comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, como nas competências específicas em saúde comunitária e saúde pública, segundo o Regulamento n.º 428/2018, no contexto do ensino clínico na UCC. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), todos os enfermeiros especialistas partilham competências centradas na conceção, gestão e supervisão de cuidados, na formação, investigação e assessoria técnico-científica, assumindo um papel de liderança, análise crítica e promoção da excelência profissional.

No caso das competências específicas do EESCSP (OE, 2018), estas focam-se na avaliação do estado de saúde das comunidades, identificação de necessidades, prioridades de intervenção e recursos disponíveis, capacitação de indivíduos e grupos, promoção da literacia em saúde e coordenação de programas comunitários, em consonância com os objetivos do Plano Nacional de Saúde. O EESCSP também realiza vigilância epidemiológica, deteção precoce de problemas de saúde pública e planificação de respostas preventivas. O estágio permite desenvolver estas competências num contexto real, sob supervisão especializada, promovendo aprendizagem prática e integração efetiva nas dinâmicas da saúde pública e comunitária. (OE, 2018; OE, 2019 a).

Para alcançar estas competências, no quadro 1 e o quadro 2 encontram-se delineadas atividades de aprendizagem estruturadas que permitem responder à aquisição progressiva das competências comuns e específicas do EESCSP. As atividades de aprendizagem foram planeadas tendo em conta o conhecimento do contexto clínico da UCC CJ (pelos turnos já realizados) e com base no documento de planeamento do Estágio de ESCSP II, onde é pedido que o aluno deva desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária (PIC).

O PIC a desenvolver foi concebido no âmbito do Estágio de ESCSP I, com o propósito de ser implementado na fase prática do Estágio de ESCSP II, nomeadamente na UCC. A elaboração deste projeto de intervenção, seguiu a metodologia de Planeamento em Saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993). O PIC visa responder a uma área prioritária identificada no Diagnóstico da Situação de Saúde (DSS) elaborado no estágio de ESCSP I. O DSS revelou que a população da UCC CJ é predominantemente idosa, com múltiplas comorbilidades e dependência funcional. A etapa da definição de prioridades, fundamentada no Plano Local de Saúde da C.B. (ACSS, 2019), determinou como foco principal, a resposta às necessidades decorrentes do envelhecimento e da dependência funcional, em consonância com os eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2023), que privilegia a proteção e promoção da saúde da população idosa, reconhecendo-a como grupo vulnerável.

Posteriormente ainda no Estágio ESCSP I, decidiu-se que o melhor contexto para implementação do PIC, seria na UCC CJ, nomeadamente na ECCI, dada a elevada proporção de utentes dependentes. Uma breve pesquisa na literatura identificou a problemática das Úlceras Por Pressão (UPP) como problema frequente e relevante nas ECCI, impactando a saúde clínica, a qualidade de vida e a sobrecarga dos cuidadores. As UPP representam um indicador essencial de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e constituem um desafio de saúde pública. Este tema está em consonância com o Plano Nacional para a Segurança do Utente (DGS, 2015), cujos Objetivos Estratégicos 5.1 e 5.2 preconizam a implementação, monitorização e auditoria de práticas seguras em todos os contextos assistenciais, incluindo a utilização sistemática de ferramentas de controlo e a atualização contínua de normativos. O PIC planeado, denominado: “Cuidar sem Pressão”, será operacionalizado na UCC CJ, e permitirá consolidar as competências específicas do EESCSP, promovendo cuidados de qualidade e segurança.

Quadro 1. - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Competência	Objeto de aprendizagem	Resultado de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
1.Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	- Identificar e respeitar as normas ético-legais aplicáveis às intervenções nos diferentes grupos comunitários (lares, escolas, ECCI); - Elaborar e submeter o pedido de autorização à Comissão de Ética e responsáveis institucionais antes da recolha de dados ou implementação do PIC; - Assegurar a confidencialidade da informação dos utentes ou comunidades durante todas as ações de enfermagem desenvolvidas; - Garantir consentimento informado e voluntário nas atividades desenvolvidas; - Tomar decisões fundamentadas em conhecimentos científicos, experiência profissional e princípios ético-legais, promovendo uma prática colaborativa e deontologicamente responsável no seio da equipa de Enfermagem da UCC CJ.
		Participa de forma efetiva nos processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade	- Refletir sobre dilemas éticos (ex.: recusa de vacinação, gestão da privacidade em escolas e domicílios); - Participar ativamente na tomada de decisões em equipa multidisciplinar perante situações éticas complexas, integrando valores éticos e deontológicos em todas as decisões clínicas e organizacionais. - Mobilizar modelos de decisão ética para a prática clínica.
		Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	- Avaliar a adequação das decisões tomadas em situações éticas, documentando o raciocínio e as alternativas consideradas; - Partilhar as reflexões com a equipa, promovendo melhoria ética contínua na prática da UCC CJ.
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	Promove a proteção dos direitos humanos	- Desenvolver estratégias que assegurem o acesso equitativo da população às diferentes iniciativas de saúde comunitária (ex.: planeamento da vacinação e implementação dos programas escolares); - Implementar práticas de cuidado que valorizem o respeito pela dignidade humana, garantindo privacidade e segurança em todos os contextos de intervenção; - Fomentar a participação inclusiva e o empoderamento de grupos vulneráveis, promovendo a justiça social e a redução das desigualdades em saúde (ex.: idosos, migrantes, alunos com necessidades especiais).
		Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente	- Avaliar riscos associados às diferentes áreas de intervenção: como cuidados domiciliários (ECCI), Plano Nacional de Vacinação (PNV), Programa Nacional para a Diabetes (PND) e Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); - Implementar medidas preventivas e corretivas baseadas na evidência científica, promovendo boas práticas de cuidado; - Monitorizar resultados e incidentes, propondo estratégias de melhoria contínua que reforcem a segurança e a qualidade dos cuidados.

2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade	- Atualizar o conhecimento das normas da DGS, planos e programas da área comunitária desenvolvidos na UCC CJ: PNV, PNSE, PND, Plano Nacional da Segurança do Utente, Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo; - Atualizar-se sobre boas práticas na prevenção de UPP, através de normas DGS, literatura científica e ida a congressos; - Partilhar as atualizações com a equipa da UCC CJ.
		Orienta projetos institucionais na área da qualidade	- Colaborar na planificação e execução dos projetos da UCC CJ (Diabetes em Movimento e programas da Saúde Escolar); - Acompanhar indicadores de qualidade (adesão, satisfação, incidência de UPP, taxas vacinais);
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	Avalia a qualidade das práticas clínicas	- Aplicar escalas e instrumentos (ex.: Escala de Braden, escala de Zarit, PUKT, grelhas de observação); - Avaliar o impacto das formações desenvolvidas nos cuidadores e profissionais no âmbito do PIC; - Realizar reflexão crítica pós-atividade.
		Planeia programas de melhoria contínua	- Planear e calendarizar sessões de capacitação sobre prevenção de UPP aos cuidadores e profissionais; - Desenvolver materiais educativos e propor protocolos de atuação.
		Lidera programas de melhoria contínua	- Coordenar sessões educativas para cuidadores e profissionais da UCC na área das UPP; - Propor a implementar planos de melhoria com base em feedback da comunidade e da equipa.
	Garante um ambiente terapêutico e seguro	Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo	- Fomentar o respeito pela diversidade cultural e pelas necessidades espirituais dos indivíduos e grupos, reconhecendo a sua importância na perceção de segurança e bem-estar; - Assegurar a proteção e confidencialidade dos dados e registos clínicos; - Avaliar e monitorizar as condições ambientais em contextos escolares, domiciliários e institucionais, garantindo ambientes seguros e promotores de saúde.
		Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais	- Colaborar na identificação e gestão dos recursos necessários para garantir cuidados seguros e de qualidade; - Promover a utilização de mecanismos formais de notificação e análise de incidentes, incentivando uma cultura de segurança; - Avaliar e antecipar potenciais riscos em diferentes contextos de intervenção, como quedas, contaminações ou acidentes escolares.
3. Domínio da gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	- Participar ativamente nas reuniões da equipa multidisciplinar da UCC CJ, contribuindo para o planeamento, execução e avaliação das atividades comunitárias; - Colaborar na tomada de decisões clínicas e organizacionais, fundamentando-as em informação atualizada e relevante; - Fomentar a comunicação e o trabalho colaborativo com profissionais e instituições da rede comunitária, assegurando a referenciação oportuna e adequada de utentes e famílias, de acordo com as suas necessidades de saúde e apoio social.

3. Domínio da gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	- Elaborar e implementar guias orientadores de boas práticas no âmbito do PIC, promovendo a padronização e qualidade dos cuidados; - Utilizar estratégias formativas, como demonstrações práticas e acompanhamento direto, para reforçar competências técnicas; - Monitorizar o impacto das ações formativas na qualidade dos cuidados prestados e na autonomia dos cuidadores.
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	- Adequar as intervenções às necessidades específicas da comunidade e às condições reais de cada contexto; - Assegurar a aplicação das normas legais, políticas institucionais e procedimentos de gestão de cuidados; - Sugerir métodos de organização de trabalho que otimizem a eficácia e a qualidade das intervenções; - Fomentar a partilha equilibrada de responsabilidades e o espírito de cooperação entre os membros da equipa, incentivando a corresponsabilidade e o trabalho em conjunto para alcançar objetivos comuns.
		Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos	- Colaborar na dinamização das atividades de grupo, promovendo a participação e o envolvimento de todos os elementos da equipa; - Contribuir para o reconhecimento e valorização das funções e competências de cada profissional, favorecendo a distribuição adequada das tarefas; - Apoiar a criação de um ambiente de trabalho cooperativo, baseado no respeito, confiança e entreajuda entre profissionais e parceiros institucionais.
4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	- Desenvolver o autoconhecimento como ferramenta para reconhecer fatores que influenciam a relação com utentes, grupos e comunidade; - Utilizar de forma consciente e adaptativa os próprios recursos pessoais e profissionais nas diferentes situações de prática; - Identificar competências e áreas que requerem melhoria contínua; - Praticar uma comunicação assertiva e empática nas interações com utentes, cuidadores e equipas multidisciplinares.
		Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional	- Gerir de forma equilibrada os sentimentos e emoções em contextos exigentes de prática profissional; - Atuar de modo proativo e eficaz na identificação e resolução de problemas; - Antecipar situações potencialmente geradoras de conflito, adotando estratégias preventivas; - Aplicar técnicas adequadas de mediação e resolução de conflitos, promovendo relações interpessoais saudáveis; - Demonstrar resiliência e capacidade de adaptação perante mudanças e períodos de maior carga de trabalho.
	Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica	Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho	- Identificar necessidades formativas nos diferentes grupos da comunidade e equipa de saúde; - Colaborar na planificação, implementação e avaliação de ações de educação para a saúde em contextos diversos; - Contribuir para o desenvolvimento de competências e promoção de comportamentos saudáveis; - Avaliar o impacto das atividades formativas na melhoria dos conhecimentos e práticas em saúde.

4.Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica	Suporta a prática clínica em evidência científica	- Consultar e aplicar a evidência científica e as orientações normativas vigentes para fundamentar a prática de cuidados; - Identificar lacunas de conhecimento e oportunidades de melhoria nos programas e intervenções em saúde comunitária; - Utilizar metodologias participativas e estratégias educativas adequadas às características e contextos dos diferentes grupos populacionais; - Sistematizar e partilhar os resultados das atividades e intervenções através de relatórios, reuniões e apresentações, promovendo a disseminação do conhecimento e a melhoria contínua da prática.
		Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	- Aplicar conhecimentos especializados e atualizados, garantindo uma prática segura, competente e baseada na evidência; - Valorizar e aproveitar oportunidades de aprendizagem contínua no contexto profissional; - Utilizar tecnologias de informação e comunicação para apoiar a prática e a educação em saúde; - Produzir e partilhar materiais pedagógicos diversificados que promovam a literacia em saúde; - Colaborar na proposta e atualização de procedimentos e protocolos internos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Quadro 2. - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Competências	Objeto de aprendizagem	Resultados de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
1.Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	Efetua a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade	- Recolher e analisar dados epidemiológicos e sociodemográficos da população da UCC CJ (por faixa etária, índice de dependência, prevalência de doenças crónicas); - Identificar determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde com base no Plano Local de Saúde; - Elaborar uma síntese do Diagnóstico de Situação de Saúde.
		Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade	- Utilizar critérios objetivos e rigorosos que conduzam à definição das prioridades em saúde, tendo em conta as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (PNS); - Participar em reuniões de equipa multidisciplinar (ECCI, UCC, USP) para discussão dos problemas de saúde prioritários; - Articular com a equipa da UCC CJ e parceiros locais (IPSS, Autarquias, CPCJ, ECL) a seleção de áreas prioritárias de intervenção.
		Estabelece objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	- Elaborar de estratégias de intervenção exequíveis, coerentes de acordo com os objetivos estabelecidos, recursos disponíveis e características da comunidade; - Definir objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças em termos de melhoria do estado de saúde da comunidade da UCC CJ;

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	Efetua a avaliação do estado de saúde de uma comunidade		- Promover a participação da comunidade e <i>stakeholders</i> na definição dos objetivos operacionais. - Formular objetivos gerais e específicos do PIC alinhados com o PNV e com os programas da carteira de serviços da UCC CJ.
		Elabora programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	- Planear as intervenções em saúde comunitária, tendo em conta os recursos disponíveis, as necessidades identificadas e as orientações estratégicas das políticas de saúde; - Mobilizar parceiros comunitários, promovendo o envolvimento e o compromisso com as intervenções planeadas; - Implementar o projeto “Cuidar sem Pressão” junto de utentes dependentes acompanhados pela ECCI, assegurando a vigilância da integridade cutânea e a prevenção de úlceras por pressão; - Elaborar e aplicar materiais educativos e instrumentos de monitorização, como checklists e registos de risco de úlcera por pressão, adequados ao contexto dos utentes acompanhados na ECCI.; - Fomentar o trabalho em rede e a cooperação interinstitucional, assegurando a integração das ações e o alcance de resultados sustentáveis.
		Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	- Acompanhar a execução do PIC; - Aplicar instrumentos de avaliação de resultados (indicadores de processo e de impacto, satisfação dos utentes/cuidadores); - Elaborar relatório de avaliação final do PIC, identificando ganhos em saúde e oportunidades de melhoria; - Apresentar os resultados à equipa da UCC CJ e propor medidas de continuidade.
2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	Capacita grupos e comunidades	Colaborar em projetos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades	- Participar nas atividades da carteira básica da UCC CJ, colaborando em programas de promoção da saúde, apoio domiciliário e acompanhamento a grupos vulneráveis; - Integrar as equipas da ECCI, do PNSE e do PND, contribuindo para ações que contribuam para a capacitação destes grupos comunitários.
		Integrar nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas	- Integrar contributos de várias áreas do saber — enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia — na elaboração de planos de cuidados; - Colaborar com instituições parceiras (IPSS, centros de dia, lares, serviços sociais municipais) para promover uma rede comunitária de apoio; - Avaliar o impacto interdisciplinar das intervenções, recolhendo feedback dos diferentes profissionais sobre a eficácia das ações implementadas.
		Proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade	- Aplicar técnicas eficazes de comunicação e educação para a saúde; - Identificar e responder às necessidades informativas dos grupos comunitários; - Integrar conhecimentos de diferentes áreas nos processos de mobilização e participação; - Avaliar e promover a procura ativa de informação em saúde pela comunidade.

3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	Participa em programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	Colaborar na promoção, implementação e monitorização das atividades dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde	- Participar na dinamização e execução das atividades dos PNSE e PND; - Colaborar na planificação e implementação de ações educativas dirigidas à comunidade, em alinhamento com os objetivos do Plano Nacional de Saúde; - Apoiar na monitorização de indicadores de saúde relacionados com os programas em curso; - Contribuir para a avaliação dos resultados das atividades e para a reformulação de estratégias de intervenção, de modo a otimizar os ganhos em saúde da população; - Participar na articulação entre a UCC e outras entidades locais (escolas, IPSS, autarquia, associações) para reforçar a implementação dos programas de saúde.
4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	Colabora na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde	- Recolher, organizar e analisar dados epidemiológicos relativos à área de abrangência da UCC CJ, utilizando fontes oficiais como o SINAVE, PORDATA, INE e BICSP; - Apoiar a interpretação dos determinantes de saúde (socioeconómicos, ambientais e comportamentais) que influenciam a situação epidemiológica local; - Integrar a vigilância epidemiológica nos projetos em curso, como o “Cuidar sem Pressão”, monitorizando a incidência e evolução das úlceras por pressão nos utentes dependentes acompanhados pela ECCL.

CONCLUSÃO

O presente projeto de aprendizagem foi desenvolvido com o objetivo de estruturar e orientar a prática do EESCSP em fase de aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros e as orientações estratégicas dos documentos oficiais, nomeadamente o *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (OE, 2019), o *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária* (OE, 2018) e o *Plano Nacional de Saúde 2021–2030* (DGS, 2023). Este enquadramento permitiu garantir coerência metodológica e alinhamento com as políticas nacionais, sustentando a planificação de atividades e intervenções orientadas para a promoção da saúde e a prevenção da doença, pilares fundamentais do exercício especializado em saúde comunitária.

O EESCSP ocupa uma posição central na prestação de cuidados locais, atuando como elo de ligação entre os cidadãos e o sistema de saúde. Graças ao seu conhecimento aprofundado dos determinantes sociais e epidemiológicos da saúde, este profissional identifica necessidades de intervenção, promove a participação ativa da comunidade e articula recursos técnicos e humanos para conceber e implementar projetos que respondam de forma eficaz às demandas populacionais.

Para que as intervenções comunitárias alcancem o seu pleno potencial, é imprescindível que a comunidade não seja apenas destinatária, mas também coautora das ações de promoção e prevenção em saúde. Nesse sentido, os projetos devem incentivar a identificação colaborativa de problemas reais ou potenciais, estimular a partilha de saberes locais e garantir mecanismos de *feedback* contínuo. Esta abordagem participativa assegura que as estratégias implementadas sejam culturalmente adequadas, sustentáveis e orientadas para a melhoria concreta do bem-estar coletivo.

A fase de planeamento deste projeto revelou-se um momento crucial do processo de aprendizagem, assumindo-se como a base estruturante de todo o percurso de estágio. Este momento implicou a análise aprofundada do contexto da UCC CJ, a identificação dos determinantes da saúde e das necessidades da população, e a definição de prioridades de intervenção coerentes com os recursos existentes e com os objetivos estratégicos da unidade. Contudo, este processo não esteve isento de dificuldades e constrangimentos, sobretudo pela complexidade de conciliar as exigências académicas — nomeadamente a elaboração de relatórios e reflexões críticas — com o ritmo de trabalho no terreno, o que exigiu uma gestão rigorosa do tempo e das prioridades. Apesar destas limitações, o diálogo constante com a equipa da UCC e a enfermeira orientadora permitiu ultrapassar obstáculos, reforçando a capacidade de adaptação, reflexão crítica e tomada de decisão fundamentada.

Em síntese, este projeto de aprendizagem reforça que o planeamento é um instrumento fundamental na construção de práticas de enfermagem especializadas, participativas e sustentáveis. A experiência vivida durante esta fase consolidou a visão crítica sobre o papel do enfermeiro na comunidade, valorizando a sua função arquiteto de escolhas e agente de transformação social. Apesar dos desafios, este percurso traduziu-se num processo de aprendizagem significativo, que contribui de forma decisiva para a formação especializada autónoma, reflexiva e comprometida com a melhoria contínua da saúde das populações.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (ACSS, 2019). Plano Local de Saúde do ACeS da [] [PDF]. BICSP – Base de Informação de Centros de Saúde e Unidades Funcionais. Obtido em 02/11/2025 de <https://bicsp.min-saude.pt/bitstream/10400.28/3350/1/PLS-> []
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP, 2025). Unidade de Cuidados na Comunidade CJ. Ministério da Saúde. Obtido em 02/11/2025 de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/924/20006/2050351/Pages/default.aspx>
- Câmara Municipal da [] (CMC, 2024). Radar Social da [] - Fase I: diagnóstico social. Obtido em 02/11/2025 de [https://download.cm-\[\]t/radar_social/radar_social_cova_da_beira_fase1_diagnostico.pdf](https://download.cm-[]t/radar_social/radar_social_cova_da_beira_fase1_diagnostico.pdf)
- Diário da República. (DR, 2011). Despacho n.º 6359/2011, de 13 de abril 2011. Criação das Equipas Coordenadoras Locais (ECL) da RNCCI. Diário da República, 2.ª série, n.º 73. Obtido em 02/11/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/6359-2011-293604>
- Diário da República. (DR, 2009). Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril de 2009: Aprovação do Regulamento de Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Diário da República, 2.ª série, n.º 74. Obtido em 02/11/2025 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Instituto Politécnico de Leiria. (2024). Guia de elaboração de trabalhos escritos. Escola Superior de Saúde. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2016/04/Guia-de-Elaboração-de-Trabalhos-Escritos.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2015a). Programa Nacional de Saúde Escolar (N.º 015/2015). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 06/10/2025 de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020 (Despacho n.º 1400 A/2015). Diário da República, 2.ª série, n.º 28. Obtido em 15/06/2025 de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2017). Programa Nacional para a Diabetes: Orientações estratégicas 2017–2020. Obtido em 02/06/2025 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-diabetes-orientacoes-estrategicas-2017-2020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2023). Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável – de tod@s para tod@s. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em 15/06/2025 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-saude-2021-2030.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (OE, 2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária - Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - Na área de enfermagem de saúde familiar. Obtido em 02/06/2025 de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (OE, 2018). Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Diário da República, 2.ª série, n.º 151. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115846433>
- Ordem dos Enfermeiros. (OE, 2019a). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 33. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119918012>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, 128 - 155. Obtido em 02/06/2025 de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Serviço Nacional de Saúde. (SNS, 2019). Relatório de organização e funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Lisboa: SNS.
- Unidade de Cuidados na Comunidade CJ. (UCC CJ, 2024). Manual de acolhimento de alunos – UCC [] [] UCC CJ.

APÊNDICE 2 – Reflexão sobre um problema ético da prática de cuidados

Reflexão sobre um problema ético da prática de cuidados

A prática da enfermagem está intrinsecamente ligada à tomada de decisões éticas, muitas vezes em contextos de elevada complexidade emocional e moral. Neste sentido, os dilemas éticos surgem como situações críticas em que diferentes valores, deveres ou princípios entram em conflito, exigindo do profissional uma análise ponderada e fundamentada. A reflexão ética permite não apenas compreender a natureza do dilema, mas também explorar os fatores que influenciam a decisão tomada, promovendo o crescimento profissional e o alinhamento com os princípios deontológicos da profissão.

Para orientar esta análise, recorre-se ao modelo de tomada de decisão ética de Treviño (1986), o qual considera não apenas os aspetos morais da decisão, mas também os fatores individuais (como valores, estágio de desenvolvimento moral e contexto pessoal) e organizacionais (como cultura institucional, clima ético e liderança). Esta abordagem permite uma compreensão holística do processo decisório ético em contexto clínico. Posteriormente, a reflexão será aprofundada com base no Ciclo de Reflexão de Gibbs (1988), que estrutura o pensamento em seis etapas — descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação — permitindo uma análise crítica e sistemática da experiência vivida. Esta combinação metodológica proporciona um enquadramento sólido para a compreensão do dilema, das emoções envolvidas e do impacto da decisão tomada, promovendo uma aprendizagem significativa e o desenvolvimento da competência ética e profissional.

- **Identificação do problema ético:** Recusa, por parte de um utente adulto plenamente consciente e orientado, em aceitar o tratamento proposto para a cicatrização da sua ferida e a recusa do encaminhamento hospitalar que se afigura clinicamente indispensável para tratar uma ferida em franco agravamento. Esta recusa revela a tensão entre o dever profissional de promover o bem-estar e evitar o dano (princípios de beneficência e não maleficência) e o imperativo de respeitar a autonomia do doente e o direito a decisões livres e esclarecidas acerca dos cuidados de saúde, princípios consagrados no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015).

- **Reflexão sobre o problema ético:** O modelo escolhido foi o Modelo Interacionista de Tomada de Decisão Ética de Treviño (Treviño, 1986) que refere ser necessário ponderar características individuais, fatores contextuais e protocolos ou normas profissionais vigentes. No que respeita às características individuais, o enfermeiro atua orientado pelos seus valores éticos, pelo compromisso profissional e pelo dever inerente de cuidar, assumindo responsabilidade plena pelas suas intervenções. Por sua vez, o utente, no pleno exercício da sua autonomia, manifesta o direito à recusa do tratamento, baseando a sua decisão em valores pessoais, crenças individuais e experiências clínicas passadas que influenciaram negativamente a sua adesão. Quanto aos fatores contextuais, a situação decorre num ambiente comunitário, concretamente em contexto de cuidados domiciliários, onde frequentemente se cruzam dimensões culturais, sociais, económicas ou emocionais que podem justificar ou condicionar a decisão de recusa. Esta decisão, embora legítima do ponto de vista da autonomia, representa um risco clínico agravado para a saúde do utente, exigindo uma resposta prudente, empática e tecnicamente fundamentada por parte da equipa de enfermagem. Em relação aos códigos e normas profissionais, o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) orienta o profissional para uma prática baseada na ética, no respeito pelos direitos da pessoa, na responsabilidade e na competência técnica e científica. A autonomia do utente constitui um direito legal e ético amplamente reconhecido, mas os princípios da beneficência e da não maleficência impõem ao enfermeiro o dever de proteger a vida e o bem-estar do indivíduo. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 1998) reforça ainda a obrigação de prestar cuidados seguros, eficazes e sustentados em evidência científica,

assegurando que a tomada de decisão clínica esteja sempre alinhada com os mais elevados padrões da profissão.

Estratégias de intervenção de resolução do dilema ético: Após discussão em equipa multidisciplinar, foram delineadas estratégias de intervenção concertadas com o objetivo de responder de forma ética, segura e centrada na pessoa à recusa de tratamento e à resposta hospitalar por parte do utente. Em primeiro lugar, decidiu-se reforçar a informação prestada ao utente, assegurando uma comunicação clara, acessível e empática, reexplicando a gravidade do quadro clínico, os riscos concretos da não adesão ao tratamento proposto e as possíveis consequências. Para tal, foi utilizada uma linguagem ajustada ao perfil do utente, promovendo uma compreensão efetiva da situação. Simultaneamente, acordou-se proceder ao registo formal da recusa informada, garantindo que o processo de consentimento foi plenamente respeitado. Toda a informação relativa à explicação fornecida, à avaliação clínica realizada, à decisão expressa pelo utente e às medidas tomadas pela equipa foi rigorosamente documentada nos registos clínicos, conforme as boas práticas e os princípios legais e deontológicos em vigor.

Outro ponto consensual foi a necessidade de monitorizar de forma contínua a capacidade de decisão do utente, garantindo que esta não se encontrava comprometida por fatores como confusão, dor descontrolada, medo exacerbado ou alterações cognitivas. A avaliação foi partilhada entre os elementos da equipa, promovendo um olhar clínico multidimensional. Foi igualmente valorizada uma abordagem colaborativa, que incluiu o envolvimento da equipa de saúde e, mediante o consentimento do utente, dos seus familiares. Esta mediação foi importantíssima para que o utente aceitasse outra proposta apresentada: referência para uma Unidade de Média Duração da Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, para tratamento da ferida. Até à vaga na RNCCI ficar disponível, que o utente acabou por integrar, para o utente a equipa definiu como prioridade a vigilância clínica apertada. Esta atuação conjunta reflete o compromisso da equipa com uma prática ética, respeitadora da autonomia, mas centrada na segurança, dignidade e bem-estar do utente.

- Reflexão segundo do Ciclo de Gibbs: A reflexão segundo o Ciclo de Reflexão de Gibbs (Gibbs, 1988), permite integrar as dimensões técnicas, éticas e emocionais da experiência vivida pela equipa de enfermagem, promovendo um processo de aprendizagem estruturado e orientado para a melhoria contínua da prática clínica. A situação envolveu já descrita potenciou sentimentos de frustração, preocupação e insegurança por parte dos profissionais, perante a possibilidade de evolução negativa do estado de saúde do utente. Simultaneamente, sentiu-se um forte sentido de responsabilidade e compromisso ético, que impulsionou a reflexão crítica e a necessidade de atuação ponderada, respeitando a dignidade e os direitos do utente. A atuação da equipa teve aspetos positivos, nomeadamente a comunicação eficaz com o utente, a documentação rigorosa da recusa, o reforço do consentimento informado e a implementação de estratégias de cuidado centradas na segurança e no bem-estar. Contudo, subsistiu a limitação inerente à recusa consciente do utente, que impossibilitou a concretização do tratamento mais adequado do ponto de vista clínico, o que representa um risco ético e clínico que permanece latente.

Com base nos princípios do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, foi possível conciliar a autonomia do utente com os deveres de beneficência e não maleficência. A atuação demonstrou competência técnica, responsabilidade ética e respeito pela justiça e pela privacidade. A reflexão em equipa permitiu integrar diferentes perspetivas e garantir uma resposta coerente e colaborativa. A complexidade do caso evidenciou a importância do julgamento ético contextualizado, sustentado por normas profissionais e por uma visão humanista da prática de enfermagem. A situação reafirmou a relevância do pensamento ético e da comunicação empática nas situações de recusa de cuidados. Embora nem sempre seja possível alcançar a

adesão terapêutica desejada, é fundamental assegurar que todas as decisões do utente sejam respeitadas, desde que informadas e conscientes, mantendo-se uma atitude profissional de vigilância, disponibilidade e suporte.

Para futuras situações semelhantes, parece importante reforçar a formação contínua da equipa em ética aplicada, consentimento informado e comunicação terapêutica. Deve também promover-se a realização de reuniões regulares de reflexão ética interdisciplinar, incentivando a partilha de experiências e estratégias de atuação. Por fim, a criação de protocolos específicos para situações de recusa consciente com risco associado poderá orientar e apoiar a tomada de decisão clínica e ética, garantindo uma atuação segura, humana e tecnicamente fundamentada.

Apêndice 3 – *Dashbord* em *Excel* sobre os dados do PNT

[illegible]

Apêndice 4 – Pesquisa bibliográfica sobre os problemas de saúde mais relevantes nas pessoas dependentes no domicílio.

Pesquisa bibliográfica sobre os problemas de saúde mais relevantes nas pessoas dependentes no domicílio.

Para direcionar a intervenção à população já priorizada no PLS da USP BI – Polo C, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre: quais as necessidades e/ou problemas de saúde com mais expressividade na população envelhecida em cuidado domiciliário. Foram identificados 20 estudos descritos no Quadro 1, e pesquisados em cinco bases de dados (CINAHL® Plus; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Plus Collection; MedicLatina e MEDLINE®), com os seguintes termos de pesquisa: (home care nursing or at home nursing or home health nursing or treatment at home) AND (elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior) AND (health needs or health problems or health issues) em todos os campos, com filtros de texto integral e com limite temporal dos últimos dez anos. Após verificação de artigos duplicados no Mendeley, mantiveram-se os 20 artigos.

Os 20 artigos iniciais (apresentados no quadro seguinte) foram analisados pelo título, tendo sido excluído o artigo nº 6, por estar no idioma chinês. Seguidamente os restantes artigos foram analisados pelo resumo, tendo sido excluídos 6 estudos, por terem sido realizados em contexto de lar ou hospital. Os restantes 15 artigos foram analisados pelo texto integral, sendo que se verifica que o tema com maior recorrência identificado como um problema nesta população foi o das úlceras por pressão (UPP), presente em quatro estudos (n.º 1, 9, 12 e 13), seguido pela sobrecarga e saúde mental dos cuidadores informais, discutida em três trabalhos (n.º 1, 12 e 16), assim com o risco de desnutrição (n.º 10, 12 e 13). A qualidade de vida relacionada com a saúde, foi explorada em dois estudos (n.º 5 e 6), assim como os cuidados ao fim da vida em ambiente comunitário (n.º 17 e 19). Temas isolados, como a relação entre fragilidade e incapacidade funcional (n.º 7), a prevenção de quedas (n.º 15) e a gestão do regime terapêutico também marcaram presença, cada um em apenas um trabalho.

Nº	Título	Autor(es)	Ano	Assuntos
1	The burden of informal caregivers of people with pressure injuries in home care	Mello Fernandes, Anderson; Sousa Albuquerque Brandão, Maria Giralne; Lorena Teodoro, Maria; Vianna, Patrícia Carla; Alves Pereira, Marta Cristiane; Nogueira, Paula Cristina; Nasbine Rabeh, Soraia Assad	2023	Evidencia como problema principal: Saúde Mental cuidadores (sobrecarga de cuidadores informais) e as UPP
2	Factors Related to Long-term Hospital Length of Stay and Opinions on Discharge-related Community-based Medical and Welfare Service on Elderly Patients with Chronic Diseases in Korean Veterans Hospitals	Young Mi Yoon; Jin Hee Park; Moon Sook Hwang	2022	EXCLUÍDO – por ser um estudo desenvolvido em contexto hospitalar

Nº	Título	Autor(es)	Ano	Assuntos
3	Impact of care level, setting and accommodation costs on a newly developed oral care nursing plan format for elderly patients with care needs – Results from a cross-sectional study	[Dados não fornecidos]	2022	EXCLUÍDO – por ser um estudo desenvolvido em contexto de lar
4	Correlation Analysis of Socio-Economic Status and Psychological Distress with Framingham Score in Population at Risk of Coronary Heart Disease in Malang, Indonesia	Deka, Mareta; Laras, Niken Asih; Andri, Titin; Wiji, Yulian; Kumboyono, Kumboyono	2021	Aspectos socioeconómicos, Saúde Mental (sofrimento psicológico), Risco de doença cardíaca coronária
5	A review of self-rated generic quality of life instruments used among older patients receiving home care nursing	Leegaard, Marit; Utne, Inger; Halvorsrud, Liv; Valeberg, Berit Taraldsen; Torbjørnsen, Astrid; Bjørnnes, Ann Kristin; Bjørge, Heidi; Grov, Ellen Karine; Løyland, Borghild	2018	Avaliação da qualidade de vida
6	ICT 활용 방문간호서비스가 재가노인의 건강관련 삶의 질에 미치는 효과	유근주; 신진희; 조은희; 홍석원	2017	Excluído por ser no idioma chinês.
7	Association between masticatory function, frailty, and functional disability: an observational study	Furuhashi, Hiroko; Honda, Takanori; Furuta, Yoshihiko; Tomooka, Shoko; Tajimi, Takahiro; Kimura, Yasumi; Yoshida, Daigo; Ninomiya, Toshiharu	2024	Referencia como problema nesta população a desnutrição e desenvolve a associação entre função mastigatória, fragilidade e incapacidade funcional
8	Development of a multidisciplinary medication management program in nursing homes: protocol for a randomized controlled trial	Lee HJ; Jang S; Lee J-Y; Ah Y-M; Lee M-K; An S; Kim J-H	2024	EXCLUÍDO – por ser um estudo desenvolvido em contexto de lar
9	Conceptualisations on home care for pressure ulcers in Spain: perspectives of patients and their caregivers	García-Sánchez, Francisco José; Martínez-Vizcaíno, Vicente; Rodríguez-Martín, Beatriz	2019	Refere que as UPP são um problema prevalente nesta população
10	Relationship between Malnutrition Risks and Functional Abilities of the Elderly in Home Care Services	Baz, Selma; Ardahan, Melek	2019	Elege o risco de desnutrição como um dos problemas mais expressivo da população

Nº	Título	Autor(es)	Ano	Assuntos
11	Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study	Botngard A; Eide AH; Mosqueda L; Blekken L; Malmedal W	2021	EXCLUÍDO – por ser um estudo desenvolvido em contexto de lar
12	Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis	Slatyer S; Aoun SM; Hill KD; Walsh D; Whitty D; Toye C	2019	Experiências de cuidadores em programa de suporte domiciliar que intervém: Na sobre carga dos cuidadores. Elege o risco de UPP, risco de desnutrição e risco de queda como, como os problemas mais prevalentes
13	Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study	Næss, Gro; Kirkevold, Marit; Hammer, Wenche; Straand, Jørund; Wyller, Torgeir Bruun	2017	Necessidades e serviços de enfermagem utilizados por idosos com problemas de saúde complexos em domicílio: UPP, risco de desnutrição, gestão do regime terapêutico
14	Experiences of family caregivers of persons living with dementia with and without a smart-clothes assisted home nursing program during the heightened COVID-19 alert	Sung, Ya-Li; Huang, Huei-Ling; Lin, Chung-Chih; Kröger, Teppo; Hsu, Wen-Chuin; Hsu, Jung-Lung; Lin, Yueh-E.; Shyu, Yea-Ing L.	2022	Experiências de familiares cuidadores de pessoas com demência com e sem programas de apoio de enfermagem
15	Fall prevention by nursing assistants among community-living elderly people. A randomised controlled trial	Fahlström, Gunilla; Kamwendo, Kitty; Forsberg, Jenny; Bodin, Lennart	2018	Prevenção de quedas
16	Bereavement After Informal Caregiving: Assessing Mental Health Burden Using Linked Population Data	Moriarty, John; Maguire, Aideen; O'Reilly, Dermot; McCann, Mark	2015	Saúde Mental (Luto)
17	[Living and dying with frailty : Qualitative interviews with elderly people in the domestic environment]	Klindtworth, Katharina; Geiger, Karin; Pleschberger, Sabine; Bleidorn, Jutta; Schneider, Nils; Müller-Mundt, Gabriele	2017	Cuidados em fim de vida
18	Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study	Botngard A; Eide AH; Mosqueda L; Malmedal W	2020	EXCLUÍDO – por ser um estudo desenvolvido em contexto de lar

Nº	Título	Autor(es)	Ano	Assuntos
19	Struggling for a dignifying care: experiences of being next of kin to patients in home health care	Søvde, Bente Egge; Hovland, Gro; Ullebust, Berit; Råholm, Maj-Britt	2019	Cuidados em fim de vida
20	Engaging Experts: Expanding Participation and Enhancing Research in Chinese Eldercare Institutions	Keimig, Rose	2017	EXCLUÍDO – por ser um estudo desenvolvido em contexto de lar

Apêndice 5 – Preparação da apresentação da Formação: Antes que te queimes! – Primeiros Socorros em Contexto Recreativo

Situação 1 – Asfixia por obstrução da via aérea

Critério Avaliado	Ação Esperada	Fundamentação Técnica
Reconhecimento da situação	Identifica sinais de obstrução grave da via aérea	A incapacidade de falar, respirar ou tossir eficazmente indica obstrução total
Avaliação inicial	Verifica se existe tosse eficaz	A tosse eficaz é o mecanismo fisiológico prioritário
Intervenção adequada	Executa 5 pancadas interescapulares	Cria vibração suficiente para desalojar o corpo estranho
Progressão da técnica	Executa 5 compressões abdominais	Aumenta a pressão intratorácica para expulsão do objeto
Agravamento	Ativa 112 e inicia SBV	Previne evolução para paragem respiratória

Situação 2 – Paragem cardiorrespiratória

Critério Avaliado	Ação Esperada	Fundamentação Técnica
Avaliação da vítima	Verifica consciência e respiração	A ausência de respiração normal confirma PCR
Ativação do socorro	Liga 112	Ativação precoce do INEM é essencial
Início de SBV	Inicia compressões torácicas eficazes	Mantém circulação mínima
Ritmo e técnica	Compressões a 100–120/min	Frequência recomendada pelo INEM
Utilização de DAE	Aplica DAE se disponível	A desfibrilhação precoce aumenta a sobrevivência

Situação 3 – Queda com suspeita de traumatismo

Critério Avaliado	Ação Esperada	Fundamentação Técnica
Avaliação do mecanismo	Reconhece queda com impacto significativo	Elevado risco traumático
Sinais de gravidade	Valoriza vômitos após queda	Sugere traumatismo cranioencefálico
Mobilização	Não mobiliza a vítima	Evita agravamento de lesões vertebrais
Via aérea	PLS em bloco se necessário	Previne aspiração
Ativação do socorro	Liga 112	Situação potencialmente grave

Situação 4 – Intoxicação alcoólica

Critério Avaliado	Ação Esperada	Fundamentação Técnica
Reconhecimento clínico	Identifica sinais de intoxicação	Álcool deprime SNC
Interrupção do consumo	Suspende ingestão de álcool	Evita agravamento
Avaliação funcional	Avalia consciência e respiração	Risco de depressão respiratória
Hidratação	Providenciar água, ou infusões de ervas	Álcool desidrata- etanol inibe a liberação da hormona antidiurética (ADH) , também designada vasopressina – diurético osmótico, que leva a perda de eletrólitos
Posicionamento	Coloca em PLS se necessário	Protege a via aérea
Vigilância	Mantém vigilância contínua	Evolução imprevisível

Situação 5 – Hemorragia externa

Critério Avaliado	Ação Esperada	Fundamentação Técnica
Avaliação	Identifica hemorragia abundante	Risco imediato de vida
Técnica	Aplica compressão direta	Método mais eficaz
Gestão do penso	Não remove compressa saturada	Preserva coágulo
Posicionamento	Eleva o membro	Reduz pressão local
Promover a vasoconstrição	Providenciar gelo se possível	Ajuda na vasoconstrição dos vasos e por isso diminuição da hemorragia
Socorro	Liga 112 se não controlar	Emergência médica

Situação 6 – Policonsumo

Critério Avaliado	Ação Esperada	Fundamentação Técnica
Identificação do risco	Reconhece Policonsumo	Potencia efeitos depressivos
Interrupção	Suspende consumo	Evita agravamento
Avaliação primária	Avalia consciência e respiração	Risco de inconsciência
Posicionamento	PLS se sonolento	Protege a via aérea
Socorro	Liga 112 em agravamento	Situação potencialmente grave

Apêndice 6 – Apresentação da formação: Cuidados Preventivos do Pé diabético



1



QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES QUANDO A DIABETES NÃO ESTÁ CONTROLADA?

Diabetes em Movimento

3

Complicações da Diabetes

A diabetes mal controlada (excesso de açúcar no sangue), pode causar várias complicações:

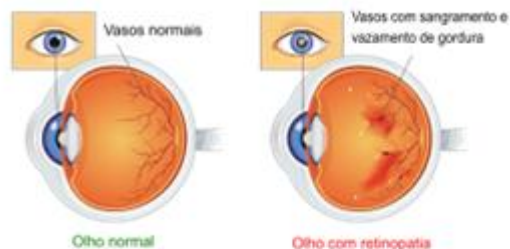
- Afeta principalmente: rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos.
- É a principal causa de amputação de membros inferiores.



Diabetes em Movimento

Complicações da Diabetes

Retinopatia Diabética

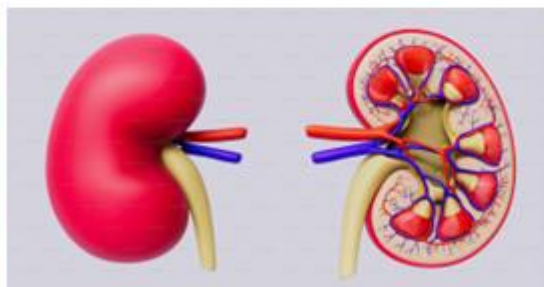


Nos diabéticos, os **vasos sanguíneos tornam-se frágeis**, podendo romper e causar **hemorragias e manchas**. Estas alterações podem levar à **diminuição da visão**.

Diabetes em Movimento

5

Complicações da Diabetes



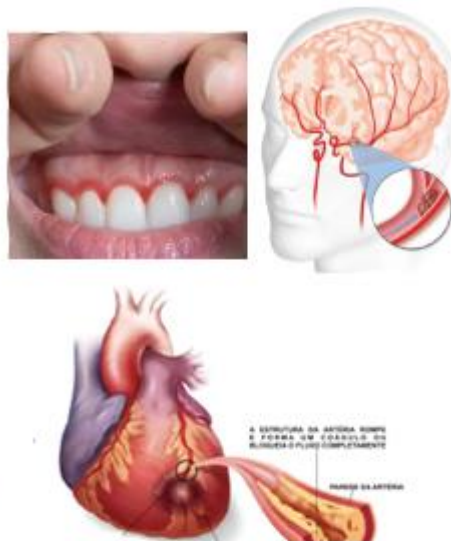
O **excesso de açúcar no sangue** pode causar **inflamação e fibroses** nos rins, especialmente nas estruturas que **filtram o sangue**. Quando os rins ficam muito danificados, é preciso fazer **hemodiálise**. Cerca de 25% das pessoas que fazem hemodiálise têm **nefropatia diabética**.

Diabetes em Movimento

Complicações da Diabetes

O excesso de açúcar enfraquece as paredes dos vasos, provoca inflamação e acumula gordura, aumentando o risco de problemas no coração (enfarte) e no cérebro (AVC).

O aumento do açúcar na saliva alimenta bactérias que danificam as gengivas.



Diabetes em Movimento

7

Complicações da diabetes

O açúcar alto no sangue, **danifica também os nervos**. A neuropatia diabética mais comum afeta os **pés e pernas**, mas também pode atingir músculos, órgãos ou nervos específicos.



Diabetes em Movimento

8

Fatores de Risco



Os seguintes fatores elevam o risco para que as complicações da diabetes apareçam:

**Mau controlo da glicemia;
Colesterol elevado;
Hipertensão arterial;
Tabagismo.**

Diabetes em Movimento

9

Pé Diabético

O **pé diabético** é uma condição que ocorre em pessoas com diabetes, caracterizada por **feridas ou úlceras nos pés**, geralmente causadas por má circulação e danos nos nervos.

Cerca de 25% das pessoas com diabetes têm risco de lesões nos pés. Avaliação de risco de úlcera diabético efectua-se pela equipa de saúde.

- Baixo risco: vigilância anual;
- Médio risco: Presença de **neuropatia**- vigilância semestral;
- Alto risco: Existência de **isquemia** ou **neuropatia** com deformidades do pé, ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia. Vigilância a cada 1/3 meses.

(DGS, 2011b)



Diabetes em Movimento

Pé Diabético

O que a diabetes pode causar no pé?

- Perda de sensibilidade
- Pele grossa e com fissuras
- Dor ao caminhar
- Pés frios e com má circulação
- Deformações dos pés
- Dificuldade em cicatrizar feridas



Cuidar dos pés é essencial para prevenir feridas em pés diabéticos.

Diabetes em Movimento

11

QUAIS OS CUIDADOS QUE DEVEMOS TER COM OS PÉS?

- Na vigilância do pé??
- Na higiene dos pés?
- Na secagem dos pés?
- Na hidratação dos pés??
- No cortar as unhas dos pés??
- Na remoção de calosidades ??
- Escolha das meias??
- Escolha dos sapatos??
- Outras??

Diabetes em Movimento

12

Cuidados a ter com os pés

Observação diária dos pés, no final do dia, num sítio bem iluminado:

- Use um espelho, se necessário.
- Procure manchas, gretas, feridas e calos.
- Veja se existe alteração da temperatura do pé.
- Veja entre os dedos.
- Procure ajuda do seu enfermeiro se alguma alteração.



Diabetes em Movimento

13

Cuidados a ter com os pés

Lave os pés diariamente:

- Use **água morna/tépida corrente** e sabonete hidratante neutro.
- **Verifique a temperatura da água.**
- Não deixe os pés “**de molho**” na água.



Diabetes em Movimento

Cuidados a ter com os pés

Secagem correta dos pés:

- Use **toalhas de algodão de cor clara** para secagem dos pés.
- Não **esfregue** a pele, seque com cuidado.
- Seque bem **entre os dedos**.



Diabetes em Movimento

15

Cuidados a ter com os pés

Use creme hidratante e **não gordo** diariamente:

- Aplique dos dedos até aos joelhos.
- Não coloque creme entre os dedos, pois a humidade favorece o aparecimento de feridas e infeções.



Diabetes em Movimento

16

Cuidados a ter com os pés

O corte das unhas:

- deve ser reto.
- não cortar os bicos.
- as unhas não devem ser muito curtas.

De preferência deve-se usar uma lima de cartão- 1 a 2 vezes por semana.



Diabetes em Movimento

17

Cuidados a ter com os pés

Na remoção de calosidades:

- Não use objetos cortantes.
- Não use produtos para queimar calos.
- Procure ajuda de um profissional para limar as calosidades.



Diabetes em Movimento

18

Cuidados a ter com os pés

Escolha das meias:

- Use meias de 100% algodão.
- Devem ser claras.
- Não devem apertar.
- Nunca andar apenas de meias ou descalço.



Diabetes em Movimento

19

Cuidados a ter com os pés

Escolha dos sapatos:

- biqueira larga (dedos têm de ficar móveis).
- em pele ou material respirável;
- com atacadores ou velcro.
- sola anti-derrapante com altura de pelo menos 2 cm.
- Calcanhar reforçado.

Deve-se verificar o interior dos sapatos todos os dias.



Diabetes em Movimento

20

Cuidados a ter com os pés

Evitar fontes de calor:

- Não use botijas de água quente.
- Não use aquecedores ou lareiras.
- Use apenas meias de lã e cobertores ou mantas para se aquecer.



Diabetes em Movimento

21

Bibliografia

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2011a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2011–2016*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2011b). *Norma n.º 005/2011 – Diagnóstico sistemático do pé diabético*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2011c). *Norma n.º 003/2011 – Organização de cuidados, prevenção e tratamento do pé diabético*. Lisboa: DGS.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2010). *Manual do pé diabético*. Lisboa: APDP.
- Schaper, N. C., Van Netten, J. J., Apelqvist, J., Lipsky, B. A., & Bakker, K. (2016). *Prevention and management of foot problems in diabetes: a Summary Guidance for Daily Practice*. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF).
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Recomendações clínicas para a prática da diabetologia*. Lisboa: SPD.
- Leite, A. (2010). *Pé diabético: prevenção e tratamento*. Lisboa: Lidel.

Diabetes em Movimento



Apêndice 7 – Tabela Checklist PRISMA ScR

Tabela Checklist PRISMA ScR

Item PRISMA-ScR	Descrição do requisito	Como foi cumprido na Revisão Integrativa
1	Título	O título identifica claramente a revisão como revisão integrativa da literatura.
2	Resumo	Resumo estruturado com objetivos, métodos e resultados.
3	Justificação	A introdução justifica a necessidade da revisão.
4	Objetivos	Objetivo explícito: conhecer as estratégias de prevenção de UPP em contexto domiciliário e contributo do EESCSP.
5	Protocolo	Não foi registado protocolo formal.
6	CrITÉrios de elegibilidade	CrITÉrios definidos por PCC, idioma, anos e contexto domiciliário.
7	Fontes de informação	CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus, MedicLatina e MEDLINE®
8	Estratégia de pesquisa	Tabela 1 com termos MeSH/DeCS e operadores booleanos.
9	Seleção das fontes	Uso do Rayyan, triagem por título/resumo e leitura integral.
10	Extração de dados	Extração estruturada e síntese apresentado no Apêndice 9.
11	Dados extraídos	Autor, ano, tipo de estudo, intervenção, resultados, implicações.
12	Avaliação crítica	Não aplicável.
13	Síntese dos resultados	Síntese temática por categorias.
14	Seleção dos estudos	Fluxograma PRISMA-ScR incluído (16 estudos finais).
15	Características dos estudos	Quadro do Apêndice 9 apresenta características detalhadas.
16	Resultados por categoria	Seis categorias temáticas identificadas.
17	Resultados completos	Descrição narrativa e tabela de síntese.
18	Sumário das evidências	Discussão integra evidência e contexto.
19	Limitações	Heterogeneidade, poucos estudos comunitários, ausência de follow-up.
20	Conclusões	Implicações para prática e investigação.
21	Financiamento	Não aplicável / não houve financiamento.
22	Conflitos de interesse	Não reportado / sem conflitos declarados.

Apêndice 8 – Artigos selecionados da pesquisa bibliográfica

Artigos selecionados da pesquisa bibliográfica

Nº	Autores	Título	Ano	Resumo	Inclusão/Exclusão
1	Chen et al.	<i>Family caregivers' perceptions and challenges in the care of pressure injuries in daily life.</i>	2025	Estudo qualitativo sobre percepções e desafios de cuidadores familiares no cuidado às UPP. Identificou lacunas entre práticas reais e diretrizes clínicas, destacando a necessidade de educação e suporte profissional.	Incluído
2	Wynn	<i>Challenging assumptions on prevention of pressure injuries.</i>	2025	Reflexão crítica sobre pressupostos na prevenção de UPP, incentivando revisão de práticas.	Incluído
3	Amorim et al.	<i>Development and validation of an educational pamphlet.</i>	2024	Desenvolvimento e validação de um manual educativo para cuidados domiciliares de UPP, com linguagem acessível para melhoramento da prática de cuidados.	Incluído
4	Fähndrich et al.	<i>Treatment approaches of stage III and IV pressure injury.</i>	2023	Revisão sobre tratamentos de UPP graves em pessoas com lesão medular. Evidencia falta de dados comparáveis sobre eficácia.	Excluído - só foca o tratamento
5	Fernandes et al.	<i>The burden of informal caregivers.</i>	2023	Analisa a sobrecarga física e emocional de cuidadores informais que cuidam de utentes com UPP no contexto domiciliário, destacando isolamento, estresse e impacto na saúde mental.	Incluído
6	Taylor et al.	<i>Barriers and enablers to evidence-based practice.</i>	2021	Identifica barreiras e facilitadores para a implementação de práticas baseadas em evidência na prevenção de UPP em cuidados comunitários.	Incluído
7	Gabison et al.	<i>Measuring repositioning in home care.</i>	2022	Desenvolvimento de sistema sem contato para monitorar reposicionamento de pacientes em casa, visando prevenir UPP.	Incluído
8	Woodhouse et al.	<i>Theoretically informed codesign of a tailored intervention (C-PrUP).</i>	2024	Desenvolvimento participativo de intervenção personalizada para apoiar comportamentos preventivos em idosos no domicílio.	Incluído
9	Shu-Fen et al.	<i>Management of patients with Kennedy terminal ulcer.</i>	2023	Discute cuidados paliativos focados no conforto para pacientes com úlceras terminais de Kennedy.	Excluído - Específico sobre Úlceras de Kennedy

Nº	Autores	Título	Ano	Resumo	Inclusão/Exclusão
10	Antony et al.	<i>Evidence-based clinical practice guidelines.</i>	2023	Desenvolvimento de diretrizes para prevenção de úlceras por pressão em cuidados paliativos em contexto domiciliário.	Incluído
11	Shi et al.	<i>Negative pressure wound therapy.</i>	2023	Revisão que aponta incertezas quanto à eficácia da TPN no tratamento de úlceras por pressão.	Excluído – Foca-se no tratamento de UPP
12	Sopata et al.	<i>Case report of sacral pressure ulcer.</i>	2022	Relato de caso sobre tratamento domiciliar eficaz com produtos antimicrobianos e curativos modernos.	Excluído - Foca-se no tratamento de UPP
13	Kalemikerakis et al.	<i>Relationship between caregiver characteristics.</i>	2021	Estudo correlacional entre perfil dos cuidadores e características clínicas das UPP.	Excluído - Escrito em russo
14	Badino et al.	<i>Tape-based nursing treatment.</i>	2023	Avaliação do uso de fitas de Kinesio, em úlceras estágio III–IV, mostrando redução da área da ferida.	Excluído - Foca-se no tratamento
15	Tuncer et al.	<i>Effectiveness of a training program for the prevention of pressure ulcers on caregivers of elderly patients.</i>	2024	Avalia a eficácia de programa formativo dirigido a cuidadores de idosos para prevenção de UPP.	Incluído
16	Lo et al.	<i>Kennedy terminal ulcer management.</i>	2023	Abordagens centradas no conforto e diferenciação entre úlcera terminal e UPP.	Excluído - Específico sobre Úlceras de Kennedy
17	Avsar et al.	<i>Algorithm for pressure ulcer risk.</i>	2022	Desenvolvimento de algoritmo baseado em mobilidade e atividade para prever risco de UPP.	Incluído
18	Rusovan et al.	<i>Education in melanin-rich skin</i>	2023	Educação de profissionais em contexto de lar, para avaliação de pele rica em melanina e prevenção equitativa.	Excluído - Estudo realizado em lar
19	Neyens et al.	<i>Optical and magnetic stimulation.</i>	2023	Dois casos mostrando eficácia da estimulação ótica e magnética no desbridamento autolítico.	Excluído - Foca-se no tratamento
20	Meireles et al.	<i>Construção de tecnologias cuidativo-educacionais sobre lesão por pressão para idosos no domicílio</i>	2025	Desenvolvimento de tecnologia educativa para cuidadores idosos no domicílio, promovendo autonomia e prevenção de UPP.	Incluído

Nº	Autores	Título	Ano	Resumo	Inclusão/Exclusão
21	MacDonald	<i>Thematic analysis of low-harm ulcers.</i>	2022	Análise temática sobre a prevenção de UPP e implicações para melhoria do cuidado em cuidado hospitalar.	Excluído - Especifica do cuidado hospitalar
22	De Pinho et al.	<i>Perfil clínico do programa “Melhor em Casa”</i>	2024	Perfil clínico de pacientes domiciliares e associação com UPP.	Incluído
23	Montero et al.	<i>Dysphagia in home care elderly.</i>	2025	Identifica prevalência de disfagia e associação com complicações em idosos domiciliados.	Excluído - Fala apenas da disfagia
24	Maella-Rius et al.	<i>Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: A scoping review.</i>	2024	Revisão sobre cuidados de enfermagem a pessoas com lesões cutâneas relacionadas com dependência no contexto comunitário.	Incluído
25	Martin & Holloway	<i>Pressure ulcers: aSSKING framework study</i>	2024	Estudo sobre aplicação do modelo aSSKING na prática comunitária para reforçar prevenção estruturada.	Incluído
26	Robinson & Sanyaolu	<i>Person-centred incontinence care.</i>	2023	Abordagem centrada na pessoa para avaliação e gestão da incontinência.	Excluído – específico das lesões por humidade
27	Anker-Hansen et al.	<i>Pressure ulcer prevalence survey.</i>	2024	Prevalência, classificação e medidas preventivas em lar de idosos norueguês.	Excluído - Estudo realizado em lar
28	Irwin	<i>Challenges of pressure ulcer prevention in the community setting.</i>	2023	Discussão dos desafios enfrentados por enfermeiros na prevenção de UPP em contexto comunitário.	Incluído
29	Mukamel et al.	<i>Dementia, staffing and outcomes.</i>	2024	Relação entre dotação de enfermagem e resultados de saúde em lares de idosos.	Excluído - Estudo realizado em lar
30	Hui et al.	<i>Ethical dilemma in independent living.</i>	2021	Discussão ética sobre autonomia e risco em paciente com incapacidade.	Excluído - Não trata de cuidados preventivos
31	Gomes et al.	<i>Application to prevent pressure injury in elderly caregivers.</i>	2024	Aplicação digital para apoiar cuidadores na prevenção de UPP no domicílio.	Incluído

Apêndice 9 – Quadro síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura

Quadro síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura

Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	Implicações para a Prática Baseada na Evidência
1. Avsar, P., Budri, A., Patton, D., Walsh, S., & Moore, Z. (2022).	<i>Developing Algorithm Based on Activity and Mobility for Pressure Ulcer Risk Among Older Adult Residents: Implications for Evidence-Based Practice.</i>	Estudo: quantitativo, prospetivo, descritivo e não experimental Contexto Comunitário. Utentes com UPP.	A mobilidade reduzida é o principal fator de risco para o desenvolvimento de UPP. O julgamento clínico subjetivo da mobilidade pode ser inconsistente com o movimento real do utente. Tanto utentes com "pouco movimento" como "muito movimento" (agitação) podem desenvolver danos teciduais. O tratamento de UPP tem um custo elevado, tornando a deteção precoce imperativa para a economia da saúde. Necessidade de algoritmos padronizados para guiar as intervenções preventivas e a utilização da tecnologia de sensores de movimento e de humidade subepidérmica (SEM) como biomarcadores para detetar lesões antes de serem visíveis.	Integração de sensores de movimento e scanners de SEM na rotina de cuidados de longa duração, permite deteção de UPP em fases iniciais constituindo-se como uma estratégia de prevenção essencial.
2. Chen, Y., Cai, T., Le, P., Zhang, L., Chen, Y., Wu, L., Chen, K., Yuan, C., & Lu, Y. (2025).	<i>Family caregivers' perceptions and challenges in the care of pressure injuries in daily life: a qualitative study.</i>	Qualitativo- Observação participante e entrevistas estruturadas; Contexto comunitário. Cuidadores informais.	Os cuidadores ainda enfrentam vários desafios como a identificação e resposta aos primeiros sinais de UPP e a escassez de cuidados profissionais e de aconselhamento. Observou-se que os cuidadores ainda desempenham cuidados inadequados, especialmente no que diz respeito à frequência das mudanças de posição corporal. Distribuição de material didático, com linguagem adaptada é uma boa estratégia de capacitação do cuidador.	A capacitação dos cuidadores deve incluir: a identificação precoce de UPP e dos respetivos sinais de alerta Para promover a disponibilidade de cuidados profissionais e de recursos de aconselhamento relacionados às UPP, a comunidade pode articular-se para realizar uma divulgação científica sistemática, utilizando diferentes meios de comunicação.

Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	Implicações para a Prática Baseada na Evidência
3. Tuncer, Ö., Yilmaz, M. B., & Mert, A. (2024)	<i>Effectiveness of a Training Program for the Prevention of Pressure Ulcers on Caregivers of Elderly Patients. Risk Management and Healthcare Policy.</i>	Estudo prospetivo, analítico, de intervenção; Contexto comunitário. Cuidadores informais.	Programa de formação presencial, dirigido a cuidadores familiares, focado na prevenção e cuidados das UPP no domicílio, permitiu um aumento estatisticamente significativo do nível de conhecimento dos cuidadores após a formação ($p < 0,001$), bem como uma redução significativa da gravidade das úlceras por pressão, avaliada pela escala PUSH.	A formação estruturada dos cuidadores familiares em contexto domiciliário revela-se uma estratégia eficaz na prevenção e melhoria das úlceras por pressão, devendo ser integrada de forma sistemática nos programas de cuidados domiciliários, com ênfase no suporte ao cuidador e na promoção da continuidade dos cuidados.
4. Woodhouse, M., Cowdell, F., Roddis, J., Devrell, A., Oakley, K., & Dyson, J. (2024)	<i>Theoretically informed codesign of a tailored intervention to support pressure ulcer prevention behaviours by older people living in their own homes in the UK and their lay carers: an intervention codesign study.</i>	Estudo qualitativo de co-design de intervenção, teoricamente informado. Contexto comunitário. Utentes com UPP e cuidadores informais	Foram identificadas cinco barreiras principais à prevenção de úlceras por pressão no domicílio: (1) conhecimento e crenças sobre consequências, (2) papel social/profissional e influência, (3) motivação e prioridades, (4) emoção e (5) ambiente. A partir do processo de co-design, foram priorizados quatro componentes de intervenção: reforço sistemático dos comportamentos preventivos em cada contacto com profissionais, sinalização de grupos de apoio e serviços existentes, disponibilização de informação escrita e ilustrada acessível e apoio ao envolvimento da família em aspetos práticos dos cuidados.	O estudo evidencia que a prevenção de úlceras por pressão no domicílio requer intervenções teoricamente fundamentadas, centradas na pessoa e no cuidador, que vão além da simples transmissão de informação. O reforço consistente dos comportamentos preventivos e o apoio estruturado aos cuidadores podem potenciar a adoção sustentada de práticas preventivas em contexto domiciliário.

Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	Implicações para a Prática Baseada na Evidência
5. Wynn, M. (2025)	<i>Challenging assumptions on prevention of pressure injuries</i>	Revisão crítica; Contexto comunitário. Análise de auditorias internas.	Estudo questiona a taxa de 95% de evitabilidade de UPP. Sugere 43% com base em estudos de auditorias internas. Introduz o conceito de "falência cutânea" no fim de vida e identifica fatores sistêmicos (ex: vasopressores) aumentam risco de UPP.	Obriga a uma mudança do paradigma de "culpa" para uma abordagem multifatorial e interdisciplinar. Devem reconhecer-se os limites da enfermagem em doentes críticos com instabilidade hemodinâmica, onde a perfusão tecidual comprometida torna a lesão, por vezes, inevitável.
6. Martin, S., & Holloway, S. (2024)	<i>Pressure ulcers: aSSKINg framework study.</i>	Revisão de literatura para auditoria; Cuidados comunitários.	Refere que instrumentos como aSSKINg orientam decisões clínicas, reduzindo incidência de UPP em 83,4%. Detetada sobre-prescrição de superfícies de apoio e lacunas na documentação de enfermagem. Ressalva a importância da experiência clínica para o aumento identificação de risco para a correta instituição de medidas preventivas.	A adoção do conjunto de intervenções de cuidados (aSSKINg) reduz a variabilidade clínica. É essencial que a avaliação de risco seja acompanhada de juízo clínico especializado, evitando o desperdício de recursos em utentes de baixo risco e garantindo o registo rigoroso.
7. Irwin, H. (2023)	<i>Challenges of pressure ulcer prevention in the community setting.</i>	Artigo de opinião; Enfermagem Comunitária.	Envelhecimento aumenta risco de UPP na comunidade. O Intrumento PURPOSE-T deteta riscos e danos prévios. A formação de cuidadores informais é vital neste contexto. Devido à especialidade do contexto comunitário há necessidade de perceber hábitos domiciliários inadequados (ex: dormir sentado no sofá) para o aumento de risco de UPP. Toda a formação deve ser adaptada ao utente e ao seu ambiente. Necessidade de protocolos de cuidados e fluxogramas de seleção de equipamentos, nomeadamente no uso correto de superfícies híbridas/dinâmicas.	O enfermeiro comunitário deve atuar através da tomada de decisão partilhada, adaptando as estratégias preventivas ao ambiente comunitário. A utilização protocolos de atuação e de fluxogramas de seleção de equipamentos assegura que o doente recebe a superfície adequada ao seu nível de mobilidade e risco.
Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	

				Implicações para a Prática Baseada na Evidência
8. Maella-Rius, N., Torra-Bou, J.-E., & Martínez-Rodríguez, L. (2024).	<i>Nursing care in patients with dependency-related skin injuries in the community: a scoping review.</i>	Scoping review; Contexto comunitário.	O foco do cuidado de UPP está a deslocar-se para o ambiente comunitário e domiciliar devido ao envelhecimento populacional. Os autores introduzem o conceito de Lesões Cutâneas Relacionadas com a Dependência (LCRD), que necessitam para a sua prevenção, uma abordagem individualizada de fatores como a pressão, fricção, humidade e <i>skin tears</i>. A nutrição adequada é um fator crítico, mas de difícil monitorização no domicílio, exigindo referência a nutricionistas. A enfermagem na comunidade é complexa, pois o enfermeiro atua como "convidado" no domicílio do utente. A abordagem à pessoa com UPP deverá ser uma avaliação holística (física, psicológica, social e espiritual) Existe uma escassez de investigação clínica focada especificamente no cuidado de feridas em ambiente domiciliar.	A prática de enfermagem deve personalizar a prevenção e o tratamento de LCRD no domicílio, considerando fatores como pressão, fricção, humidade e skin tears. É essencial monitorizar a nutrição com apoio interprofissional, encaminhando a nutricionistas quando necessário. Além disso, o enfermeiro deve realizar uma avaliação holística do utente e construir confiança, reconhecendo o seu papel de “convidado” no domicílio.
9. Fernandes, A. M., Brandão, M. G. S. A., Teodoro, M. L., Vianna, P. C., Pereira, M. C. A., Nogueira, P. C., & Rabeh, S. A. N. (2023).	<i>The burden of informal caregivers of people with pressure injuries in-home care.</i>	Estudo descritivo transversal Contexto comunitário Cuidadores informais	O isolamento social como domínio mais afetado nos cuidadores informais, sendo que tensão geral elevada e a sobrecarga total média de 2.02 da escala Caregivers Burnt Scale (CBS). Mais de 12h diárias de cuidados agrava sobrecarga do cuidador. A sobrecarga é mais sentida em cuidadores de doentes com demência.	A intervenção de enfermagem deve incluir a avaliação sistemática do "burnout" do cuidador através da CBSscale. É vital implementar estratégias de suporte emocional e períodos de descanso, reconhecendo que o cuidador é uma peça chave na prevenção de recidivas e complicações infecciosas no domicílio.
Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	

				Implicações para a Prática Baseada na Evidência
10. Gabison, S., Pupic, N., Evans, G., Dolatabadi, E., & Dutta, T. (2022).	<i>Measuring Repositioning in Home Care for Pressure Injury Prevention and Management.</i>	Estudo metodológico/tecnológico Monitorização não invasiva Contexto comunitário Utentes com UPP	O estudo testou um sistema utiliza quatro células de carga instaladas sob os pés da cama para medir forças verticais, analisadas por algoritmos de machine learning, como o XGBoost, para identificar a posição do utente. Os resultados demonstraram uma precisão de 98,1% na deteção das três posições principais. Verificou-se ainda uma fiabilidade interavaliadores quase perfeita na classificação das imagens (kappa = 0,935).	Oferece uma ferramenta de auditoria objetiva da adesão ao reposicionamento, eliminando a dependência do auto-relato do cuidador. No futuro, estes sistemas de alerta podem avisar em tempo real quando o doente excede o tempo de permanência num decúbito, prevenindo a hipóxia tecidual prolongada.
11. Gomes, A. C. M. S., Sousa, M. M., Silva, M. A., Matos, S. D. O., & Oliveira, S. H. S. (2024)	<i>Application to prevent pressure injury in elderly caregivers.</i>	Estudo metodológico; Contexto comunitário.	Desenvolvimento e validação de um protótipo de aplicativo móvel (denominado LPPrev) destinado a cuidadores de idosos. A tecnologia móvel (mHealth) pode superar restrições de tempo e espaço na educação de cuidadores. A App possui um carácter educativo, visando fornecer orientações e conteúdos para a prática de cuidados preventivos de UPP em idosos dependentes e acamados, incluindo alarmes sonoros para lembrar as horas de mudança de decúbito e hidratação. Os cuidadores informais sentem-se mais confiantes e seguros quando guiados por ferramentas digitais. Existe também a possibilidade de gerar relatórios diários sobre o estado do idoso para partilhar com profissionais.	O uso de aplicativos pode otimizar a assistência domiciliária e reduzir as taxas de incidência e prevalências de UPP.
Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	

				Implicações para a Prática Baseada na Evidência
12. De Pinho, S., Silva Junior, R. F., Pereira, V. G., Pinho, L., Silva, C. V., Caldeira, A. P., Silva, C. S. O., & Costa, S. M. (2024).	Perfil e condições clínicas de pacientes atendidos no programa “Melhor em Casa”.	Estudo transversal-analítico; Contexto comunitário. Utentes com UPP	Os resultados evidenciam a elevada complexidade clínica dos utentes, com 90,6% na condição de acamados e 74,4% com necessidade de utilização de sondas, além de uma prevalência de 39,8% de UPP já presentes no ato da admissão nos cuidados domiciliários. Verificou-se que a condição de acamado está fortemente associada ao uso de dispositivos invasivos (traqueostomias, ostomias e sondas) e à existência de lesões cutâneas. O trabalho conclui que esta fragilidade exige protocolos de enfermagem robustos e a otimização dos fluxos de referência entre o hospital e o domicílio para assegurar a continuidade do cuidado e prevenir o agravamento do quadro clínico dos utentes.	Sublinha a extrema complexidade clínica do utente no domicílio, exigindo protocolos de enfermagem focados na gestão de dispositivos invasivos e integridade cutânea. Urge melhorar o fluxo de referência hospital/comunidade para garantir que a prevenção se inicia antes da alta hospitalar.
13. Taylor, C., Mulligan, K., & McGraw, C. (2021)	<i>Barriers and enablers to the implementation of evidence-based practice in pressure ulcer prevention and management.</i>	Estudo qualitativo Equipes Comunitárias Integradas.	Estudo identificou as barreiras e os facilitadores percebidos pelos profissionais de saúde na implementação de práticas baseadas na evidência (EBP) para a prevenção e gestão de UPP. A prática foi facilitada pela elevada motivação dos profissionais para prevenir UPP, pelo trabalho em equipa integrada, pela criação do papel de profissionais facilitadores de implementação de UPP e pelo uso de tecnologia móvel que melhorou o acesso à informação e a produtividade. Contudo, identificaram-se barreiras como défices de competência dos profissionais na prevenção e categorização das lesões, constrangimentos nas inspeções íntimas, dificuldades em gerir conversas sobre não adesão e obstáculos físicos no domicílio, como a desarrumação, que comprometem a mobilização segura e a instalação de equipamentos.	A prática clínica deve incluir o treino de competências comportamentais para gerir conversas difíceis sobre riscos e comportamentos de não adesão. É necessário apoio logístico para o " <i>decluttering</i> " (organização do espaço) no domicílio, garantindo que as camas articuladas e elevadores podem ser operados em segurança.
Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	Implicações para a Prática Baseada na Evidência

14. Amorim, I. G. R., Cabral, J. F. F., Sampaio, L. R. L., Barbosa, M. O., & Feitosa, Y. S. (2024).	<i>Development and validation of an educational pamphlet: technology for home care of pressure injuries.</i>	Estudo metodológico; Tecnologia educativa para cuidadores informais.	O manual de cuidador realizado adota uma abordagem humanizada, em formato de diálogo, para transmitir informação sobre definição, fatores de risco, identificação precoce, posicionamento, higiene e importância da nutrição e hidratação. O material apresentou validação técnica adequada, com IVC global $\geq 0,78$ e pontuação máxima no objetivo, tendo sido ajustado para linguagem mais acessível e redução do número de páginas. Este tipo de informação promoveu a autonomia e autoeficácia do cuidador, reduzindo ansiedade e incertezas. Além disso, favorece a partilha de conhecimento entre profissionais e família, fortalecendo a adesão às estratégias preventivas e diminuindo o risco de complicações e reinternamentos.	Promove a autoeficácia do cuidador informal através de suportes visuais simplificados. O uso destas tecnologias na consulta de enfermagem horizontaliza o cuidado, reduzindo a ansiedade e os erros técnicos comuns no cuidado de doentes acamados no domicílio.
15. Antony, L., & Thelly, A. S. (2022).	<i>Knowledge on Prevention of Pressure Ulcers Among Caregivers of Patients Receiving Home-based Palliative Care.</i>	Inquérito transversal quantitativo; Cuidadores informais.	Os resultados do estudo revelaram que apenas 10% dos cuidadores informais possuíam bom conhecimento, 40% apresentavam conhecimento médio e 50% conhecimento insuficiente, não havendo extremos de classificação. Identificaram-se barreiras como dificuldades financeiras para adquirir colchões de ar, falhas de energia e limitações clínicas do doente. Conclui-se existir necessidade urgente de diretrizes baseadas em evidência e programas educativos estruturados. Destaca-se ainda a importância de equilibrar a prevenção de feridas com o conforto e a qualidade de vida em fim de vida. Identifica a necessidade de investir em enfermeiros educadores para fortalecer a qualidade e a segurança dos cuidados no domicílio.	O estudo evidencia a necessidade de capacitar cuidadores informais através de educação estruturada e contínua, com base em diretrizes fundamentadas em evidência e ensino adaptado às necessidades identificadas durante as visitas. Destaca-se a importância de equilibrar a prevenção de UPP com o conforto e a dignidade do doente em fim de vida, ajustando intervenções quando estas geram sofrimento. Recomenda-se ainda apoiar os cuidadores na gestão de barreiras económicas e ambientais com soluções de baixo custo, promover redes de apoio comunitário e reforçar a supervisão de enfermagem.
Autor(es)/ Ano	Título	Tipo de Estudo/ Contexto	Principais Resultados	Implicações para a Prática Baseada na Evidência

Meireles, V., Denardi Antoniassi Baldissera, V., Gomes Labegalini, C. M., Carreira, L., Dos Santos Sokem, J. A., Marran, A. L., & Malaquias Silva, G. (2025)	Construção de tecnologias cuidativo- educacionais sobre lesão por pressão para idosos no domicílio.	Pesquisa-ação participativa Contexto comunitário Cuidadores informais e profissionais de saúde.	Os cuidadores ainda apresentam um déficit de conhecimento para prestação dos cuidados, sendo as maiores fragilidades relacionadas com os posicionamentos, classificação das úlceras por pressão, fatores de risco e práticas não recomendadas. No entanto adotam diversas práticas positivas tais como higiene adequada da pele, troca frequente de fraldas; hidratação da pele; oferta de alimentação e hidratação adequadas e incentivo à mobilidade, quando possível. É também de realçar a participação dos cuidadores na construção participativa de tecnologias educacionais e na sua validação.	Na prática, o estudo realça que capacitar os cuidadores com tecnologias construídas de forma participativa é uma estratégia viável e eficaz para qualificar o cuidado domiciliar ao idoso e prevenir UPP, com impacto positivo na segurança, autonomia e qualidade do cuidado.
--	--	--	---	---

Apêndice 10 – Grelha de avaliação dos cuidados preventivos

Grelha de avaliação dos cuidados preventivos

Colheita de dados do Cuidador Informal

- Nome (CÓDIGO): _____
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
- Idade: _____
- Grau de parentesco com o utente: ☐ Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Outro: _____
- Situação profissional: ☐ Ativo ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Outro
- Nível de escolaridade: ☐ < 4º ano ☐ 1.º ciclo ☐ 2.º ciclo ☐ > 9.º ano
- Vive com o utente? ☐ Sim ☐ Não
- Nº de horas diárias de prestação de cuidados: _____
- Apoio de outros cuidadores ou comunidade? ☐ Sim ☐ Não. Qual? _____
- Formação prévia em cuidados? ☐ Sim ☐ Não
- Score da escala de Zarit: _____

Dados do Utente da ECCI

- Nome (CÓDIGO): _____
- Idade: _____
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
- Diagnóstico principal: _____
- Diagnósticos associados: _____
- Grau de dependência (Escala de Barthel): ☐ Total ☐ Grave ☐ Moderada ☐ Leve
- Presença de UPP: ☐ Sim ☐ Não
- Se sim, Grau de UPP (EPUAP): ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Inclassificável ☐ Suspeita
- Data de início do tratamento das UPP: _____
- Estado nutricional (se avaliado): ☐ Normal ☐ Risco ☐ Desnutrido
- Superfície de apoio utilizada: ☐ Simples ☐ Reativa ☐ Ativa

GRELHA DE OBSERVAÇÃO	ANTES INTERVENÇÃO	APÓS INTERVENÇÃO	COMENTÁRIOS*
Cumprir avaliação diária da pele;	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Identifica zonas vulneráveis (sacro, calcâneos, trocânteres).	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Reconhece pelo menos estes sinais: edema, calor, rubor	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Realiza corretamente as técnicas de reposicionamento básico? - Cumprir ângulos de 30º nos decúbitos laterais da posição deitado; - Cumprir o correto posicionamento na posição de sentado; - Posiciona corretamente as pernas e calcanhares quer na posição sentado ou deitado; - Tenta evitar forças de fricção e cisalhamento no posicionamento)	☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não	
Cumprir o plano de reposicionamento acordado, nomeadamente cumprir intervalos de posicionamento correto?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Utiliza corretamente as SA?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Hidratou sem massagear zonas sensíveis)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Utiliza produtos barreira para humidade?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Muda frequentemente a fralda?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
A Ingestão adequada de líquidos é adequada?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Realiza uma dieta adequada?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Comunicou alterações de pele ao enfermeiro?	Não aplicável	☐ Sim ☐ Não	

* Identificar as razões pelo não cumprimento das intervenções

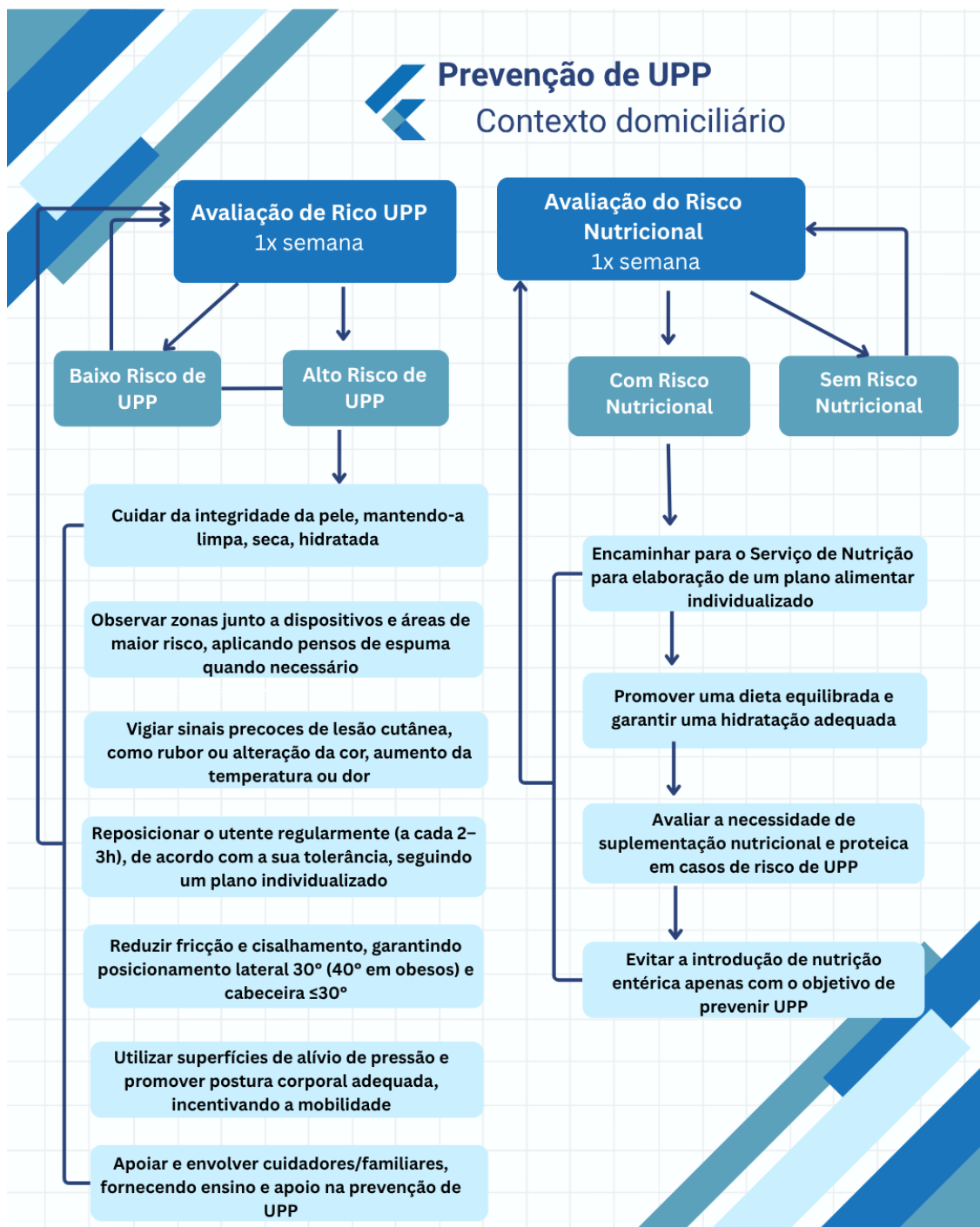
Apêndice 11 – Protocolo operacional sobre a área de prevenção de UPP e respetivo Fluxograma

Protocolo de Prevenção de UPP em contexto domiciliário

Intervenção	Procedimento	Evidência/ Fontes
1. Avaliação de fatores de risco	- Avaliar fatores de riscos intrínsecos: Idade avançada, co-morbilidades, fragilidade, imobilidade, défices de perfusão, alterações nutricionais, dor não controlada, estado de consciência, histórico de lesões de pressão	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	- Avaliar de fatores de riscos extrínsecos: Pressão, fricção, cisalhamento, humidade, dispositivos médicos, superfícies de apoio inadequadas, temperatura corporal elevada	
2. Avaliação do risco de UPP	- Adultos (≥18 anos): Aplicar escala de Braden	- Norma DGS nº 017/2011 - EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	- Pediatria (<18 anos): Aplicar escala de Braden Q	
	- Periodicidade da avaliação: Semanal	
3. Avaliação Nutricional	- Adultos (≥18 anos): NRS 2002	
	- Pediatria (>1 mês e <18 anos): STRONGkids	
	- Periodicidade da avaliação: Semanal	
	- Se utente apresentar risco nutricional ou já apresentar UPP , encaminhar para o Serviço de Nutrição , pelo <i>Pedidos no S Clínico</i> , para que seja efetuada um plano nutricional adequado ao utente	
4. Avaliação contínua e cuidados à pele	- Avaliação diariamente a pele da “cabeça aos pés” e em todas as oportunidades de cuidados ao utente	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	- Usar produtos compatíveis com o pH da pele	
	- Vigiar a pele (alteração de cor/rubor, calor ou dor), não esquecendo as zonas junto a dispositivos médicos	
	- Manter pele limpa, seca, hidratada e sem pressão	
	- Evitar posicionar para em áreas ruborizadas	
	- Não massajar ou friccionar pele em risco	
	- Usar pensos de espuma de proteção nas proeminências ósseas	
5. Intervenções Nutricionais	- Incentivar dieta equilibrada e hidratação adequada	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	- Considerar suplementação nutricional e proteica, para utentes com risco de UPP e se encontrem também em risco de desnutrição ou que a dieta ingerida seja insuficiente	
	- Encontra-se contra-indicada a Entubação Naso Gástrica, apenas com o propósito de prevenir UPP	
	- É uma boa prática manter a via oral de alimentação	
6. Reposicionamento	- Reposicionar utentes em risco, independentemente da superfície de apoio	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025; - Antony & Thelly, 2022; - Gabison et al., 2022 - Ramos et al., 2024b
	- Intervalos de reposicionamento ajustados à tolerância do utente e capacidade do cuidador, tendo em conta o intervalo recomendado nas <i>guidelines</i> de 2-3 horas	
	- Utilizar técnicas e equipamentos que minimizem fricção e cisalhamento	
	- Posicionar lateralmente a 30°. Para indivíduos com obesidade, posicionar num ângulo de 40°	
	- Cabeceira da cama deverá manter-se num ângulo ≤30°, se situação clínica o permitir (risco de pneumonia de aspiração).	
	- Realizar um plano individual de reposicionamento para cada utente em consonância com o seu cuidador	
7. Superfícies de Apoio	- Utilizar superfícies que redistribuam pressão, ajustadas ao peso do utente	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025 - Webb & Chohan, 2022; - Collier et al., 2023
	- Utilizar superfícies de apoio ativas ou reativas totais em indivíduos em risco de UPP tendo em conta a mobilidade do utente	
	- Se se usar sobre-colchões de fibra ou pele de canequinho medicinal, tem de ter em conta o microclima	
	- Usar sempre um assento com propriedades de redistribuição de pressão para quem está em risco	

8. Prevenção de UPP em utentes sentados	- Na escolha da cadeira/assento: considerar risco de lesões por pressão, mobilidade, postura, peso e preferências individuais	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	- Limitar tempo fora da cama para pessoas sem capacidade de se reposicionar sozinhas e aliviar a pressão na posição de sentado	
	- Reposicionar com frequência quando se está sentado ou incentivar mudanças de posição regulares	
	- Postura e posicionamento: Garantir apoio e estabilidade e preferir posição reclinada, pernas elevadas e calcanhares livres. Se não reclinar, manter pés bem apoiados. Usar funções dinâmicas (inclinação/reclinação) para redistribuir o peso	
	- Evitar dispositivos em forma de anel (“donuts”)	
	- Utilizar almofadas de redistribuição de pressão (gel, espuma viscoelástica ou células de ar)	
9. Prevenção de UPP - Calcanhares	- Manter os calcanhares sem contato com a superfície de apoio, elevando-os adequadamente	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	- Utilizar dispositivo específico para calcanhares, conforme o nível de mobilidade e atividade do indivíduo. Se o dispositivo não estiver disponível, usar travesseiros ou almofadas que garantam a elevação completa dos calcanhares	
	- Podem ser usados pensos de espuma siliconadas como complemento à elevação e ao reposicionamento, quando houver recursos	
10. Prevenção de UPP relacionado com dispositivos médicos	- Avaliar diariamente a pele sob e ao redor de dispositivos médicos (ex.: sondas, máscaras de oxigénio, talas, cateteres), monitorizando sinais precoces de lesão	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	- Garantir posicionamento correto e evitar pressão excessiva ou fixação demasiado apertada	
	- Alternar ou reposicionar dispositivos sempre que possível, de acordo com a condição clínica do utente, evitando o contato prolongado da pele com superfícies rígidas ou dispositivos.	
	- Utilizar interfaces de proteção entre o dispositivo e a pele em áreas de risco, se não aumentar mais a pressão	
11. Gestão do microclima	- Avaliar regularmente o estado da pele quanto a humidade excessiva (transpiração, incontinência, exsudado) , trocando roupas de cama e vestuário sempre que húmidos	- EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2025
	Utilizar produtos barreira (cremes ou películas protetoras) para prevenir lesões associadas à humidade	
	Implementar estratégias de gestão da incontinência (urinária/fecal) , incluindo dispositivos apropriados	
	Evitar o uso de materiais que aumentem a retenção de calor e humidade (ex.: resguardos não respiráveis)	
12. Controlo da dor	- Controlo da dor é fundamental para tolerância ao reposicionamento e adesão às estratégias preventivas.	- Ramos et al., 2024a
13. Apoio e Capacitação do Cuidador	- Avaliar escala de sobrecarga do cuidador, com a escala de Zarit. Se níveis elevados propor intervenção estruturada por profissionais especializados (Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e/ou Psicólogo)	- Chen et al., 2025; - Tuncer et al., 2024; - Fernandes et al., 2023; - Amorim et al., 2024; - Gomes et al., 2024; - Meireles et al., 2022
	- Capacitar o cuidador para: os fatores de risco, cuidados e vigilância da pele, nutrição adequada, reposicionamento, utilização de superfícies de apoio, medidas preventivas para a posição de sentado, para a prevenção de UPP nos calcanhares e medidas preventivas relacionadas com dispositivos médicos	
	- Avaliar as barreiras à implementação dos cuidados preventivos quer do utente, quer do cuidador	
	- Fornecer materiais visuais que complementem a informação transmitida	
	- Incentivar comunicação contínua com equipa de saúde	
	- Articular com parceiros comunitários para implementar estratégias facilitadoras que promovam comportamentos preventivos junto do cuidador e do utente.	

Fluxograma: Prevenção de UPP em contexto domiciliário



Apêndice 12 – Folheto informativo sobre os cuidados para a prevenção de UPP para os utentes e cuidadores

Folheto informativo sobre os cuidados para a prevenção de UPP para os utentes e cuidadores

2. Como posso prevenir o aparecimento das Úlceras por Pressão (cont.)?

7- Se o seu familiar não conseguir mobilizar-se sozinho, deve ser reposicionado várias vezes ao dia (a cada 2–3 horas), optando por usar ângulos de 30° nos posicionamentos laterais, e por elevação da cabeça até 30° (se assim for possível). Use almofadas adequadas para garantir um correto posicionamento (figura 3).

8- Evite fricção da pele ao mobilizar (não arrastar), podendo utilizar técnicas como o resguardo de pano.

9- Na cama, mantenha os calcanhares sem contacto com a superfície, com apoio adequado de almofadas.

10- Na cadeira, garanta uma posição estável e segura, com os pés bem apoiados e sem deslizamento.

11- Se possível, alterne entre posição sentada e reclinada, com elevação das pernas e alívio da pressão nos calcanhares.

12- Assegure uma alimentação equilibrada, rica em proteínas, adaptada à capacidade de mastigação e deglutição.

13- Mantenha uma boa hidratação, oferecendo água com frequência.

14- Procure aconselhamento com o enfermeiro sobre equipamentos preventivos (como colchões e almofadas anti escaras).



Figura 3: Exemplos de posicionamentos na cama e na posição de sentado



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA



**Prevenir Úlceras
por Pressão no
domicílio**

1.O que são da Úlceras por Pressão?

As úlceras por pressão são feridas na pele que resultam de uma pressão prolongada numa determinada zona do corpo, sendo mais comuns em pessoas com mobilidade reduzida. A permanência na mesma posição durante muito tempo dificulta a circulação do sangue, o que favorece o aparecimento das úlceras por pressão.

Habitualmente, começam por se manifestar como zonas avermelhadas na pele (**figura 1**). Se essa vermelhidão não desaparecer após aliviar a pressão, pode indicar o início de uma úlcera por pressão. Estas feridas podem variar entre superficiais e profundas, podendo atingir músculos e ossos, causando dor, desconforto e redução da qualidade de vida.

Por este motivo, é fundamental vigiar a pele regularmente e contactar o enfermeiro logo que surjam sinais de vermelhidão, inchaço, calor e dor, de forma a prevenir o agravamento da situação.



Figura 1: Úlcera por Pressão de Grau 1.
Fonte: EPUAP, NPPIA, PPPIA (2019)

2. Como posso prevenir o aparecimento das Úlceras por Pressão?

- 1- É importante observar a pele do seu familiar regularmente durante os cuidados de higiene, com especial atenção às zonas de maior risco (**figura 2**).
- 2- Deve cuidar da pele utilizando sabão não irritante, secar bem sem esfregar e aplicar diariamente um creme hidratante e creme barreira as zonas mais húmidas.
- 3- A pele deve ser mantida sempre limpa e seca, incluindo a troca frequente de fraldas.

- 4- Os lençóis, almofadas e vestuário devem estar limpos, secos e bem esticados, evitando rugas ou objetos por baixo do seu familiar.
- 5- Tenha atenção ao contacto de sonda de alimentação ou algalias com a pele (tente rodar locais de fixação destes dispositivos);
- 6- Incentive o seu familiar a mudar de posição frequentemente, quer ele se encontre na posição de sentado, quer se encontre na posição de deitado; e não o substitua nas tarefas que ele consegue realizar.

ZONAS DE MAIOR RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO

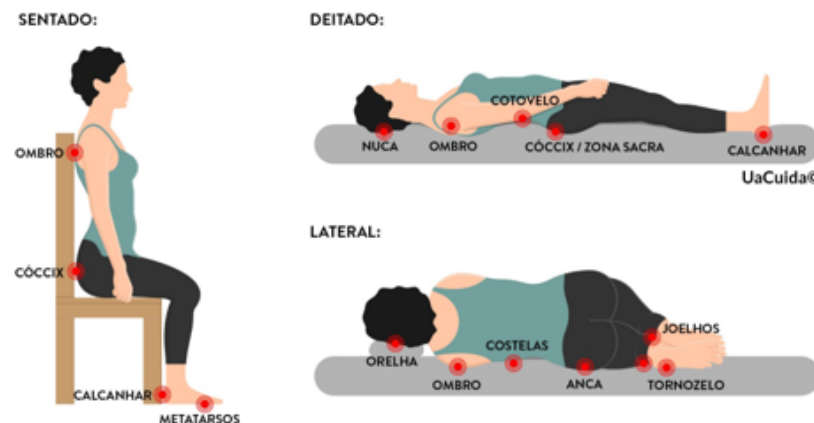


Figura 2 – Zonas de risco para o aparecimento de UPP.
Fonte: www.uaculda.com/blog/ulceras-pressao

Referências Bibliográficas:

- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The international guideline – Fourth Edition (E. Haesler, Ed.). <https://internationalguideline.com> 03/11/2025 de

Realizado por: Filipa Veiga

Data de homologação:

Apêndice 13– Power Point da formação para enfermeiros da UCC CJ

Recomendações e Declarações de boas práticas na prevenção e tratamento de lesões por pressão

Segundo Norma: EPUAP, NPIAP, PPPIA (02/2025)

Olga Cardona e Filipa Veiga
novembro 2025

1

Lesão por pressão

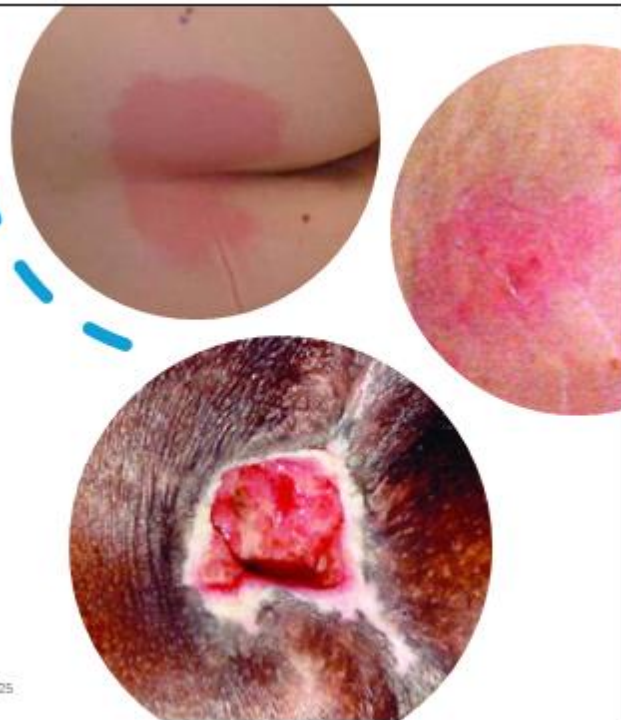
- É uma lesão localizada na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivos médicos ou outros.
- A lesão pode apresentar-se em pele íntegra ou como úlcera aberta podendo ter dor ou não.
- Resulta da pressão intensa ou prolongada em combinação com o cisalhamento
- A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbilidades e sua condição.

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Classificação das lesões por pressão

- **Categoria I** – eritema não branqueável em pele íntegra, normalmente numa proeminência óssea, (descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes). No caso de pele negra ou mais escura, essa zona pode também apresentar uma coloração escura, azulada ou arroxeada, em vez de vermelha ou branquear.
- **Categoria II** – perda parcial da espessura da pele (ferida superficial, rasa, com leito vermelho e sem crosta, pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Exclui-se desta categoria as macerações ou escoriações, fissuras ou lesões provocadas por adesivos ou outros).
- **Categoria III** – perda total da espessura da pele, tecido subcutâneo visível (pode estar visível o tecido adiposo mas sem exposição dos ossos, tendões ou músculos. Pode apresentar algum tecido desvitalizado, pode incluir lesão cavitária ou fistula).

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

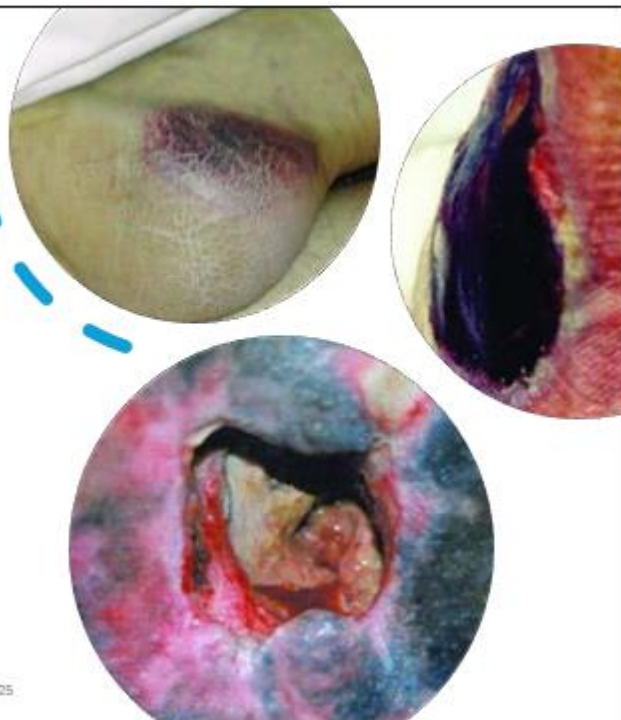


3

Classificação das lesões por pressão

- **Categoria IV** – perda total da espessura dos tecidos; músculos, tendões e ossos visíveis. Pode haver tecido desvitalizado e/ou necrótico, muitas das vezes são cavitárias e fistuladas. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não tendo tecido subcutâneo estas podem ser úlceras superficiais.
- **Não classificável** – perda da pele na sua espessura total e tecidular na qual a extensão da lesão não pode ser confirmada por se encontrar coberta por tecido desvitalizado e/ou necrose. Após remoção do tecido desvitalizado suficiente, poderá ser possível classificar a úlcera.
- **Suspeita de lesão nos tecidos profundos** – área vermelha escura, roxa localizada na pele intacta e descolorada ou flitena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025



Prevenção das lesões por pressão

Recomendações:



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

5

Prevenção das lesões por pressão



Avaliar a pele:

- Avaliar com a maior brevidade possível a pele em risco, na admissão. (branqueamento, calor local, dor, edema e induração).
- Repetir esta avaliação as vezes que forem necessárias. No caso de alterações significativas das condições de saúde do doente voltar a repetir a avaliação.
- Documentar todas as avaliações de risco. (escala de Braden, e avaliação nutricional)
- Considerar os indivíduos acamados e/ou em cadeira de rodas, limitações de mobilidade e baixa percepção sensorial.

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

Cuidados com a pele:

- Manter a pele seca e limpa, hidratada e livre de pressões.
- Se possível não posicionar o doente sobre uma zona de pressão que se encontra ruborizada.
- Não massajar nem esfregar a pele que esteja em risco de lesões. (além de doloroso, pode provocar ligeira destruição tecidual ou reação inflamatória).
- Vigiar a pele circundante aos dispositivos médicos, podem provocar o desenvolvimento de lesões por pressão.
- Aplicar pensos de espuma de poliuretano nas proeminências ósseas para prevenção nas zonas mais expostas a fricção e cisalhamento (sacro, calcâneos, ...) e AGHO nas áreas ruborizadas.

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025



7

Prevenção das lesões por pressão

Cuidados com a pele (cont.):

- Ter em conta os seguintes aspetos na escolha do penso de proteção:
 - Capacidade de gerir o microclima
 - Facilidade de aplicação e remoção
 - Capacidade de avaliar regularmente a pele
 - Região anatómica para aplicação do mesmo
 - Tamanho adequado do penso

➡ Substituir o penso de proteção sempre que se encontrar danificado, se deslocar ou ficar húmido



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão



Nutrição:

É boa prática:

- Realizar uma avaliação nutricional. Se utente em risco nutricional ou já com UPP, encaminhar para o serviço de nutrição para que seja elaborado plano de cuidados nutricionais individualizado.
- Incentivar os doentes com risco de lesões por pressão a realizar uma dieta equilibrada, incluindo alimentos ricos em nutrientes e hidratação equilibrada.
- Fazer todos os esforços para manter e promover a nutrição oral. Quando esta se torna inadequada, não se deve presumir que é necessário avançar logo para a utilização da sonda nasogástrica. Qualquer decisão deve ser precedida de uma avaliação abrangente e multidisciplinar dos objetivos do tratamento, benefícios e preferências relacionadas ao doente.

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

Nutrição:

Sugere-se que a suplementação nutricional seja implementada em doentes identificados como desnutridos ou em risco de desnutrição quando as necessidades nutricionais não são satisfeitas pela ingestão alimentar habitual.

Sugere-se implementar suplementação proteica aos doentes em risco de lesões por pressão identificados como desnutridos ou em risco de desnutrição.

Sugere-se que a suplementação energética e de micronutrientes à base de H.C. seja reservada aos doentes com desnutrição conhecida ou com deficiência de micronutrientes além da suplementação que satisfaça as necessidades proteicas.

Não se recomenda a alimentação por sonda com o propósito específico de prevenir lesões por pressão em doentes em risco, exceto se já usa sonda como parte dos seus cuidados clínicos.

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

Alternância de decúbitos:

“O reposicionamento visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, higiene, dignidade e capacidade funcional do indivíduo.”

É boa prática:

- Reposicionar **regularmente os doentes em risco de desenvolver UPP**;
- **Nenhuma Superfície de apoio substitui o reposicionamento**;
- Utilizar equipamentos que **reduzam o atrito e o cisalhamento**, evitando pressionar ou arrastar a pele durante o manuseamento.



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

Alternância de decúbitos:

- Determinar os intervalos de reposicionamento apropriado e individualizado com base em avaliações abrangentes:
 - nível de atividade e mobilidade,
 - capacidade de se posicionar de forma independente,
 - tolerância da pele e dos tecidos,
 - condição clínica do doente,
 - conforto,
 - padrão de sono,
 - objetivos dos cuidados,
 - superfície de suporte em utilização.
- Sugere-se que o intervalo de **reposicionamentos de 2 ou 3 horas** seja implementado para a maioria dos doentes em risco, mesmo que estejam numa superfície com redistribuição de pressão adequada.



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025



Prevenção das lesões por pressão

Alternância de decúbitos:

- Avaliar **cedo sinais de lesão na pele** para ajustar o posicionamento, fazendo reposicionamentos mais frequentes — especialmente em doentes graves ou com má perfusão, que podem precisar de pequenas alterações no reposicionamento (micromovimentos).
- Sugere-se não prolongar, por rotina, os intervalos de reposicionamento **para mais de 3 horas em doentes em risco de lesões por pressão**. Pode-se prolongar em situações como:
 - redução do risco de pressão
 - Aumento da capacidade de se autoreposicionar eficazmente
 - Manutenção do estado normal da pele e dos tecidos

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

Alternância de decúbitos:

- Sugere-se a utilização do **reposicionamento lateral de 30°** para prevenir a ocorrência de lesões por pressão nos doentes em risco, em **doentes com IMC elevado pode ser necessário modificar a posição lateral para 40°**
- Sugere-se que **a elevação da cabeceira da cama seja mantida a 30°** ou menos para evitar a ocorrência de lesões exceto em situações clínicas que exijam mais elevação (risco de aspiração).
- Os **doentes em cuidados paliativos ou em fim de vida** devem ter a opção de ter intervalos de reposicionamentos mais adequado aos seus objetivos e necessidades de conforto e com pleno conhecimento do risco de realizar menos reposicionamentos.



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

Prevenção de UPP na posição de sentado:

- Escolher um **assento ou cadeira de rodas** que proporcione bom apoio, estabilidade e conforto.
- Garantir o correto posicionamento das **pernas e dos calcanhares**.
- Reposicionar frequentemente o doente, reduzindo a pressão, o cisalhamento e a fricção, ou incentivar o doente a realizar mudanças regulares de posição e pequenas transferências de peso.
- Promover variações de postura através de **inclinação e reclinção do assento**.
- **Limitar ao máximo o tempo que o doente permanece sentado**, sobretudo em casos de risco de UPP ou incapacidade para se reposicionar autonomamente.
- Utilizar **almofadas de redistribuição de pressão**, como as de gel, espuma viscoelástica ou células de ar.



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

Prevenção de UPP - Calcanhares:

- Manter os calcanhares **sem contato com a superfície de apoio**, elevando-os adequadamente. Na posição de sentado, se não estiverem elevados, deixá-los **bem apoiados**.
- Utilizar dispositivo específico para calcanhares, conforme o nível de mobilidade e atividade do indivíduo. Se o dispositivo não estiver disponível, **usar travesseiros ou almofadas que garantam a elevação completa dos calcanhares**.
- Podem ser usados pensos de **espuma siliconadas como complemento à elevação e ao reposicionamento**, quando houver recursos.



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

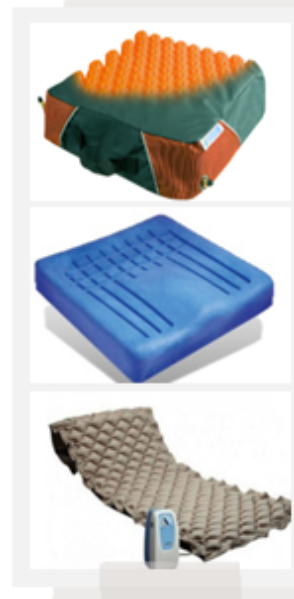
Prevenção das lesões por pressão

Superfícies de apoio (SA):

As SA são dispositivos especializados, que redistribuem a pressão exercida pelas forças mecânicas sobre os tecidos, com o objetivo de aliviar a pressão e de aumentar o tempo de tolerância tecidual, minimizando os danos.

Tipologias de Superfícies de Apoio

- REATIVAS/ESTÁTICAS: alteram as propriedades de distribuição da carga, apenas como resposta à aplicação da carga.
- ATIVAS/DINÂMICAS: alteram as propriedades de distribuição da carga, com ou sem carga aplicada. São, sempre, "alimentadas".



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

17

Prevenção das lesões por pressão

Seleção de SA

DEITADO

PESSOA TOTALMENTE IMÓVEL
Dependente para a mobilização

- 1.º Superfície de apoio dinâmica de pressão alterna integral tubular ou sobrecolchão tubular
- 2.º Superfície de apoio sobrecolchão reativa de alvéolos de ar
- 3.º Superfície de apoio reativa de espuma de alta especificidade integral ou sobrecolchão

PESSOA PARCIALMENTE IMÓVEL
Necessita de ajuda/incentivo nos posicionamentos

- 1.º Superfície de apoio reativa de espuma de alta especificidade integral ou sobrecolchão (maior conforto)
- 2.º Superfície de apoio sobrecolchão reativa de alvéolos de ar
- 3.º Superfície de apoio dinâmica de pressão alterna integral tubular ou sobrecolchão tubular (menos confortável)

SENTADO

PESSOA TOTALMENTE IMÓVEL
Dependente para a mobilização

- 1.º Superfície de apoio sobrecolchão reativa de alvéolos de ar
- 2.º Superfície de apoio reativa de espuma de alta especificidade integral ou sobrecolchão

PESSOA DEPENDENTE
Com capacidade de reposicionamento

- 1.º Superfície de apoio reativa de espuma de alta especificidade (maior conforto)
- 2.º Superfície de apoio sobrecolchão reativa de alvéolos de ar

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Prevenção das lesões por pressão

CAPACITAR o utente e seus cuidadores sobre a importância para prevenir lesões por pressão, zonas de maior risco, utilização de superfícies de apoio, correta alimentação e a execução de técnicas de reposicionamento seguro.



Olga Cardona - outubro 2024

19

Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

Intervenção	Procedimento	Nível de Evidência
1. Avaliação do Risco de UPP	- Adultos (>18 anos): Aplicar escala de Braden	A + Norma DGS nº 017/2011
	- Pediatria (<18 anos): Aplicar escala de Braden Q	Norma DGS nº 017/2011
	- Periodicidade de avaliação: Semanal	Norma DGS nº 017/2011
2. Avaliação Nutricional	- Adultos (>18 anos): NRS 2002	A + Norma DGS nº 017/2011
	- Pediatria (>1 mês e <18 anos): STRONGkids	Norma DGS nº 017/2011
	- Periodicidade de avaliação: Semanal	Norma DGS nº 017/2011
	- Se utente apresentar risco nutricional ou já apresentar UPP, encaminhar para o Serviço de Nutrição, pelo Pedido no S Clínico, para que seja efetuada um plano nutricional adequado ao utente	A
3. Avaliação e cuidados à pele	- Vigiar a pele (alteração de cor/tubo, calor ou dor), não esquecendo as zonas junto a dispositivos médicos	A
	- Manter pele limpa, seca, hidratada e sem pressão	A
	- Evitar posicionar pele em áreas ruborizadas	A
	- Não massagear ou friccionar pele em risco	A
	- Usar AGHO nas áreas ruborizadas e penso de espuma nas proeminências ósseas	A

Protocolo para a prevenção de UPP

Fluxograma



Olga Cardona e Filipa Veiga - novembro 2025

21

Bibliografia

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Úlceras de pressão. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 – Objetivo Estratégico 7: “Avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão”. Lisboa: DGS. Obtido em 03/11/2025 de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/ulceras-de-pressao.aspx> dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação nº 017/2011, de 19 de Maio – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica. Lisboa: DGS. Obtido em 03/11/2025 de [dgs.pt](https://www.dgs.pt)
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline*. (E. Haesler, Ed.). Osborne Park: Cambridge Media. Obtido em 03/11/2025 de internationalguideline.com/guideline-2019-2020
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline – Fourth Edition*. (E. Haesler, Ed.). Obtido em 03/11/2025 de <https://internationalguideline.com>

Apêndice 14 – *Power Point* da formação para enfermeiros da UCC F, USCP F, e USF C

Recomendações e Declarações de boas práticas na prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão (UPP)

Filipa Veiga



novembro 2025

1

Prevenção de UPP

Recomendações, declarações de boas práticas e considerações para a implementação:

- avaliação de risco,
- avaliação da pele,
- cuidados preventivos à pele,
- nutrição,
- posicionamentos,
- superfícies de apoio,
- posição sentado,
- UPP Calcâneos,
- dispositivos médicos



Definition and Staging
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Pressure Injury Risk
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Skin and Tissue Assessment
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Preventive Skin Care
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Nutrition
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Repositioning
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Support Surfaces
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Seating
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)

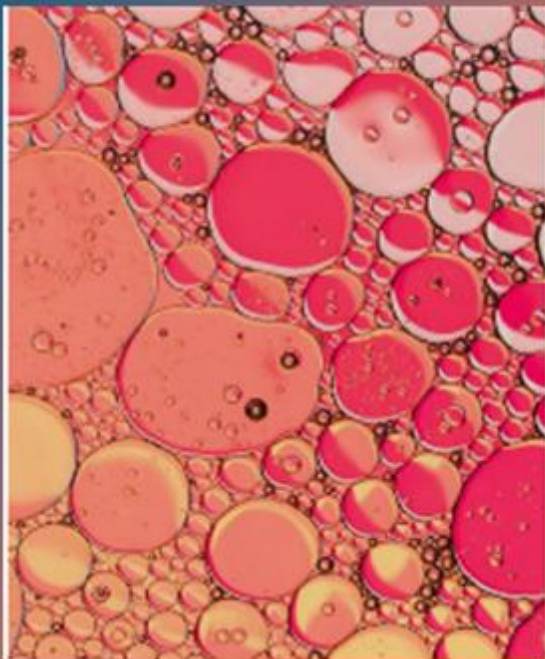


Heel Pressure Injuries
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)



Device-Related Pressure Injuries
Prevention and Treatment
Guideline (Online version)

Filipa Veiga, novembro 2025



Definição

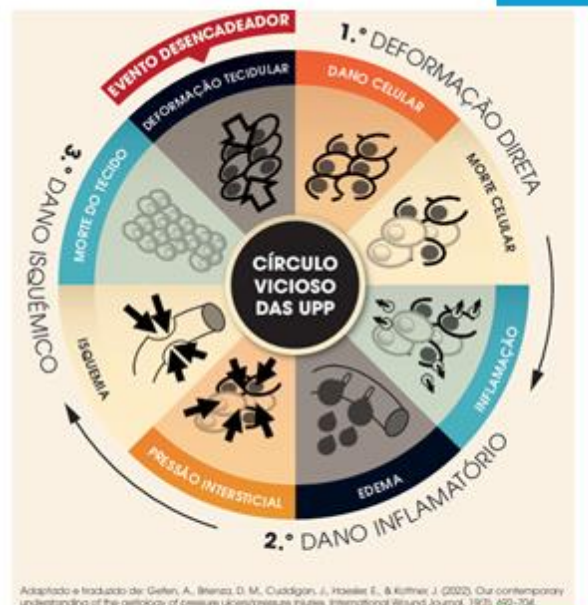
- UPP é uma "lesão localizada, da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em **resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção**. As úlceras de pressão também estão associados fatores contribuinte e de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido." (EPUAP, 2009)
- UPP é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou **relacionado a um dispositivo médico ou outro artefacto** apresentando-se **como pele intacta ou aberta, resultado de uma pressão intensa e/ou prolongada em combinação com forças de cisalhamento**. (EPUAP 2019)
- UPP são danos localizados na pele e/ou nos tecidos subjacentes, geralmente sobre proeminências ósseas ou relacionados com dispositivos médicos ou outros, resultantes de pressão prolongada ou de pressão em combinação com forças de cisalhamento. A lesão pode apresentar-se sob pele intacta ou como uma úlcera aberta, **podendo ser dolorosa**. (EPUAP 2025)

Filipa Veiga, novembro 2025

3

Etiologia

- Cargas mecânicas prolongadas podem **deformar os tecidos e originar lesões de pressão**, seja por **comprometer a circulação sanguínea e linfática**, levando à morte celular, seja por danificar diretamente as células
- Probabilidade de lesão depende da combinação entre **intensidade da pressão e tempo de exposição**.
- Esta relação pode variar conforme fatores individuais **como idade, nutrição, condição da pele e comorbilidades**.



Filipa Veiga, novembro 2025

Fatores de risco



Filipa Veiga, novembro 2025

5

Classificação das lesões por pressão

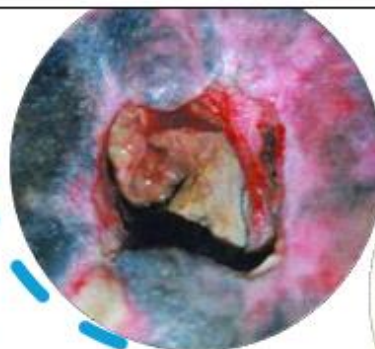
- **Categoria I** – eritema não branqueável em pele íntegra, normalmente numa proeminência óssea, (descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes). No caso de pele negra ou mais escura, essa zona pode também apresentar uma coloração escura, azulada ou arroxeada, em vez de vermelha ou branquear.
- **Categoria II** – perda parcial da espessura da pele (ferida superficial, rasa, com leito vermelho e sem crosta, pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Exclui-se desta categoria as macerações ou escoriações, fissuras ou lesões provocadas por adesivos ou outros).
- **Categoria III** – perda total da espessura da pele, tecido subcutâneo visível (pode estar visível o tecido adiposo mas sem exposição dos ossos, tendões ou músculos. Pode apresentar algum tecido desvitalizado, pode incluir lesão cavitária ou fistula).



Filipa Veiga, novembro 2025

Classificação das lesões por pressão

- **Categoria IV** – perda total da espessura dos tecidos; músculos, tendões e ossos visíveis. Pode haver tecido desvitalizado e/ou necrótico, muitas das vezes são cavitárias e fistuladas. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não tendo tecido subcutâneo estas podem ser úlceras superficiais.
- **Não classificável** – perda da pele na sua espessura total e tecidual na qual a extensão da lesão não pode ser confirmada por se encontrar coberta por tecido desvitalizado e/ou necrose. Após remoção do tecido desvitalizado suficiente, poderá ser possível classificar a úlcera.
- **Suspeita de lesão nos tecidos profundos** – área vermelha escura, roxa localizada na pele intacta e descolorada ou flutena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente



Filipe Veiga, novembro 2025

7

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Monteiro
Moura Gonçalves

111 67702
017/2013
DATA: 08/05/2013

ASSUNTO: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)

PALAVRA-CHAVE: Úlceras de Pressão

PAÍS: Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dgq@nhs.uk)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 23/2008, de 2 de dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras 24 horas após a admissão do doente.
2. A aplicação da Escala de Braden no domicílio deve ser realizada durante a primeira visita domiciliar.
3. Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Escala de Braden¹ (Anexo I) e o instrumento de avaliação da pele (Anexo II).
4. Na criança é utilizada a Escala de Braden Q² (Anexo III) e o instrumento de avaliação da pele (Anexo IV).
5. Os resultados obtidos através da aplicação da Escala devem ser registados no processo clínico.
6. A avaliação clínica complementar, obrigatoriamente, os instrumentos referidos anteriormente.
7. O risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser reavaliado periodicamente, de acordo com a seguinte tabela:

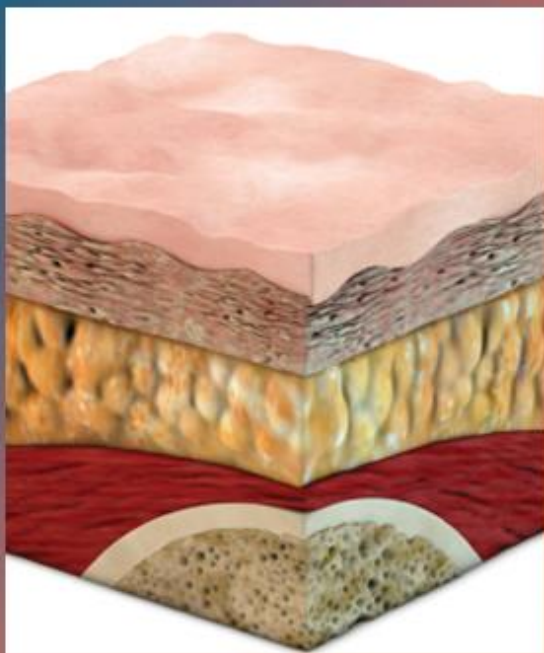
Períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulta) e Braden Q (versão pediátrica)

Internamentos Hospitalares	Serviço de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Palliativos	Cuidados Domiciliares	Doentes que não permanecem mais de 48 h no serviço
48/72 horas	24/24 horas	48/72 horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

8. Os doentes em que foi aplicada a Escala de Braden devem ser estratificados nas categorias de baixo e alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (Anexo IV).
9. A presente Orientação revoga a Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde, nº 35/DSG/DSE de 12/12/2008, sobre avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden.

Filipe Veiga, novembro 2025

Avaliação do risco



Avaliação da pele

Recomendação:

- É considerada boa prática **avaliar regularmente a pele** e implementar um **regime estruturado de cuidados cutâneos**, adaptado às necessidades individuais.

Avaliação da pele

- Realizar **avaliações completas da cabeça aos pés**, especialmente durante cuidados diários e reposicionamentos.
- Registrar e monitorizar quaisquer alterações cutâneas usando termos precisos e localizações anatómicas (rubor, calor, **temperatura aumentada** e dor).
- Incluir sempre **o couro cabeludo e áreas sob o cabelo**; manter o cabelo cuidado para permitir inspeção adequada (retirar tranças e acessórios).

Cuidados preventivos com a pele



Limpeza e Secagem

- Desenvolver um plano de higiene personalizado, **evitando lavagens excessivas que possam secar a pele**.
- Ajustar a frequência da limpeza com base no estado da pele, **presença de humidade (incontinência, transpiração), condições clínicas, idade, ambiente e preferências culturais**.
- Lavar e secar com **pressão suave**.

Equilíbrio da Humidade

- Minimizar a exposição da pele à água e considerar produtos **lipofílicos quando a pele estiver seca**.

Seleção de Produtos

- Utilizar produtos com **pH ligeiramente ácido (4,5–5,5)**.

Cuidados preventivos com a pele

Incontinência e Proteção da Pele

- Avaliar zonas expostas a urina ou fezes para sinais de lesões associadas à incontinência.
- Reduzir a exposição da pele a humidade, trocar produtos absorventes rapidamente após episódios de incontinência.
- Utilizar produtos de continência adequados e evitar materiais impermeáveis que ocluem a pele.

Outras Considerações

- Para pessoas com tendência para excesso de humidade corporal, ponderar superfícies de suporte com gestão de microclima.



Filipa Veiga, novembro 2025

11

Cuidados preventivos com a pele

Recomendação:

- ❑ A utilização de um penso de **espuma siliconada em múltiplas camadas no sacro e nos calcanhares** para pessoas com alto risco de desenvolver UPP.

Ter em conta os seguintes aspetos na escolha do penso de proteção:

- Capacidade de gerir o microclima;
- Facilidade de aplicação e remoção;
- Capacidade de avaliar regularmente a pele;
- Região anatómica para aplicação do mesmo;
- Tamanho adequado do penso.



Substituir o penso de proteção sempre que se encontrar danificado, se deslocar ou ficar húmido





Nutrição

Declarações de boa prática

- ☐ É boa prática realizar rastreio nutricional em pessoas com risco de desenvolver úlceras de pressão – NRS (2002).
- ☐ É boa prática realizar uma avaliação nutricional abrangente em pessoas com risco de úlceras de pressão que, pelo rastreio, apresentem risco de desnutrição. Utilizar os resultados para desenvolver um plano de cuidados nutricionais individualizado – encaminhar nutricionista.
- ☐ Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro.

Filipa Veiga, novembro 2025

Assim, ao abrigo da competência delegada pelo Primeiro-Ministro e pelo Ministro da Saúde, através dos Despachos n.os 11842/2022, de 10 de outubro, e 12167/2022, de 18 de outubro, respetivamente, detem

1 - A implementação ou reforço das atividades de identificação sistemática do **risco nutricional** em todos os níveis de cuidados do SNS: cuidados de saúde primários (CSP), cuidados hospitalares (CH) e cuidados (CC), incluindo todas as unidades de saúde do SNS, bem como as que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nos termos descritos nos n.os 2, 3 e 4 do presente despacho atempadamente um plano individual de cuidados nutricionais e, consequentemente, reduzir o risco de complicações associadas à desnutrição e reduzir a necessidade de cuidados de saúde.

2 - Para os cuidados de saúde primários:

a) A identificação do **risco nutricional** deve ser efetuada a todo o utente adulto com probabilidade aumentada de deterioração do estado nutricional, o que corresponde às seguintes situações:

i) No adulto com idade superior a 65 anos;

ii) No utente com doença crónica em situação clínica que possa comprometer o estado nutricional e que não esteja a ser acompanhada pelo Serviço de Nutrição nos CH. Incluem-se a doença pulmonar oncológica, a doença renal, a doença hepática, a doença gastrointestinal e a doença inflamatória intestinal;

iii) No utente com doença neurodegenerativa avançada;

iv) No utente em cuidados de reabilitação;

v) No utente em cuidados domiciliários;

vi) No utente institucionalizado;

vii) Para além das situações previstas anteriormente, podem ser também considerados os seguintes indicadores clínicos para rastreio nutricional: perda de peso não intencional, anorexia, alterações do paladar, impacto na ingestão alimentar, doença mental e limitações físicas e funcionais que comprometam a ingestão alimentar (situações de disfagia e de problemas graves de dentição e mastigação), cansaço, letargia, presença de glóbulos por pressão, alterações da turgescência da pele que sugiram hipohidratação e intercorrências infecciosas recentes e/ou prolongadas. Deverão também ser submetidos a rastreio razões sociais possam ter a sua ingestão alimentar comprometida;

b) Para efeitos do disposto na alínea a), a ferramenta de identificação do **risco nutricional** a utilizar deve ser a Malnutrition Screening Tool, ou outra ferramenta validada, para os CSP que esteja implementada;

c) Para efeitos do disposto na alínea a), a primeira identificação do **risco nutricional** deve efetuar-se em consulta da equipa de saúde familiar no primeiro contacto com o utente, devendo ser repetida;

d) Anualmente, para o utente sem **risco nutricional** identificado e não institucionalizado, nem em cuidados domiciliários; e

e) Trimestralmente, para o utente sem **risco nutricional** identificado e institucionalizado, ou em cuidados domiciliários;

f) Para o utente sem **risco nutricional** deve incentivar-se a adoção de um estilo de vida saudável, de acordo com o modelo de aconselhamento breve para uma alimentação saudável. Adicionalmente, no uter como BAC superior a 30 kg/m2 (obesidade), deve considerar-se a referência para o núcleo/unidade/serviço de nutrição;

Nutrição

Declarações de boa prática:

- ❑ É boa prática incentivar pessoas com risco de úlceras de pressão a consumir uma dieta equilibrada, rica em nutrientes, e a manter hidratação adequada.
- ❑ Sugere-se a implementação de suplementação nutricional em pessoas com risco de úlceras de pressão que tenham sido identificadas como desnutridas ou em risco de desnutrição, quando as necessidades nutricionais não são satisfeitas pela ingestão alimentar habitual.
- ❑ Sugere-se a implementação de suplementação proteica em pessoas com risco de úlceras de pressão que tenham sido identificadas como desnutridas ou em risco de desnutrição.
- ❑ Sugere-se que a suplementação energética à base de hidratos de carbono e de micronutrientes seja reservada para pessoas com desnutrição conhecida ou défices de micronutrientes, para além da suplementação que satisfaça as suas necessidades proteicas.



Filipa Veiga, novembro 2025

15

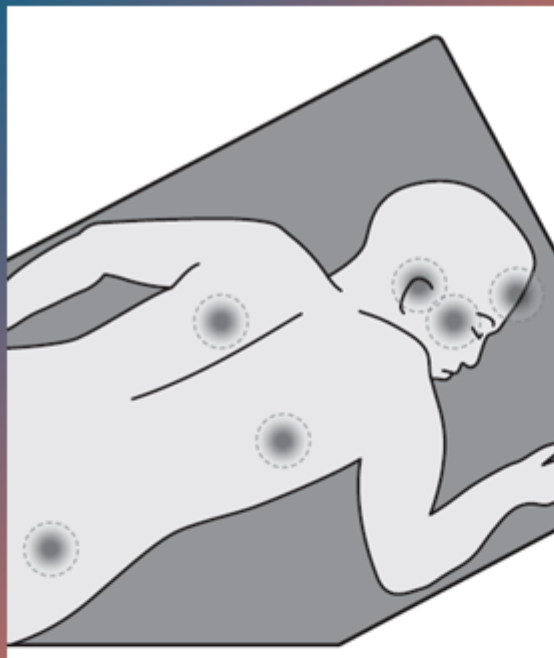
Nutrição

Declarações de boa prática:

- ❑ Recomenda-se não utilizar alimentação por sonda exclusivamente para prevenir úlceras de pressão em pessoas com desnutrição ou risco de desnutrição e com risco de úlceras de pressão (não aplicável aos utentes que já têm SNG).
- ❑ É boa prática realizar todos os esforços razoáveis para manter e promover a nutrição oral.
- ❑ Quando a ingestão oral é insuficiente, os profissionais não devem presumir que existe a obrigação de recorrer à alimentação por sonda; qualquer decisão deve ser precedida por uma avaliação abrangente e multidisciplinar dos objetivos de cuidados, benefícios, riscos e preferências do indivíduo.



Filipa Veiga, novembro 2025



Reposicionamentos

Reposicionamento: visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, higiene, dignidade e capacidade funcional do indivíduo.

17

Reposicionamentos

Declarações de boa prática:

- ❑ Reposicionar pessoas com risco de úlceras de pressão, independentemente do tipo de superfície de suporte corporal total utilizada para redistribuição de pressão.
- ❑ O intervalo entre os reposicionamentos pode ser ajustado consoante a capacidade de redistribuição da superfície e a resposta do indivíduo. **No entanto, nenhuma superfície de suporte pode substituir completamente o reposicionamento.**
- ❑ É boa prática reposicionar a pessoa de forma a alcançar o alívio ótimo dos pontos de pressão e a máxima redistribuição da pressão.



Reposicionamentos

Declarações de boa prática:

- ❑ É boa prática utilizar **equipamento especializado** projetado para reduzir fricção e cisalhamento para o reposicionamento. Se for necessário manuseio manual, devem ser aplicadas técnicas que minimizem fricção e cisalhamento.
- ❑ É boa prática determinar intervalos de reposicionamento adequados e individualizados (**plano de reposicionamento**) com base numa avaliação abrangente da pessoa, incluindo:
 - nível de atividade e mobilidade,
 - capacidade de se reposicionar de forma independente,
 - tolerância da pele e dos tecidos,
 - condição clínica,
 - Conforto (dor),
 - padrões de sono,
 - objetivos de cuidados,
 - superfície de suporte corporal total utilizada.



Filipe Veiga, novembro 2025

19

Reposicionamentos

Declarações de boa prática:

- ❑ É boa prática **avaliar sinais precoces de lesão da pele e dos tecidos**, que possam indicar a necessidade de reposicionamento mais frequente ou de posicionamento preferencial afastado das áreas lesionadas.
- ❑ Sugere-se que a reposição de posição a cada **duas ou três horas** possa ser adequada para a maioria dos indivíduos em risco de úlceras de pressão, desde que utilizem também uma superfície de apoio corporal completa adequada à redistribuição da pressão:
 - **Pessoas criticamente doentes (UCI) ou com hipoperfusão sistémica ou estados de choque podem necessitar de reposicionamentos mais frequentes e incrementais**, complementando o reposicionamento completo do corpo com pequenos ajustes assistidos da posição corporal, ou de pequenos movimentos para alívio de pressão - micromovimentos.
 - **Indivíduos em cuidados paliativos ou de fim de vida** devem ter a opção de intervalos de reposicionamento que melhor se adequem aos seus objetivos de cuidados e necessidades de conforto.



Filipe Veiga, novembro 2025

Reposicionamentos

Declarações de boa prática:

- ❑ Sugere-se **não prolongar rotineiramente os intervalos de reposicionamento para quatro, cinco ou seis horas** em pessoas com risco de úlceras de pressão.
- ❑ Sugere-se a utilização de **posição lateral de 30°** para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão em pessoas em risco. Poderá ser necessário ajustar para **40 graus para pessoas com IMC elevado** para se conseguir o alívio de pressão na zona sacro.
- ❑ Em crianças pré-adolescentes, uma viragem de 30 graus equivale a uma viragem completa do corpo devido à menor largura corporal.
- ❑ Sugere-se que a **elevação da cabeceira da cama seja mantida em 30 graus ou menos** para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão; no entanto, elevações maiores podem ser necessárias em algumas situações clínicas (por exemplo, pessoas com maior risco de aspiração).



30-degree lateral side-lying position



30-degree head-of-bed elevation

Filipe Veiga, novembro 2025

21

Superfícies de Apoio

As **Superfícies de Apoio (SA)** são dispositivos especializados, que **redistribuem a pressão** exercida pelas forças mecânicas sobre os tecidos, com o objetivo de **aliviar a pressão e de aumentar o tempo de tolerância tecidual, minimizando os danos**.

Tipologias de Superfícies de Apoio

- **REATIVAS/ESTÁTICAS:** alteram as propriedades de distribuição da carga, apenas como resposta à aplicação da carga.
- **ATIVAS/DINÂMICAS:** alteram as propriedades de distribuição da carga, com ou sem carga aplicada. São, sempre, “alimentadas”.
- **HÍBRIDAS:** são superfícies simultaneamente reativas e ativas.

Características das Superfícies de Apoio

IMERSÃO

Grau com que uma pessoa ou determinada região anatómica “afunda” na superfície de apoio.

ENVOLVIMENTO

Capacidade da superfície de apoio para envolver e se ajustar às irregularidades do corpo da pessoa e/ou de determinada região anatómica, de forma uniforme, proporcionando suporte em todas as áreas de contacto.

ALTERNÂNCIA DE PRESSÃO

Sequência de ciclos de insuflação e desinsuflação, que alivia a pressão.

Filipe Veiga, novembro 2025



Superfícies de Apoio



Filipa Veiga, novembro 2025



Superfícies de Apoio

Declarações de boa prática:

- ☐ É uma boa prática que as organizações mantenham um inventário de, ou acesso a, uma variedade de superfícies de apoio corporal completas adequadas ao contexto clínico.
- ☐ É uma boa prática utilizar uma superfície de apoio corporal completa ou um sistema de cama integrado que acomode adequadamente o peso, a altura, o tamanho e a distribuição da massa corporal do indivíduo.
- ☐ Recomenda-se a utilização de superfícies de apoio corporal completas de ar com pressão alternada (ativas) ou de espuma de redistribuição de pressão (reativas) para indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão.

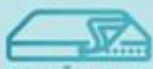
Superfícies de Apoio

Declarações de boa prática:

□ É uma boa prática considerar os seguintes fatores ao selecionar ou alterar o colchão, sobrecolchão ou superfície de apoio integrada da cama do indivíduo:

- risco global de desenvolvimento de úlceras de pressão,
- resposta da pele e dos tecidos,
- necessidades de independência, mobilidade e atividade,
- postura e posição de sono e os seus efeitos na redistribuição da pressão,
- necessidade de gestão do microclima e de características de redução do cisalhamento,
- preferências e objetivos de cuidados.

A Superfície de Apoio é composta por:



COLCHÃO + CAPA

Características das capas
importantes para a efetividade da superfície de apoio:

Tamanho adequado.
capas de adaptar-se aos contornos do corpo da pessoa

Boixo coeficiente de fricção.
confudo não devem ser demasiado lisos, para que não favoreçam o deslizamento da pessoa na cama

Ser permeável ao vapor e humidade
para evitar acumulação de humidade na pele, que leva ao aumento da fricção e maior risco de UPP

Não aumentar a temperatura da pele

Adaptado de: Moore E, Thomas R, Coughlin S. Prevention and management of pressure ulcers. Support surfaces. 8.1 Nov. 2013:475-49.

Filipe Veiga, novembro 2025

25

DEITADO



PESSOA TOTALMENTE IMÓVEL
Dependente para a mobilização

- 1.º Superfície de apoio dinâmica de pressão alternada integral tubular ou sobrecolchão tubular
- 2.º Superfície de apoio sobrecolchão reativo de ar
- 3.º Superfície de apoio reativo de espuma de alta especificidade integral ou sobrecolchão

PESSOA PARCIALMENTE IMÓVEL
Necessita de ajuda/incentivo nos posicionamentos

- 1.º Superfície de apoio reativo de espuma de alta especificidade integral ou sobrecolchão (maior conforto)
- 2.º Superfície de apoio sobrecolchão reativo de ar
- 3.º Superfície de apoio dinâmica de pressão alternada integral tubular ou sobrecolchão tubular (menor conforto)

SENTADO



PESSOA TOTALMENTE IMÓVEL
Dependente para a mobilização

- 1.º Superfície de apoio sobrecolchão reativo de ar
- 2.º Superfície de apoio reativo de espuma de alta especificidade integral ou sobrecolchão

PESSOA DEPENDENTE
Com capacidade de reposicionamento

- 1.º Superfície de apoio reativo de espuma de alta especificidade (maior conforto)
- 2.º Superfície de apoio sobrecolchão reativo de ar

Superfícies de Apoio

Filipe Veiga, novembro 2025

Superfícies de Apoio

Declarações de boa prática:

- ❑ É uma boa prática utilizar uma superfície de apoio corporal completa com características de redistribuição de pressão durante **procedimentos médicos e para indivíduos em risco de úlceras de pressão durante o transporte**.
- ❑ É uma boa prática transferir o indivíduo de uma prancha rígida espinal/prancha de imobilização assim que clinicamente possível após a admissão, em consulta com um profissional de saúde qualificado.



Filipe Veiga, novembro 2025

27

Posição sentado

Declarações de boa prática:

- ❑ É uma boa prática considerar os seguintes fatores ao selecionar uma cadeira ou cadeira de rodas que satisfaça as necessidades do indivíduo em termos de redistribuição da pressão e redução do cisalhamento:
 - risco global de desenvolvimento de úlceras de pressão do indivíduo,
 - necessidades de autonomia, mobilidade e atividade,
 - tamanho, forma e distribuição de peso do corpo,
 - postura, deformidades e assimetrias e o seu efeito na distribuição da pressão,
 - necessidade de funcionalidades adicionais (por exemplo, deslocamento de peso dinâmico)
 - preferências e objetivos de cuidados do indivíduo.

Filipe Veiga, novembro 2025



Posição sentado

Declarações de boa prática:

- ❑ Escolher um **assento ou cadeira de rodas** que proporcione bom apoio, estabilidade e conforto.
- ❑ Garantir o correto posicionamento das **pernas e dos calcanhares**.
- ❑ Incentivar o doente a realizar mudanças regulares de posição e pequenas transferências de peso.
- ❑ **Limitar ao máximo o tempo que o doente permanece sentado**, sobretudo em casos de risco de UPP ou incapacidade para se reposicionar autonomamente.
- ❑ Utilizar **almofadas de redistribuição de pressão**, como as de gel, espuma viscoelástica ou células de ar.



Filipa Velga, novembro 2025

29

Posição sentado

Declarações de boa prática:

- ❑ É uma boa prática posicionar os indivíduos sentados de forma a reduzir a pressão, o cisalhamento e o atrito. Isto inclui:
 - selecionar uma cadeira ou cadeira de rodas que proporcione suporte e mantenha a estabilidade,
 - **selecionar uma posição reclinada em que as pernas do indivíduo estejam elevadas e apoiadas de forma a que os calcanhares não toquem na superfície de apoio ou, se a reclinação não for adequada ou possível, garantir que os pés do indivíduo estejam bem apoiados,**
 - utilizar deslocamentos de peso dinâmicos (inclinação e reclinção).



Supported seating position



Recline and tilt

Filipa Velga, novembro 2025



UPP Calcâneos

Declarações de boa prática:

- ☐ Manter os calcanhares **sem contato com a superfície de apoio**, elevando-os adequadamente. Na posição de sentado, se não estiverem elevados, deixá-los **bem apoiados**.
- ☐ Utilizar dispositivo de alívio de pressão para calcanhares, conforme o nível de mobilidade e atividade do indivíduo. Se o dispositivo não estiver disponível, **usar travesseiros ou almofadas adequadas que garantam a elevação completa dos calcanhares**.
- ☐ Podem ser usados penos de **espuma siliconadas como complemento à elevação e ao reposicionamento**, quando houver recursos.

Filipa Veiga, novembro 2025

31



Dispositivos médicos

Declarações de boa prática:

- ☐ É uma boa prática avaliar regularmente sinais precoces de lesão na pele, nos tecidos e nas mucosas, verificando por baixo e à volta dos dispositivos médicos e dos seus sistemas de fixação.
- ☐ É uma boa prática reduzir e/ou redistribuir a pressão na interface pele-dispositivo.
- ☐ É uma boa prática gerir a humidade na interface pele-dispositivo.
- ☐ Recomenda-se a utilização de um penso preventivo por baixo dos dispositivos médicos, desde que o penso preventivo não interfira com a posição ou a funcionalidade do dispositivo médico.
 - Selecione pensos preventivos que permitam uma libertação adequada de calor e humidade para evitar maceração e irritação da pele
 - Se o dispositivo estiver apertado, considere o risco de que a aplicação de um penso preventivo possa aumentar a pressão. Um penso preventivo mais fino pode ser uma opção.

Filipa Veiga, novembro 2025

ZONAS DE MAIOR RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO

SENTADO: Ombro, Cúbito, Calcâneo.

DEITADO: Nuca, Ombro, Cúbito / Zona Sacra, Calcâneo.

LATERAL: Orelha, Costela, Anca, Tornozelo.

Posicionamento: Decúbito Lateral Esquerdo, Decúbito Dorsal, Decúbito Lateral Direito, Sentado (1 hora, 2 hora).

Capacitação do utente e cuidador

CAPACITAR o utente e seus cuidadores sobre a importância para prevenir lesões por pressão, zonas de maior risco, utilização de superfícies de apoio, correta alimentação e a execução de técnicas de reposicionamento seguro.

33

Intervenção	Procedimento	Nível de Evidência
1. Avaliação do Risco de UPP	- Adultos (>18 anos): Aplicar escala de Braden	A + Norma DGS nº 017/2011
	- Pediatria (<18 anos): Aplicar escala de Braden Q	Norma DGS nº 017/2011
	- Periodicidade da avaliação: Semanal	Norma DGS nº 017/2011
2. Avaliação Nutricional	- Adultos (>18 anos): NRS 2002	A + Norma DGS nº 017/2011
	- Pediatria (>1 mês e <18 anos): STRONKida	Norma DGS nº 017/2011
	- Periodicidade da avaliação: Semanal	Norma DGS nº 017/2011
	- Se utente apresentar risco nutricional ou já apresentar UPP, encaminhar para o Serviço de Nutrição, pelo Pedido no S. Clínico, para que seja efetuada um plano nutricional adequado ao utente	A
3. Avaliação e cuidados à pele	- Vigiar a pele (alteração de cor, calor ou dor), não esquecendo as zonas junto a dispositivos médicos	A
	- Manter pele limpa, seca, hidratada e sem pressão	A
	- Evitar posicionar pele em áreas ruborizadas	A
	- Não massagear ou friccionar pele em risco	A
	- Usar AGHO nas áreas ruborizadas e pensar de espuma nas proeminências ósseas	A

Protocolo para a prevenção de UPP

Filipa Veiga, novembro 2025



Fluxograma

Bibliografia

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Úlceras de pressão. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 – Objetivo Estratégico 7: “Avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão”. Lisboa: DGS. Obtido em 03/11/2025 de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/ulceras-de-pressao.aspx> dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação nº 017/2011, de 19 de Maio – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica. Lisboa: DGS. Obtido em 03/11/2025 de [dgs.pt](https://www.dgs.pt)
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline* (E. Haesler, Ed.). Osborne Park: Cambridge Media. Obtido em 03/11/2025 de internationalguideline.com
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline – Fourth Edition* (E. Haesler, Ed.). Obtido em 03/11/2025 de <https://internationalguideline.com>

**Apêndice 15 – Programa estruturado de reforço de informação e treino de competências dos
utentes/cuidadores**

Programa estruturado de reforço de informação e treino de competências dos utentes/cuidadores

Visita	Foco principal	Conteúdos / Intervenções	Objetivos para o utente/ cuidador	Estratégias em contexto domiciliário	Evidência
Visita 1 – Avaliação e sensibilização inicial	Diagnóstico das dificuldades na execução das medidas preventivas de UPP	- Avaliação de fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos) - Avaliação do risco (<i>Braden</i>) - Avaliação nutricional (NRS 2002) - Aplicação da grelha de observação - Observação do ambiente de cuidados domiciliário	- Compreender o risco de UPP	- Observação direta do utente e ambiente - Explicação do projeto de intervenção - Identificação conjunta de riscos	EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2025; DGS 017/2011
Visita 2 – Cuidados à pele e nutrição	Prevenção diária e cuidados com a pele, nutrição e hidratação	- Inspeção diária da pele; - Identificação de sinais precoces de UPP - Higiene, hidratação e proteção cutânea - Gestão de humidade e incontinência (microclima) - Alimentação e hidratação.	- Executar cuidados de proteção da pele e gestão da humidade - Compreender os primeiros sinais de UPP - Conhecer a importância de uma correta alimentação e hidratação	- Demonstração prática; - Treino de competências - Identificação de zonas de risco	EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2025
Visita 3 – Mobilidade e posicionamento	Reposicionamento e alívio de pressão	- Reposicionamento lateral 30° - Cuidados com calcanhares - Redução de fricção e cisalhamento - Posicionamento na cadeira e mobilização - Entrega do folheto de prevenção de UPP - Negociação de plano de reposicionamento	- Realizar os reposicionamentos e alívio de pressão de forma segura e eficaz	- Treino prático no leito e na cadeira - Plano individual de reposicionamento; - Discussão do folheto de prevenção de UPP	EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2025; Ramos et al., 2024b
Visita 4 – Superfícies de Apoio e cuidados com dispositivos médicos	Proteção avançada da pele	- Correta utilização de superfícies de apoio; - Cuidados com os dispositivos médicos	- Utilizar corretamente as SA - Conhecer as estratégias para prevenção de UPP sobre dispositivos médicos	- Treino no uso de Superfícies de apoio; - Ensino dos cuidados sobre os dispositivos médicos	Webb & Chohan, 2022; EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2025;
Visita 5 – Consolidação e avaliação final	Autonomia e continuidade	- Revisão global; - Avaliação de aprendizagem - Plano final de cuidados	- Demonstrar autonomia na prevenção	- Aplicação da grelha final de observação - Observação prática - Reforço de todas as medidas e área de dúvidas	EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2025; Gomes et al., 2024

ANEXOS

Anexo 1 – Curso prático sobre terapia de pressão negativa em feridas, promovida pela ULS BI.

Curso prático sobre terapia de pressão negativa em feridas, promovida pela ULS BI.

DETALHES DO EVENTO

EVENTO

WORKSHOPS – DIA
INTERNACIONAL DO
ENFERMEIRO

DATA E HORA

seg, 12 de Maio, 09:00

seg, 12 de Maio, 16:00

LOCAL

Hospital Pêro da Covilhã -
Sala 3 do Serviço de Ensino
e Formação



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



C-6812228261930

Powered by
UpEvents®

ATIVIDADES

Workshop 1: Gestão de
Feridas

12 MAIO, 09:00 — 12 MAIO, 11:00

INFORMAÇÃO PESSOAL

NOME

Filipa Maria Carrola Raposo
Da Veiga

**Anexo 2 – Ação formativa: Seleção de material terapêutico para o tratamento de feridas,
promovida pela ULS BI.**

Ação formativa: Seleção de material terapêutico para o tratamento de feridas, promovida pela ULS BI.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO FREQUENTADA

A (1) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA COVA DA BEIRA, E.P.E, com sede em Quinta do Alvito 6200-251 Covilhã, declara para os devidos fins que:

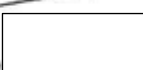
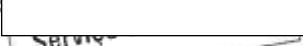
(2) Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga, portador(a) do documento de identificação n.º 12094483-9zw6 , frequentou e concluiu com sucesso os seguintes cursos/formações promovidos por esta entidade entre 01/01/2025 e 27/11/2025.

Curso / Formação	Início	Término	Carga Horária
Cuidado ao Doente com Ferida na Consulta Externa	17/06/2025	17/06/2025	01h 30m
Diabetes Gestacional	09/07/2025	09/07/2025	01h
60 Minutos Clínicos - Consulta Farmacêutica	20/11/2025	20/11/2025	01h

Total de Horas: 03h 30m

Esta declaração é emitida a pedido do(a) interessado(a), para os fins que julgar convenientes.

 07 de abril de 2026

O(A) Diretor

S

Serviço

(1) Designação da Entidade Formadora onde exerceu atividade como formador
(2) Nome do Formando

**Anexo 3 – Participação no Congresso: "A Arte de (Re)Tratar: do esboço à obra-prima" organizado
pela APTFeridas**

Participação no Congresso: "A Arte de (Re)Tratar: do esboço à obra-prima" organizado pela APTFeridas



Congresso APTFeridas'25

A ARTE DE (RE)TRATAR: do esboço à obra-prima

14–15
Novembro

Pavilhão Multiusos
de Gondomar

CERTIFICADO

Certifica-se que:

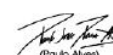
Filipa Maria Carrola Raposo Da Veiga

Esteve presente no **Congresso APTFeridas'25 - "A Arte de (Re)Tratar: do esboço à obra-prima"**, que se realizou no **Pavilhão Multiusos de Gondomar**, nos dias **14 e 15 de novembro de 2025**, com a duração total de **16,5 horas**.

Gondomar, 15 de novembro de 2025

Pel' As Comissões Científica e Organizadora


(Anabela Moura)


(Paulo Alves)

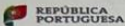
OS PRESIDENTES DO CONGRESSO

 APTFeridas

 ENTIDADE FORMADORA
CERTIFICADA

Anexo 4 – Ação formativa: Atualização de Conhecimentos sobre Materiais de Penso, formação interna da UCC CJ.

Ação formativa: Atualização de Conhecimentos sobre Materiais de Penso, formação interna da UCC CJ.



REPÚBLICA
PORTUGUESA



GOVERNO DE
PORTUGAL



SNS



DECLARAÇÃO

Declara-se que, Filipa Maria Carrola Raposo Veiga, participou como **formanda** na Formação em Serviço **Tratamento de Feridas: Estratégias Baseadas em Evidências** em Serviço promovida pela Unidade Cuidados na Comunidade (), realizada na Sala de Reuniões do antigo Edifício do ACES Cova da Beira, realizada a 10 de dezembro de 2025 num total 1,30h.

() 17 abril 2026

Enfermeira Gestora
Coordenadora da UCC ()
()

Responsável pela Formação da UCC ()
()

Anexo 5 – Apresentação e Resumo do Estudo à ULSBI

Apresentação e Resumo do Estudo à ULSBI

Título: Projeto de Intervenção Comunitária - “Cuidar sem pressão”

Equipa de investigação (investigador principal, co-investigador, orientador, co-orientador):

- Investigador: Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga /email fmveiga@arscentro.min-saude.pt
- Orientador: Professora Doutora Eva Menino /email: eva.menino@ipleiria.pt
- Co-orientador (caso se aplique): Enfermeira Fátima Cardoso /email: mfcardoso@arscentro.min-saude.pt

Introdução:

O envelhecimento populacional e o aumento de doenças crónicas e índices de dependência exigem uma estratégia reforçada de gestão das UPP, baseada em práticas fundamentadas em evidência, conhecimento da sua prevalência e atenção aos casos individuais. Contudo, existem poucos estudos em cuidados primários. Em Portugal, as UPP só passaram a ser reconhecidas como problema prioritário a partir de 2015, no âmbito do Plano Nacional de Segurança do Utente 2015-2020, que visava implementar práticas de prevenção e tratamento de UP, com o objetivo de reduzir a prevalência em 50 % relativamente a 2014 (DGS, 2015). Apesar disso, há poucos progressos concretos: falta financiamento para programas nacionais, formação profissional e reforço das equipas com especialistas. Adicionalmente, a gestão fragmentada, sem especialização clara e sem formação padronizada, resulta em tratamentos irregulares e maior duração dos internamentos (Ramos et al., 2024a).

As úlceras por pressão são um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. De acordo com dados da DGS (2011), estima-se que cerca de 95% das UPP são evitáveis através da identificação precoce, no entanto, as taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades neste campo, sugerindo mesmo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento. Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as úlceras por pressão são uma causa importante de morbilidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (Avsar et al., 2022). De acordo com Andrade et al. (2010) a prevenção destas lesões é muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde. A prevenção de UPP é largamente mais barata do que o tratamento de UPP, pois estas são um evento adverso que aumenta a morbilidade e mortalidade. Para além dos custos diretos, há que contar com o impacto na qualidade de vida dos utentes: a dor limita a mobilidade, interações sociais e reabilitação, mas muitas vezes não é tratada, apesar de poder ser precoce indicador de risco (Ramos et al, 2024a). Este projecto pretende contribuir para uma área pouco explorada na [], uma vez que não existem diretrizes uniformizadas ou grupos de trabalho para a prevenção de UPP, aumentando a qualidade de vida dos utentes dependentes e contribuindo para a sustentabilidade económica da []

Objetivos:

Promover a capacitação de utentes/cuidadores informais e profissionais de enfermagem para a prevenção eficaz de úlceras por pressão (UPP) em contexto de cuidados domiciliários da Equipa da ECCI, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados e o apoio ao cuidador informal nesta área.

Metodologia:

O projecto encontra-se inserido no estágio de Mestrado de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e tem como objectivo desenvolver um projecto baseado na metodologia do Planeamento em Saúde (PS). Desta forma, o objetivo geral foi decomposto em objetivos específicos para os grupos populacionais abrangidos: utentes e cuidadores informais da ECCI e para o grupo dos enfermeiros da ECCI. De seguida no quadro 1 e 2 estão descritos os objetivos específicos para os utentes e cuidadores informais da ECCI e enfermeiros da ECCI, atividades, indicadores de medida e metas definidas, segundo a metodologia do PS.

Quadro 1. - Objetivos específicos para os Utentes/Cuidadores Informais da ECCI, Atividades, Indicadores de medida e Metas

Nº	Objetivo Específico	Atividades Planeadas	Indicador de medida	Meta
1	Promover o conhecimento prático dos utentes/cuidadores informais sobre estratégias de prevenção de UPP.	Ensino individualizado nas visitas domiciliárias (VD), com demonstração prática de técnicas preventivas e avaliação final com uma grelha de observação sobre as medidas de prevenção adotadas.	Indicador de resultado: (número de utentes/cuidadores informais que executam corretamente as medidas preventivas) / (número de utentes/cuidadores informais totais)	≥ 80% dos utentes/cuidadores informais observados executam corretamente as medidas preventivas.
2	Capacitar os utentes/cuidadores informais para reconhecer sinais iniciais de risco de UPP.	Sessões de ensino durante as VD com recurso a materiais ilustrativos.	Indicador de resultado: Percentagem de cuidadores que identificam corretamente ≥ 3 sinais precoces (rubor, calor, humidade)	≥ 80% dos utentes/cuidadores informais identificam corretamente.

Foi elaborada uma grelha de observação como instrumento de avaliação, que permitirá verificar, em contexto real, a aplicação dos conhecimentos adquiridos e a adequação das práticas realizadas pelos utentes/cuidadores informais nas atividades de prevenção das UPP. Este processo visa não só educar, mas também monitorizar e reforçar o desempenho destes no domicílio, contribuindo para uma abordagem preventiva mais eficaz: Nesta grelha serão avaliados aspetos como: se cuidador realiza avaliação diária da pele, se cumpre o reposicionamento conforma o plano estipulado, se cuidou e hidratou a pele, se utilizou produtos barreira em pontos críticos, se cumpre a dieta prescrita e a hidratação recomendada, se reconheceu

alterações na pele e comunicou ao enfermeiro, se seguiu as técnicas recomendadas, e quais as suas dificuldades.

Quadro 2. - Objetivos específicos para os Enfermeiros da ECCI, Atividades, Indicadores de medida e Metas

Nº	Objetivo Específico	Atividades Planeadas	Indicador	Meta
1	Atualizar os conhecimentos dos enfermeiros da ECCI sobre as recomendações das recentes <i>guidelines</i> da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025, para a prevenção das UPP.	Sessões formativas com base nas novas <i>guidelines</i> ; aplicação da Escala PUK antes e após a formação.	Indicador de resultado: Diferença média dos resultados na Escala PUKAT antes e depois da formação.	Aumento médio $\geq$ 10% no score da escala.
2	Elaborar um protocolo de uniformização dos cuidados preventivos da UPP, baseado nas recentes <i>guidelines</i> da EPUAP/NPUAP/PPPIA de 2025.	Elaboração do protocolo, com os enfermeiros para a implementação em contexto clínico.	Indicador de processo: Realização de um protocolo na área dos cuidados preventivos das UPP	Realização de um protocolo na área dos cuidados preventivos das UPP

A formação dirigida aos enfermeiros será estruturada com base nas mais recentes diretrizes internacionais de prevenção de úlceras por pressão, emitidas pela EPUAP/NPUAP/PPPIA (2025). Estas normas refletem a evidência científica atualizada sobre a fisiopatologia, fatores de risco, estratégias preventivas e intervenções terapêuticas, promovendo práticas clínicas mais seguras e eficazes. Para conhecer as atitudes dos profissionais sobre a prevenção de úlceras por pressão será utilizada a escala “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument” (APu-PT) e para conhecer os conhecimentos na prevenção de úlceras por pressão será utilizado o instrumento “Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool” (PUKAT), ambos adaptados e validados para a população portuguesa por Batista, Dixe & Alves (2013).

Amostra: Utentes das ECCI com alto risco de pressão segundo a escala de Braden, os seus cuidadores e enfermeiros das UCC’s da ULS Cova da Beira.

Informação a aceder:

- Dados do Cuidador Informal

Nome (inicial apenas): _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: _____

Grau de parentesco com o utente: ☐ Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Outro: _____

Situação profissional: ☐ Ativo ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Outro

Nível de escolaridade: ☐ < 4º ano ☐ 1.º ciclo ☐ 2.º ciclo ☐ > 9.º ano

Vive com o utente? ☐ Sim ☐ Não

Nº de horas diárias de prestação de cuidados: _____

Apoio de outros cuidadores? ☐ Sim ☐ Não

Formação prévia em cuidados? ☐ Sim ☐ Não

Score da escala de Zarit: _____

- Dados do utente da ECCI:

Idade: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Diagnóstico principal: _____

Diagnósticos associados: _____

Score da escala de Braden: _____

Grau de dependência (Escala de Barthel): ☐ Total ☐ Grave ☐ Moderada ☐ Leve

Presença de UPP: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, Grau de UPP (EPUAP): ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Inclassificável ☐ Suspeita

Data de início do tratamento das UPP: _____

Estado nutricional (se avaliado): ☐ Normal ☐ Risco ☐ Desnutrido

Superfície de apoio utilizada: ☐ Simples ☐ Reativa ☐ Ativa

Frequência de reposicionamento: ☐ Não faz ☐ < de 2h ☐ ≥ de 2h

Vigilância da pele: ☐ Não é efetuada ☐ É efetuada com a regularidade _____

Cuidados à pele: ☐ Não Efetuados ☐ Efetuados. Se sim, quais? _____

Tipo de informação		Forma de acesso à informação (b)	Quem acede à informação (c)
Categoria de dados (a)	Detalhe/descrição (se aplicável)		
Dados socioeconómicos	Descrito anteriormente	Consulta do processo	Profissional da
Dados de saúde	Descrito anteriormente	Consulta do processo	Profissional da

a) Categorias de dados:

Dados sociodemográficos

Dados de saúde

Dados genéticos

Dados relativos à vida sexual

Dados de qualidade de vida

Dados comportamentais, psicológicos ou volitivos

Amostra biológica

Fotografia ou imagem

Outros

b) Forma de acesso:

Entrevista

Questionário (anexar exemplar)

Inquérito (anexar exemplar)

Contacto telefónico

Consulta ao processo clínico

Consulta a base de dados (indicar qual)

Outra

c) Quem acede:

Profissional da ULS

Outro

Duração do estudo:

Data de início (elaboração do projeto): 09/2025

Data de conclusão (prevista): 03/2026

Período de recolha de dados na UL 2025 a 02/2026 - 5 meses após autorização do estudo

Cronograma:

Fase	Atividades Planeadas	Jun 2025	Jul 2025	Ago 2025	Set 2025	Out 2025	Nov 2025	Dez 2025	Jan 2026
1. Submissão e Autorização	Pedido de autorização à Comissão de Ética do hospital	✓							
	Apresentação do projeto	✓							
2. Preparação do Projeto	Elaboração de materiais pedagógicos (folhetos, grelhas, imagens) para cuidadores informais		✓	✓					
	Preparação dos conteúdos da formação para enfermeiros		✓	✓					
	Elaboração do protocolo de prevenção de UPP			✓	✓				
3. Intervenções nos Cuidadores	Ensino individualizado nas visitas domiciliárias sobre prevenção de UPP				✓	✓	✓	✓	
	Aplicação da grelha de observação para avaliação das competências dos cuidadores							✓	✓
4. Intervenções nos Enfermeiros	Formação dos enfermeiros				✓	✓			
	Aplicação da Escala PUK (pré e pós formação)				✓	✓			
5. Avaliação Final e Encerramento	Análise dos dados (grelha cuidadores, PUK, adesão protocolo)								✓
	Elaboração do relatório final e apresentação institucional dos resultados								✓

Custos associados (indicar apenas custos suportados pela ULS): Sem custos associados

Avaliação do risco no que respeita à eventual possibilidade da não concretização do estudo:

Atividades	Riscos associados	Ações de mitigação do risco
Demora na obtenção das autorizações por parte da ULSCB	Não conseguir terminar o projeto no tempo determinado	Pedir com antecedência as devidas autorizações
Recrutamento de utentes/cuidadores	Dificuldade em identificar cuidadores disponíveis e motivados	Articulação com os enfermeiros da ECCI para seleção adequada; reforço da importância da participação
Disponibilidade dos profissionais	Restrições de tempo ou indisponibilidade dos enfermeiros para as formações	Planeamento prévio com chefias; sessões breves e focadas em horários compatíveis
Recolha de dados clínicos	Incompletude ou falta de atualização dos processos clínicos	Cruzamento com observação direta e entrevista com os cuidadores quando possível

Qual a finalidade da realização deste estudo:

☒ Tese

☐ Comunicação

☐ *Poster*

☐ Artigo

☐ Outra. Qual? _____

Bibliografia:

Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015–2020 (Despacho n.º 1400 A/2015)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 28. Obtido em 15/06/2025 de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2023). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde sustentável – de tod@s para tod@s*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em 15/06/2025 de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-saude-2021-2030.aspx>

European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (EPUAP e NPUAP, 2014). *Guia de referência rápida: Prevenção e tratamento de úlceras por pressão*. Obtido em 15/06/2025 de <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quickreference-guide-jan2016.pdf>

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2019). *Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida* (edição portuguesa) (Haesler, Ed.). Versão pdf de consulta. Obtido em 15/06/2025 de <http://www.epuap.org/download/8570/>

Fernandes, M. F. P., da Silva, L. F., de Souza, L. P., & Gonçalves, L. H. T. (Fernandes et al., 2023). Sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com lesões por pressão em cuidados domiciliários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), e20220233. Obtido em 15/06/2025 de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0233>

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª ed., rev. e atualiz.). Escola Nacional de Saúde Pública. Obtido em 15/06/2025 de <http://hdl.handle.net/10362/166217>

Menoita, E. (2016). Prevenção das úlceras por pressão. In C. M. Vieira & L. Sousa (Orgs.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 571–604). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4

Menor, A., & Redondo, E. (2016). Terapêutica de posição na prevenção e tratamento das úlceras por pressão. In C. Baixinho et al. (Orgs.), *Terapêutica de posição* (pp. 287–297). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-64-2

Neziraj, M., Hellman, P., Kumlien, C., Andersson, M., & Axelsson, M. (Neziraj et al. 2021). Prevalence of risk for pressure ulcers, malnutrition, poor oral health and falls – a register study among older persons receiving municipal health care in southern Sweden. *BMC Geriatrics*, 21, 265. Obtido em 15/06/2025 de <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02205-x>

Ordem dos Enfermeiros. (OE, 2011). *Browser CIPE: Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 15/06/2025 de <https://www.ordemenfermeiros.pt/atividade-profissional/CIPE/Paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. Diário da República, 2.ª série, n.º 151. Obtido em 02/06/2025 de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115846433>

Rae, K. E., Barker, J., Upton, D., & Isbel, S. (Rae et al., 2025). Comparative effectiveness of active and reactive mattresses in pressure injury healing for older people in their own homes: A pragmatic equivalence randomised-controlled study. *Nursing Reports*, 15(3), 111. Obtido em 15/06/2025 de <https://doi.org/10.3390/nursrep15030111>

Ramos, P., Borges, C., Azavedo, I., Magalhães, A., Almeda, P., Soares, A., et al. (Ramos et al, 2024). Cross-sectional survey of patients with pressure ulcers in primary care settings in Northern Portugal. *Journal of Wound Management*, 25(1), 36–42. Obtido em 15/06/2025 de <https://doi.org/10.35279/jowm2024.25.01.08>

Nome (elaborado por): Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

Data: 07/07/2025

Anexo 6 – Pedido à Comissão de Ética

Pedido à Comissão de Ética

Unidade Local de Saúde Cova da Beira

A/C Exmo. Senhor

Presidente da Comissão de Ética

Quinta do Alvito

07/07/2025

Assunto: Pedido de autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária na ULS denominado Cuidar sem Pressão, baseado na metodologia de Planeamento em Saúde, no âmbito do estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. parecer para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

Investigador Principal

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

Instituição de origem

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Orientador (aplicável apenas em trabalhos académicos)

Professora Doutora Eva Menino

Serviços da ULS que participam no estudo

UCC

Objetivos

Capacitar o grupo comunitário dos utentes das ECCI das UCC's e os seus cuidadores, para a prevenção de Úlceras por Pressão (UPP), traduzindo-se em ganhos em saúde. Atualizar e uniformizar procedimentos na área de enfermagem sobre a prevenção das UPP, em contexto domiciliário da ULS

Metodologia

O projecto será aplicado segundo a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

Amostra	Utentes das ECCI com alto risco de pressão segundo a escala de Braden, os seus cuidadores e enfermeiros das UCC's da ULS C
Acesso a dados	Para realização do estudo o investigador pretende aceder à seguinte informação: O investigador terá acesso aos dados através do seu perfil profissional na ULS de acesso à base de dados do S Clínico e os quais anonimizará para a realização do estudo.
Informação de segurança	Sempre que necessário, o Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos. Caso se aplique, o investigador compromete-se ainda a informar através do email investigacao@ch[redacted]min-saude.pt do dia/hora/local em que aplicará os consentimentos informados. A informação será utilizada para efeitos de auditoria.
Duração prevista do estudo	No período de 7 meses desde a data de aprovação do estudo.

O investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho.
- a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O/A Investigador/a

Anexo 7 – Pedido ao Conselho de Administração

Pedido ao Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde Cova da Beira

A/C Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Quinta do Alvito

, 07/07/2025

Assunto: Pedido de autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, denominado Cuidar sem Pressão, na UL baseado na metodologia de Planeamento em Saúde, no âmbito do estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. parecer para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

Investigador Principal

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

Instituição de origem

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Orientador (aplicável apenas em trabalhos académicos)

Professora Doutora Eva Menino

Serviços da ULS que participam no estudo

UCC F

Objetivos

Capacitar o grupo comunitário dos utentes das ECCI das UCC's e os seus cuidadores, para a prevenção de Úlceras por Pressão (UPP), traduzindo-se em ganhos em saúde. Actualizar e uniformizar procedimentos na área de enfermagem sobre a prevenção das UPP, em contexto domiciliário da ULS C

Metodologia

O projecto será aplicado segundo a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

Amostra	Utentes das ECCI com alto risco de pressão segundo a escala de Braden, os seus cuidadores e enfermeiros das UCC's da ULS .
Acesso a dados	Para realização do estudo o investigador pretende aceder à seguinte informação: O investigador terá acesso aos dados através do seu perfil profissional na ULS de acesso à base de dados do S Clínico e os quais anonimizará para a realização do estudo.
Informação de segurança	Sempre que necessário, o Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos. Caso se aplique, o investigador compromete-se ainda a informar através do email investigacao@ch[redacted]min-saude.pt do dia/hora/local em que aplicará os consentimentos informados. A informação será utilizada para efeitos de auditoria.
Duração prevista do estudo	No período de 7 meses desde a data de aprovação do estudo.

O investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho.
- a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O/A Investigador/a

Anexo 8 – Parecer do Conselho de Ética

Parecer do Conselho de Ética



IMPRESSO

Parecer da Comissão de Ética

Código: IMP.COMET.01

Edição: 5

Revisão: 2

Parecer nº: 76/2025

Data: 2025/10/23

Assunto: Estudo nº78/2025 – "Projeto de Intervenção Comunitária - "Cuidar sem pressão"

Membros da CE da

Exma. Senhora Investigadora:

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

A Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde [redacted], em reunião realizada em 2025/10/23 deliberou emitir parecer relativamente ao Estudo nº78/2025 – "Projeto de Intervenção Comunitária - "Cuidar sem pressão".

Membros da Comissão de Ética presentes:

Prof. [redacted]

Dra. A [redacted]

Enfa. A [redacted]

Dr. Lu [redacted]

Parecer:

Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.

Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração da [redacted] e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.

O Presidente da CE da [redacted]

[redacted]

Anexo 9 – Autorização do Conselho de Administração

Autorização do Conselho de Administração



ULS [redacted] Gabinete de Investigação e Inovação

Para: Filipa Maria Carrola Raposo Veiga



qua, 17/12/2025 15:48



2 anexos (117 KB) Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE Transferir tudo

Exma. Investigadora

Cumpre-nos informar que foi autorizada, pelo **Conselho** de Administração, a realização do estudo "Projeto de Intervenção Comunitária - "Cuidar sem pressão ".

Anexo a este email encontram-se os pareceres:

- da Comissão de Ética;
- da Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) e da Encarregada da Proteção de Dados (EPD), documento que deverá ser entregue no serviço que irá disponibilizar os dados solicitados para a realização do estudo.

Agradecemos o preenchimento do questionário infra, para avaliação da satisfação dos investigadores:

https://docs.google.com/forms/d/17NP80EWbT0BUF5hvJiOH08D5mNWkeNw093_uluS0koE/edit

Com os melhores cumprimentos

[redacted signature box]

Anexo 10 – Pedido aos Diretores de Serviço

Pedido aos Diretores de Serviço

Unidade Local de Saúde Cova da Beira

A/C Exmo. (a) Senhor (a)

Diretor (a) Serviço/Departamento

Quinta do Alvito

07/07/2025

Assunto: Pedido de autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária na U denominado Cuidar sem Pressão, baseado na metodologia de Planeamento em Saúde, no âmbito do estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. parecer para a realização do estudo referido em epígrafe.
No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

Investigador Principal

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

Instituição de origem

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Orientador (aplicável apenas em trabalhos académicos)

Professora Doutora Eva Menino

Serviços da que participam no estudo

UCC

Objetivos

Capacitar o grupo comunitário dos utentes das ECCI das UCC's e os seus cuidadores, para a prevenção de Úlceras por Pressão (UPP), traduzindo-se em ganhos em saúde. Actualizar e uniformizar procedimentos na área de enfermagem sobre a prevenção das UPP, em contexto domiciliário da ULS

Metodologia

O projecto será aplicado segundo a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

Amostra	Utentes das ECCI com alto risco de pressão segundo a escala de Braden, os seus cuidadores e enfermeiros das UCC's da ULS
Acesso a dados	Para realização do estudo o investigador pretende aceder à seguinte informação: O investigador terá acesso aos dados através do seu perfil profissional na ULS e acesso à base de dados do S Clínico e os quais anonimizará para a realização do estudo.
Informação de segurança	Sempre que necessário, o Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos. Caso se aplique, o investigador compromete-se ainda a informar através do email investigacao@chc[redacted].min-saude.pt do dia/hora/local em que aplicará os consentimentos informados. A informação será utilizada para efeitos de auditoria.
Duração prevista do estudo	No período de 7 meses desde a data de aprovação do estudo.

O investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho;
- a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O/A Investigador/a

Anexo 11 – Pedido aos Coordenadores das Unidades Funcionais

Pedido aos Coordenadores das Unidades Funcionais

Unidade Local de Saúde C

A/C Exmo. (a) Senhor(a)

Coordenador(a) da Unidade Funcional UCC

09/07/2025

Assunto: Pedido de autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, denominado Cuidar sem Pressão, na ULS baseado na metodologia de Planeamento em Saúde, no âmbito do estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Exmo. Senhor,

Vimos por este meio requerer a V. Exa. parecer para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

Investigador Principal

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

Instituição de origem

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Orientador (aplicável apenas em trabalhos académicos)

Professora Doutora Eva Menino

Serviços da ULS que participam no estudo

Objetivos

Capacitar o grupo comunitário dos utentes das ECCI das UCC's e os seus cuidadores, para a prevenção de Úlceras por Pressão (UPP), traduzindo-se em ganhos em saúde. Actualizar e uniformizar procedimentos na área de enfermagem sobre a prevenção das UPP, em contexto domiciliário da ULS

Metodologia

O projecto será aplicado segundo a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

Amostra	Utentes das ECCL com alto risco de pressão segundo a escala de Braden, os seus cuidadores e enfermeiros das UCC's da ULS
Acesso a dados	Para realização do estudo o investigador pretende aceder à seguinte informação: O investigador terá acesso aos dados através do seu perfil profissional na ULS de acesso à base de dados do S Clínico e os quais anonimizará para a realização do estudo.
Informação de segurança	Sempre que necessário, o Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos. Caso se aplique, o investigador compromete-se ainda a informar através do email do dia/hora/local em que aplicará os consentimentos informados. A informação será utilizada para efeitos de auditoria.
Duração prevista do estudo	No período de 7 meses desde a data de aprovação do estudo.

O investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho.
- a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O/A Investigador/a

Anexo 12 – Consentimento Livre e Informado

Consentimento Livre e Informado

Eu, Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga, investigadora da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, encontro-me a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Projeto de intervenção comunitária: Cuidar sem pressão”, e venho solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela ULS . Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Melhorar os cuidados preventivos na área das Úlceras por Pressão

Critérios de inclusão: Utentes da ECCI e os seus cuidadores com alto risco de Úlceras por Pressão segundo a escala de *Braden*

Critérios de exclusão: Utentes com baixo risco para desenvolver UPP, segundo a escala de *Braden*

Nome do orientador/a: Professora Doutora Eva Menino

Metodologia: De planeamento em Saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993)

Discriminação dos dados que irá colher: Dados sócios demográficos e observação dos cuidados preventivos prestados.

Local onde o investigador se vai encontrar com o/a participante, quantas vezes e durante quanto

tempo: no domicílio aquando das visitas domiciliárias da equipa da ECCI das UCC's da ULS C

Risco / Benefício da sua participação: Capacitação para os cuidados preventivos das UPP

Previsão da duração da participação no estudo: 7 meses

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: máximo 20 participantes

Contacto para esclarecimento de dúvidas:

Consentimento Informado – Investigador/a

Ao assinar esta página, o investigador/a está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Investigador/a (Legível)

Assinatura do Investigador

Data

____ / ____ / ____

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr.(a) leu e compreendeu todas as informações deste consentimento, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador/a uma explicação, tendo este/a esclarecido todas as dúvidas;
- * Informa-se ainda:

O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;

O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;

A partir dos 16 anos assina apenas o participante;

* O Sr.(a) recebeu uma cópia desta deste consentimento, para o manter consigo.

Nome do/a Participante (legível)

Representante Legal (legível)

BI /

CC _____

BI /

CC _____

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Representante Legal)

___ / ___ / ___

Data

Anexo 13 – Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 1

Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 1

IMPRESSO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade

Código: IMP.CINVEST.32

Edição: 12

Revisão: 0

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga, investigadora do IV Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Instituição Escola Superior de Leiria do Politécnico de Leiria, e a co-orientadora Maria de Fátima Cardoso declara(m):

- Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e factos cujo conhecimento advenha da realização do estudo Projecto de intervenção comunitária: Cuidar sem pressão, desenvolvido na Unidade Local de Saúde (ULS) ()
- Guardar sigilo de todas as informações e documentos a que tenha acesso, bem como não fazer uso dos mesmos, nem os revelar a terceiros. Os dados serão unicamente utilizados para fins de investigação e de forma anónima;
- Eliminar o registo/ base de dados construída para o estudo logo que possível;
- Colaborar em auditorias que venham a ser realizadas ao estudo, no âmbito do cumprimento dos procedimentos internos da ULS ()
- Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;
- Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

Confirma ter conhecimento que:

- A Unidade Local de Saúde () é o responsável pela guarda de todos os dados, documentos, informação ou substâncias, que sejam fornecidos ao investigador para utilização no estudo;
- O investigador terá direitos de publicação dos resultados do estudo;
- O investigador terá de fazer entrega à Unidade Local de Saúde Cova da Beira de um exemplar do trabalho final.

() 9 de julho de 2011

O investigador

Co - orientador do estudo
(caso se aplique)

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga M.F. Cardoso

Nota 1 – Discriminar todos os nomes e afiliação da equipa de investigação (i.e. investigador + orientador+co-orientador ou investigador principal + co-investigador/es).

Nota 2 – Todos os membros da equipa de investigação terão de assinar o impresso.

Anexo 14 – Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 2

Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade 2

IMPRESSO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Declaração de Responsabilidade e Confidencialidade

Código: IMP.CINVEST.32

Edição: 12

Revisão: 0

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga, (investigadora) e Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino (orientadora) do curso IV Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Instituição Escola Superior de Leiria do Politécnico de Leiria, declara(m):

- Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e factos cujo conhecimento advenha da realização do estudo Projecto de intervenção comunitária: Cuidar sem pressão, desenvolvido na Unidade Local de Saúde C []
- Guardar sigilo de todas as informações e documentos a que tenha acesso, bem como não fazer uso dos mesmos, nem os revelar a terceiros. **Os dados serão unicamente utilizados para fins de investigação e de forma anónima;**
- Eliminar o registo/ base de dados construída para o estudo logo que possível;
- Colaborar em auditorias que venham a ser realizadas ao estudo, no âmbito do cumprimento dos procedimentos internos da []
- Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;
- Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

Confirma ter conhecimento que:

- A Unidade Local de Saúde Cova da Beira é o responsável pela guarda de todos os dados, documentos, informação ou substâncias, que sejam fornecidos ao investigador para utilização no estudo;
- O investigador terá direitos de publicação dos resultados do estudo;
- O investigador terá de fazer entrega à Unidade Local de Saúde Cova da Beira de um exemplar do trabalho final.

[] de julho de 2025

O investigador

O orientador do estudo

Assinado por: **EVA PATRÍCIA DA SILVA
GUILHERME MENINO**
Data: 2025.07.07 15:54:53+01'00'

Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga

Nota 1 – Discriminar todos os nomes e afiliação da equipa de investigação (i.e. investigador + orientador+co-orientador ou investigador principal + co-investigador/es).

Nota 2 – Todos os membros da equipa de investigação terão de assinar o impresso.

Anexo 15 – Inclusão de indivíduos vulneráveis

Inclusão de indivíduos vulneráveis

IMPRESSO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Inclusão de indivíduos vulneráveis

Código: IMP_CINVEST.15

Edição: 3

Revisão: 2

Identificação do estudo de investigação clínica	
Título do estudo / protocolo	Cuidar sem Pressão
Tipo de estudo	☐ Estudo intervencional com medicamentos ☐ Estudo observacional prospetivo ☐ Estudo intervencional com dispositivo médico ☒ Estudo observacional retrospectivo
Data estimada para a conclusão do estudo / fecho do recrutamento	02/2025

Identificação do investigador principal	
Nome	Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga
Telefone	
Email	fmveiga@arscentro.min-saude.pt
Assinatura	<i>Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga</i>
Data	09/07/2025

Identificação do contacto	
☐ Pedido de parecer para a inclusão no estudo supracitado de adulto potencialmente passível de ser coagido e para o procedimento de obtenção do seu consentimento livre e esclarecido.	
☒ Notificação de inclusão de adulto potencialmente passível de ser coagido e da obtenção do seu consentimento livre e esclarecido.	
Assinalar se a amostra se dirige a:	
☒ Funcionário da ULS	☐ Aluno da UBI
☐ Outro, indique qual:	
Descrição detalhada do pedido/notificação:	
Protocolo em anexo	

Parecer da CES	
Inclusão	
Consentimento	
Assinatura	
Data	

Anexo 16 – Pressure Ulcer Knowledge Assessement Tool (PUKAT)

Escala Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT)

(Escala traduzida para português por Batista (2012))

1. Qual das afirmações está correta?

- ☐ A má nutrição provoca úlceras de pressão
- ☐ Uma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão
- ☐ A humidade provoca úlceras de pressão

2. Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.

- ☐ Correto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior.
- ☐ Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos.
- ☐ Incorreto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão

3. O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60°), escorrega?

- ☐ A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.
- ☐ A fricção aumenta quando a pele adere à superfície.
- ☐ A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície.

4. Qual das afirmações está correta?

- ☐ O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão.
- ☐ A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão.
- ☐ A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície.

5. Qual das afirmações está correta?

- ☐ A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão.
- ☐ Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão.
- ☐ A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal.

6. Qual das afirmações está correta?

- ☐ Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3.
- ☐ Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3.

☐ Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2.

7. Qual das afirmações está correta?

- ☐ Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2.
- ☐ Todas as categorias (1, 2, 3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas.
- ☐ Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou categoria 4.

8. Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?

- ☐ A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 1.
- ☐ A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 2.
- ☐ A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão.

9. Qual das afirmações está correta?

- ☐ Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama.
- ☐ Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção.
- ☐ Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção.

10. Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:

- ☐ Na área pélvica, cotovelo e calcanhar.
- ☐ Joelho, tornozelo e anca.
- ☐ Anca, ombro e calcanhar.

11. Qual das afirmações está correta?

- ☐ Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana.
- ☐ A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspecionada a cada duas a três horas.
- ☐ Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia.

12. NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:

- ☐ A idade
- ☐ A desidratação
- ☐ A hipertensão

13. Qual das afirmações está correta?

- ☐ As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção.
- ☐ A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção.
- ☐ Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica.

14. Qual das afirmações está correta?

- ☐ O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio.
- ☐ Deve ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.
- ☐ Um doente com um historial de úlceras de pressão corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão.

15. Qual das afirmações está correta?

- ☐ A má nutrição provoca úlceras de pressão.
- ☐ A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas.
- ☐ A optimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão.

16. Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:

- ☐ A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados.
- ☐ A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.
- ☐ A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão.

17. A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:

- ☐ Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés.
- ☐ Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão.
- ☐ Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés.

18. Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?

- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina - posição lateral de 90° - posição supina -...
- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina - ...
- ☐ Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral de 30° - posição supina -...

19. Qual das afirmações está correta?

- ☐ Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira.
- ☐ N uma posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama.
- ☐ As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°.

20. Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:

- ☐ Uma almofada de ar espessa.
- ☐ Uma almofada de espuma em forma de argola.
- ☐ Uma almofada de gel.

21. Qual das afirmações está correta?

- ☐ As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.
- ☐ Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.
- ☐ Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira.

22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica...

- ☐ Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento.
- ☐ Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas.
- ☐ Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas.

23. Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:

- ☐ A força de torção nas nádegas aumenta.
- ☐ A pressão nos calcanhares aumenta.
- ☐ Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos.

24. Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:

- ☐ A elevação dos calcanhares não é necessária.
- ☐ A elevação dos calcanhares é importante.
- ☐ Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia.

25. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...

- ☐ A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas.

☐ A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.

☐ A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas.

26. Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...

☐ Forem providenciados suplementos alimentares.

☐ As áreas em risco forem massajadas.

☐ Se mobilizarem os pacientes.

27. Qual das seguintes afirmações está correta?

☐ Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas.

☐ Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas.

☐ Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas.

28. Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:

☐ Nenhuma medida preventiva específica.

☐ Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares.

☐ Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares.

29. Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:

☐ Um colchão de espuma de redistribuição de pressão.

☐ Um colchão de ar de pressão alternada.

☐ Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco.

Muito obrigada pela colaboração!

Anexo 17 – Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument (APu-PT)

Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument (APu-PT), Batista (2012)

Nº	Afirmação	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
1	Os doentes podem morrer devido a uma úlcera de pressão.				
2	Cada úlcera de pressão é uma úlcera a mais.				
3	As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.				
4	O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.				
5	Uma prevenção adequada das úlceras de pressão reduz os custos.				
6	A sociedade subestima o custo real das úlceras de pressão.				
7	O impacto financeiro das úlceras de pressão na sociedade não deve ser subestimado.				
8	O custo da prevenção das úlceras de pressão não é proporcional à seriedade das úlceras de pressão. A Prevenção é demasiado dispendiosa.				
9	A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.				
10	A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.				
11	Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.				
12	A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.				
13	Demasiados doentes desenvolvem úlceras de pressão no meu serviço.				
14	A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade.				
15	É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.				
16	A prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção.				
17	Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto.				
18	A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.				
19	O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.				
20	Os doentes da minha enfermaria nunca desenvolvem úlceras de pressão. Estas já existem quando são admitidos.				
21	Tenho boa formação em cuidados preventivos de úlceras de pressão. Eu sei o que faço.				
22	É importante aprender novas perspetivas sobre prevenção de úlceras de pressão.				
23	A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.				
24	É esperado demasiado de mim no que respeita à prevenção de úlceras de pressão.				
25	Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados.				

Nº	Afirmação	Concordo Bastante	Concordo	Discordo	Discordo Bastante
26	Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão.				
27	A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.				
28	Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão.				
29	Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.				
30	Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção.				
31	No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de úlcera de pressão é geralmente inevitável.				
32	As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.				

Anexo 18 – Questionários de satisfação da formação da ULS da BI

Anexo 18 – Questionários de satisfação da formação da ULS da BI

IMPRESSO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Questionário de avaliação da satisfação dos formandos

Código: IMP.FORM.03

Edição: 5

Revisão: 3

SERVIÇO DE FORMAÇÃO

(Acreditado pelo Despacho n.º 13019/98 (2ª Série) de 29/07, da Ministra da Saúde)

Curso: _____

Data: ____ / ____ / ____ Carga horária: ____ Local: _____

A sua opinião sobre esta ação é de extrema importância para nós, no sentido em que pode contribuir para a melhoria da qualidade da Formação que desenvolvemos.

Agradecemos o preenchimento deste questionário, assinalando com **x**, na escala de 1 a 5, a resposta que melhor traduz a sua opinião.

Obrigado pela colaboração!

Grau de satisfação: 1 – Não aplicável (NA) 2 – Muito insatisfeito 3 – Insatisfeito 4 – Satisfeito 5 – Muito Satisfeito



1. Serviço de Formação	1 NA	2	3	4	5
1.1 Cordialidade e simpatia no atendimento					
1.2 Apoio prestado pelo Secretariado					
1.3 Rapidez e eficiência na resolução de problemas					
1.4 Instalações, equipamentos e materiais					
1.5 Calendarização					
1.6 Distribuição do horário					
1.7 Método de divulgação das ações de formação implementado pelo serviço					

Sugestões de melhoria:

.....

.....

.....

2. Ação de Formação	1 NA	2	3	4	5
2.1 Número de horas da ação					
2.2 Expectativas da ação					
2.3 Cumprimento dos objetivos					
2.4 Adequação do programa proposto ao nível de conhecimentos					
2.5 Aplicabilidade dos conhecimentos para a prática profissional					
2.6 Distribuição do tempo pelos temas					

Temáticas de interesse para futuras ações de formação:

.....

.....

.....

Nota: Elaborado ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Página: 1 de 2



IMPRESSO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Questionário de avaliação da satisfação dos formandos

Código: IMP.FORM.03

Edição: 5

Revisão: 3



Nome do Formador 1: _____

3. Desempenho do Formador 1	1 NA	2	3	4	5
3.1 Pontualidade					
3.2 Assiduidade					
3.3 Meios utilizados / materiais fornecidos					
3.4 Cumprimento do plano					
3.5 Dinâmica da sessão					
3.6 Adaptação do programa às necessidades dos participantes					
3.7 Domínio dos assuntos					
3.8 Interação / relacionamento com os participantes					

Nome do Formador 2: _____

Desempenho do Formador 2	1 NA	2	3	4	5
3.1 Pontualidade					
3.2 Assiduidade					
3.3 Meios utilizados / materiais fornecidos					
3.4 Cumprimento do plano					
3.5 Dinâmica da sessão					
3.6 Adaptação do programa às necessidades dos participantes					
3.7 Domínio dos assuntos					
3.8 Interação / relacionamento com os participantes					

Nome do Formador 3: _____

Desempenho do Formador 3	1 NA	2	3	4	5
3.1 Pontualidade					
3.2 Assiduidade					
3.3 Meios utilizados / materiais fornecidos					
3.4 Cumprimento do plano					
3.5 Dinâmica da sessão					
3.6 Adaptação do programa às necessidades dos participantes					
3.7 Domínio dos assuntos					
3.8 Interação / relacionamento com os participantes					

4. Em que medida considera que esta ação contribuiu/contribuirá para a melhoria do seu desempenho profissional:

.....
.....
.....

Formando: _____

Data: ____/____/____

(assinatura facultativa)

Nota: Elaborado ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Página: 2 de 2



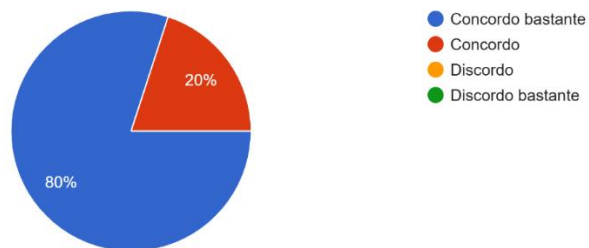
Anexo 19 – Resultados da aplicação do questionário: APu-PT

Resultados da aplicação do questionário: APu-PT

Questão 1

Cada úlcera de pressão é uma úlcera a mais.

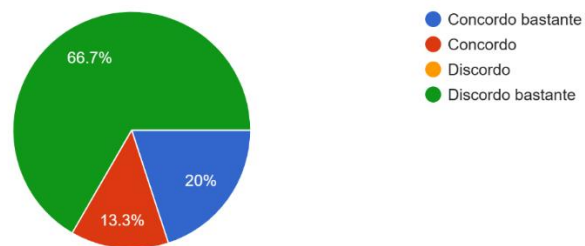
15 responses



Questão 2

As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.

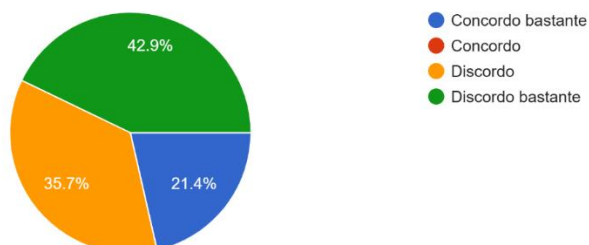
15 responses



Questão 3

O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.

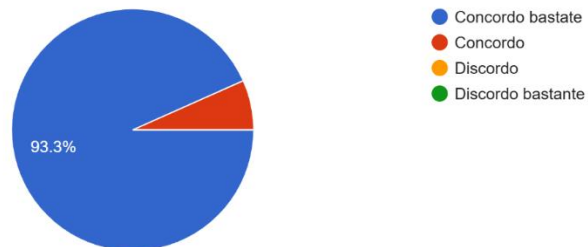
14 responses



Questão 4

Uma prevenção adequada das úlceras por pressão reduz os custos.

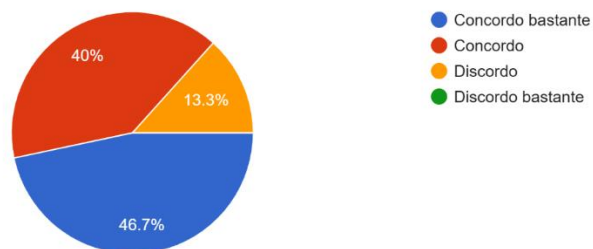
15 responses



Questão 5

Os doentes podem morrer devido a uma úlcera de pressão.

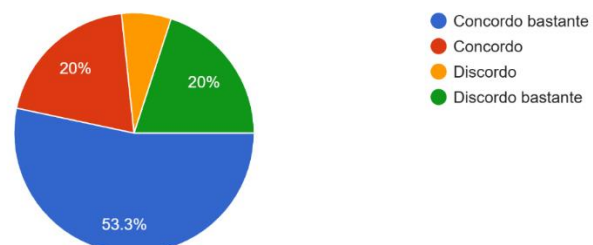
15 responses



Questão 6

O impacto financeiro das úlceras de pressão na sociedade não deve ser sobrestimado.

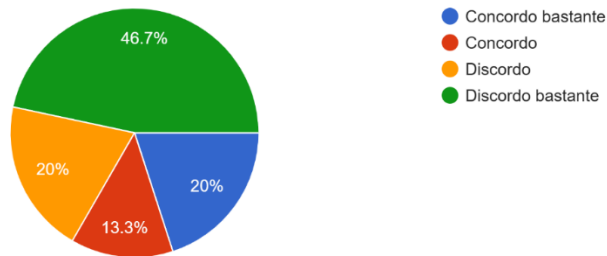
15 responses



Questão 7

O custo de prevenção de úlceras de pressão não é proporcional à seriedade das úlceras de pressão. A prevenção é demasiado dispendiosa.

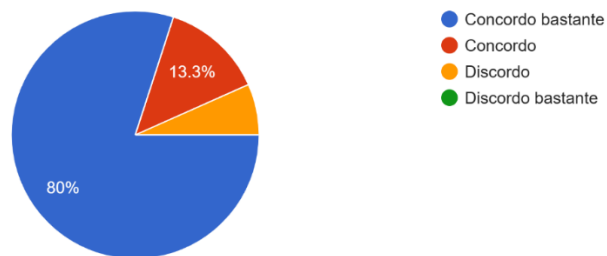
15 responses



Questão 8

A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.

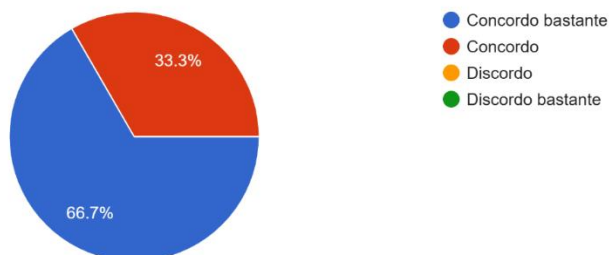
15 responses



Questão 9

A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.

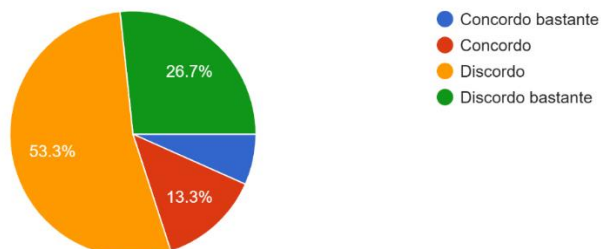
15 responses



Questão 10

Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.

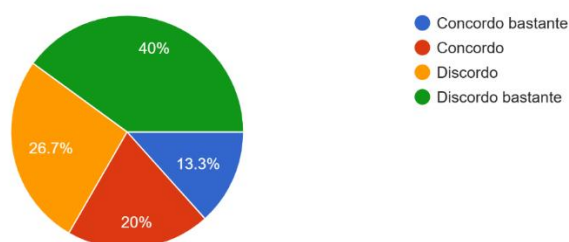
15 responses



Questão 11

A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.

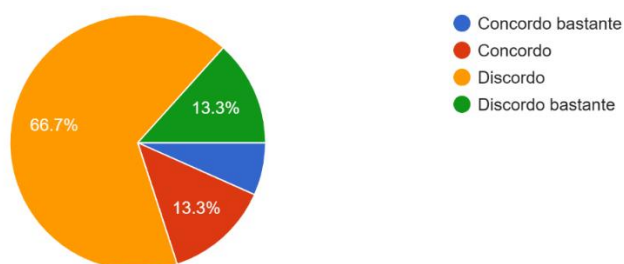
15 responses



Questão 12

Demasiados utentes desenvolvem úlceras de pressão no meu serviço.

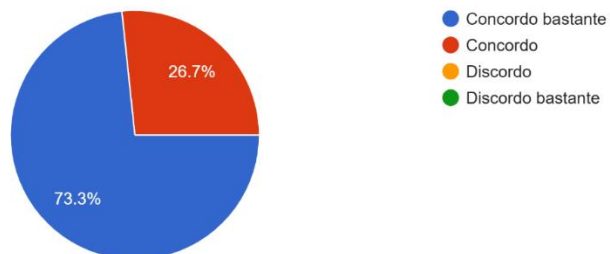
15 responses



Questão 13

A prevenção de úlceras por pressão deveria ser uma prioridade.

15 responses



Questão 14

É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.

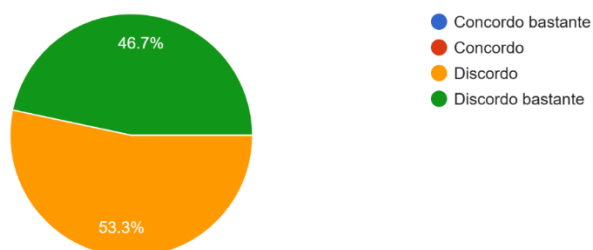
15 responses



Questão 15

A prevenção de úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção. Existem problemas mais importantes.

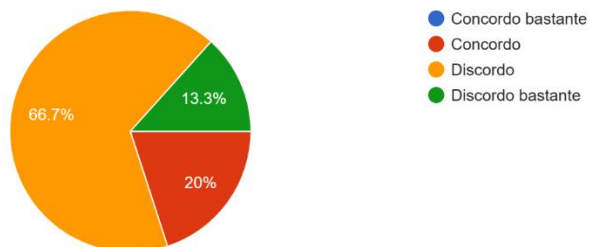
15 responses



Questão 16

Se os meus doentes desenvolverem úlcera de pressão , sinto que sou responsável pelo facto.

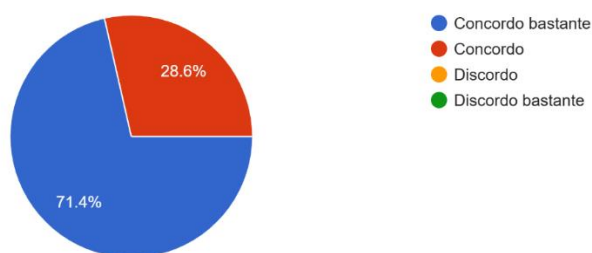
15 responses



Questão 17

A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.

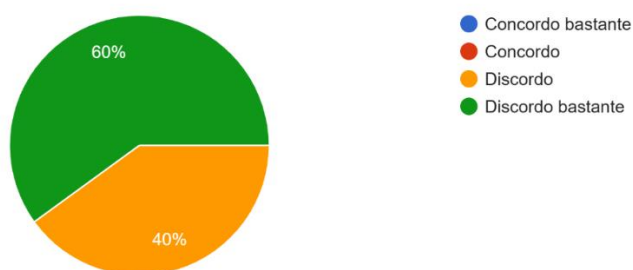
14 responses



Questão 18

O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.

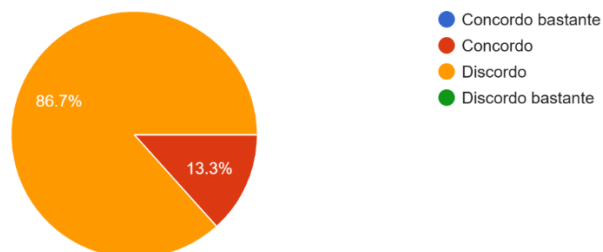
15 responses



Questão 19

Os doentes no meu serviço nunca desenvolvem úlceras de pressão. Estas já existam quando admitidos.

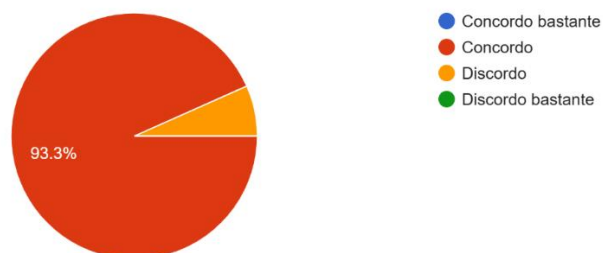
15 responses



Questão 20

Tenho boa formação em cuidados preventivos. Eu sei o que faço.

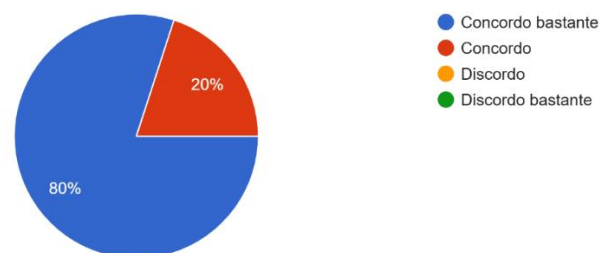
15 responses



Questão 21

É importante aprender novas perspectivas sobre a prevenção de úlceras de pressão.

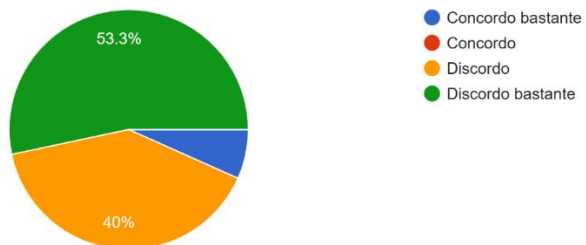
15 responses



Questão 22

A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.

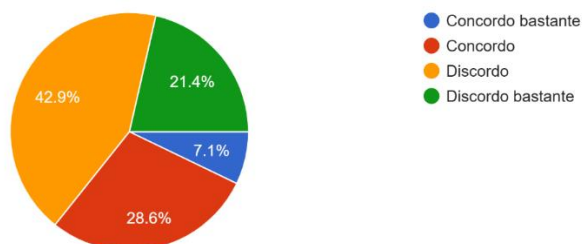
15 responses



Questão 23

É esperado demasiado de mim no que respeita à prevenção de úlceras de pressão.

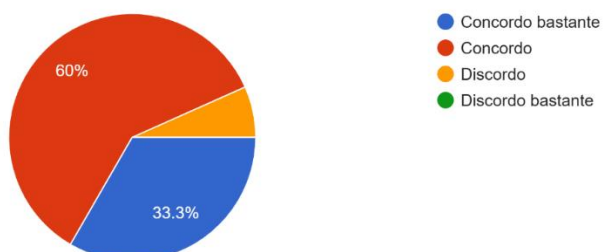
14 responses



Questão 24

Sou capaz de prestar cuidados preventivos de úlceras de pressão adequados.

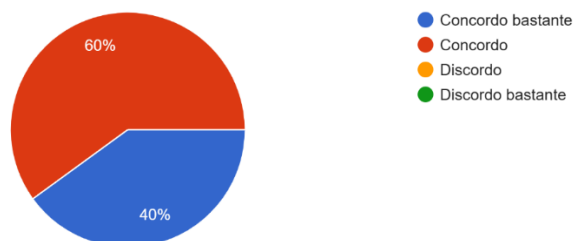
15 responses



Questão 25

Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão.

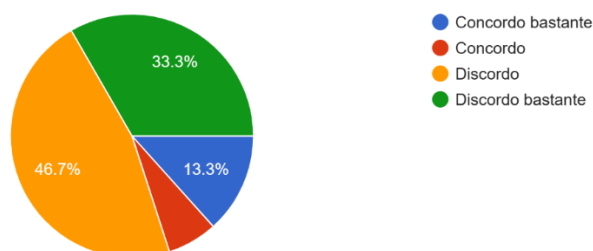
15 responses



Questão 26

A prevenção de úlceras de pressão não é tarefa fácil. A este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.

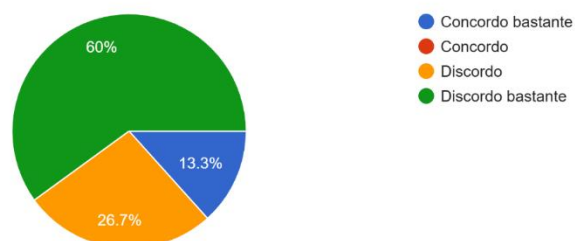
15 responses



Questão 27

Sou incapaz de prestar cuidados preventivos de úlceras de pressão.

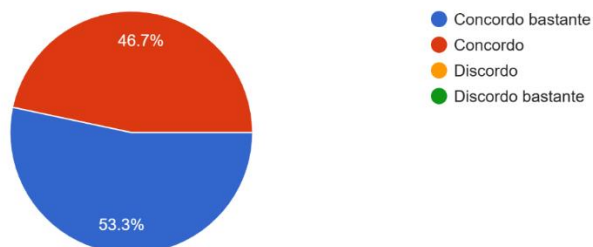
15 responses



Questão 28

Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.

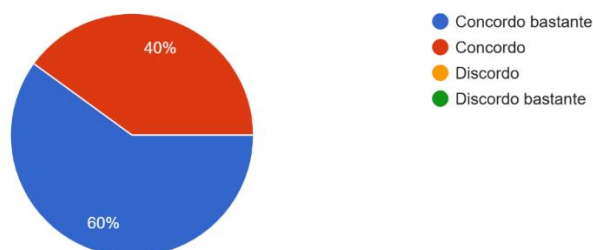
15 responses



Questão 29

Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se existir um protocolo de prevenção.

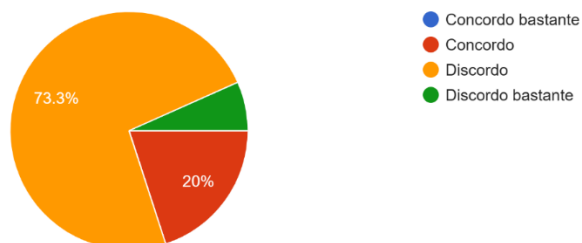
15 responses



Questão 30

No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de uma úlcera de pressão é geralmente inevitável.

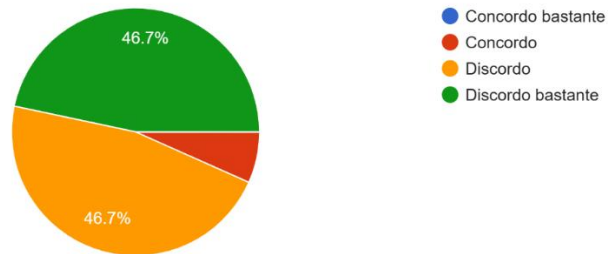
15 responses



Questão 31

As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.

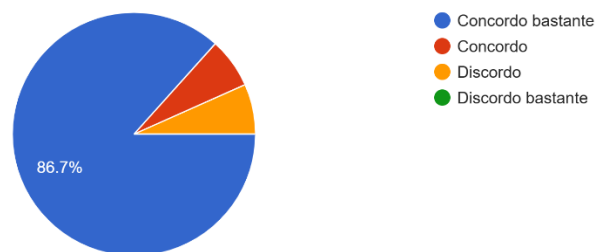
15 responses



Questão 32

A sociedade subestima o custo real das úlceras de pressão.

15 responses



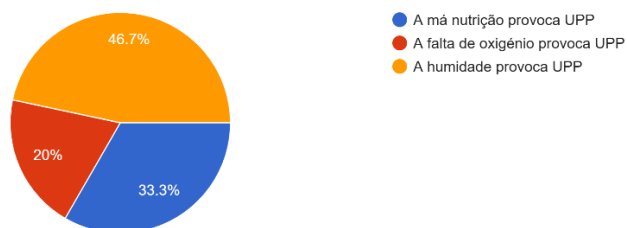
Anexo 20 - Resultados da aplicação do questionário: PUKAT

Resultados da aplicação do questionário: PUKAT

Questão 1

Qual das afirmações está correcta?

15 responses

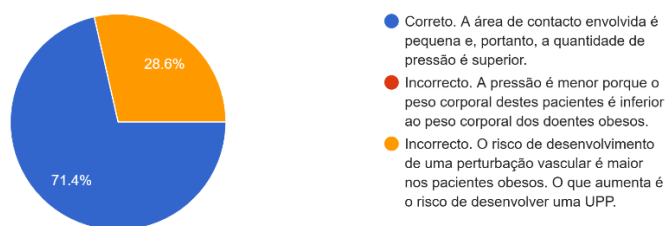


Resultado: **20%** indicaram que a resposta correcta: falta de oxigénio provoca UPP

Questão 2

Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver UPP do que paciente obesos

14 responses

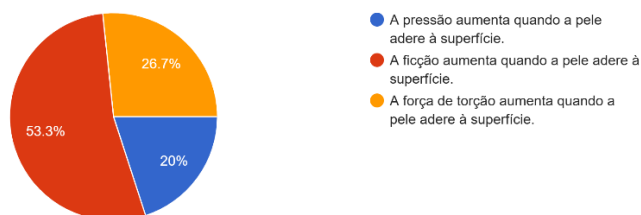


Resultado: **71,4%** indicaram a resposta correcta: A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior

Questão 3

O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentado (60°), escorrega?

15 responses

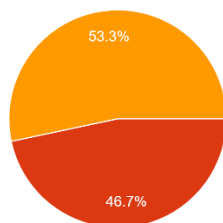


Resultado: **28,6%** indicaram a resposta correcta: A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície

Questão 4

Qual das afirmações está correcta?

15 responses



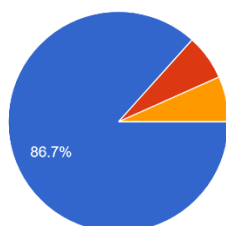
- O sabão pode desidratar a pele, portanto, aumenta o risco de UPP.
- A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca UPP.
- A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície.

Resultado: **53,3%** indicaram a resposta correcta: A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície

Questão 5

Qual das afirmações está correcta?

15 responses



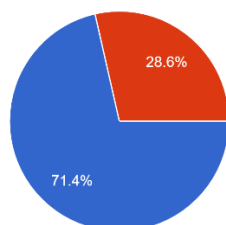
- A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de UPP.
- Doentes muito obesos, que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver UPP.
- A má nutrição e a idade não tem impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem peso normal.

Resultado: **88,7%** indicaram a resposta correcta: A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de UPP

Questão 6

Qual das afirmações está correcta?

14 responses



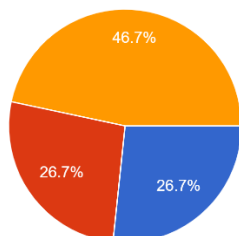
- Uma UPP que se estende até à fascía é uma UPP de categoria 3.
- Uma UPP que se estenda através da fascía subjacente é uma UPP de categoria 3.
- Uma UPP de categoria 3 é sempre precedida por uma UPP de categoria 2.

Resultado: **71,4 %** indicaram a resposta correcta: Uma UPP que se estende até à fascía é um UPP de categoria 3

Questão 7

Qual das afirmações está correcta?

15 responses



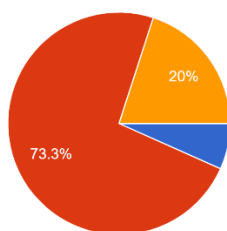
- Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma UPP de categoria 2.
- Todas as categorias (1,2,3,4) de UPP envolvem perda de camadas cutâneas.
- Quando ocorre uma necrose, trata-se de uma UPP de categoria 3 ou 4.

Resultado: **46,7%** indicaram a resposta correcta: Quando ocorre uma necrose trata-se de uma UPP de categoria 3 ou 4

Questão 8

Um doente desenvolve um flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correcta?

15 responses



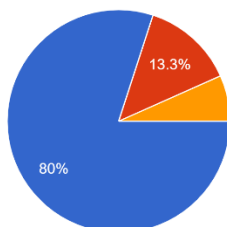
- A lesão cutânea é uma UPP de categoria 1
- A lesão cutânea é uma UPP de categoria 2
- A lesão cutânea não é uma UPP

Resultado: **20%** indicaram a resposta correcta: A lesão cutânea não é uma UPP

Questão 9

Qual das informações está correcta?

15 responses



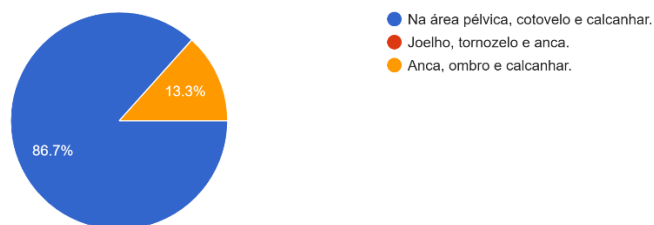
- Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama.
- Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção.
- Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção.

Resultado: **80%** indicaram a resposta correcta: Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama

Questão 10

Numa posição de sentada, é mais provável que as UPP se desenvolvam:

15 responses



Resultado: **86,7%** indicaram a resposta correcta: Na área pélvica, cotovelo e calcanhar

Questão 11

Quais das afirmações está correcta?

15 responses

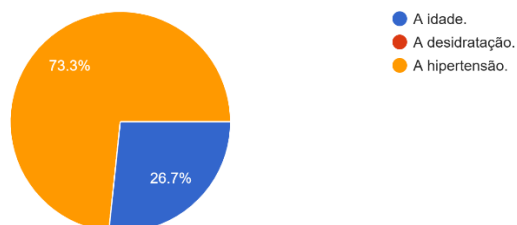


Resultado: **40%** indicaram a resposta correcta: Os calcanhares de doentes deitados numa superfícies que redistribua a pressão deveriam ser observados no mínimo, uma vez por dia

Questão 12

NÃO existe uma relação entre o risco de UPP e:

15 responses

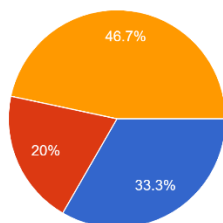


Resultado: **73,3%** indicaram a resposta correcta: A hipertensão

Questão 13

Qual das afirmações está correcta?

15 responses



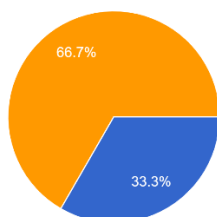
- As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção.
- A utilização de escalas de avaliação de risco reduz o custo de prevenção.
- Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma UPP e deverá ser combinada com uma avaliação clínica.

Resultado: **46,7%** indicaram a resposta correcta: Uma escala de avaliação de risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma UPP e deverá ser combinada com uma avaliação clínica

Questão 14

Qual das afirmações está correcta?

15 responses



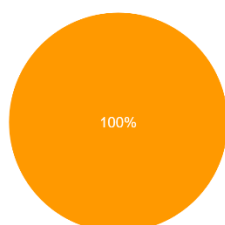
- O risco de desenvolvimento de UPP deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio.
- Devem ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de UPP.
- Um utente com historial de UPP corre um risco maior de desenvolvimento de novas UPP.

Resultado: **66,7%** indicaram a resposta correcta: Um utente com historial de UPP corre risco maior de desenvolvimento de novas UPP

Questão 15

Qual das afirmações está correcta?

15 responses



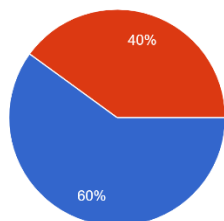
- A má nutrição provoca UPP.
- A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas.
- A optimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de UPP.

Resultado: **100%** indicaram a resposta correcta: A optimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doente, o que pode contribuir para uma redução de risco de UPP

Questão 16

O doentes com mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de UPP porque:

15 responses



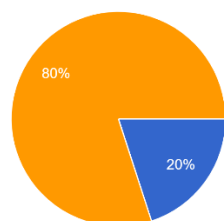
- A má nutrição coincide frequentemente com outros factores, como a atividade restrita e movimentos espontâneos limitados.
- A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de UPP.
- A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de UPP.

Resultado: **60%** indicaram a resposta correcta: A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores como a atividade restrita e movimentos espontâneos limitados

Questão 17

A posição de sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:

15 responses



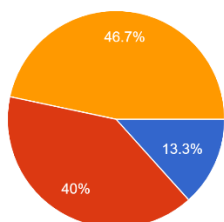
- Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés.
- Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão.
- Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés.

Resultado: **80%** indicaram a resposta correcta: Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés

Questão 18

Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de UPP?

15 responses



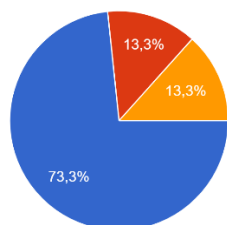
- Posição supina - lado em posição lateral de 90° - posição supina - posição lateral 90° - posição supina.
- Posição supina - lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral 30° - posição supina.
- Posição supina - lado em posição lateral de 30° - posição sentada - posição lateral 30° - posição supina.

Resultado: **46,7%** indicaram a resposta correcta: Posição supina- lado em posição lateral de 30ª – posição sentada- posição lateral 30ª-posição supina

Questão 19

Qual das afirmações está correcta?

15 respostas



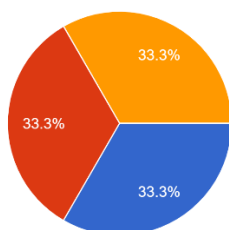
- Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira
- Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90° com a cama
- As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°

Resultado: **73,3%** indicaram a resposta correcta: Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira

Questão 20

Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude de pressão no assento pode ser mais reduzida através de:

15 responses



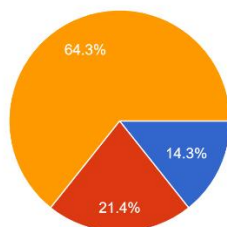
- Uma almofada de ar espessa.
- Uma almofada de espuma em forma de argola.
- Uma almofada de gel.

Resultado: **33,3%** indicaram a resposta correcta: Uma almofada de ar espessa

Questão 21

Qual das afirmações está correcta?

14 responses



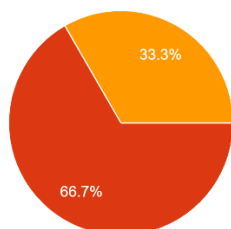
- As almofadas em argolas ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de uma forma estável na respectiva cadeira.
- Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira.
- Uma almofada espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de sentar de uma forma est...

Resultado: **21,4%** indicaram a resposta correcta: Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira

Questão 22

Num doente com risco de desenvolver UPP, um colchão de espuma visco-elástica....

15 responses



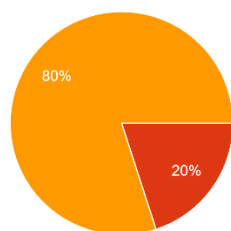
- Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com o reposicionamento.
- Necessita de ser combinado com o reposicionamento a cada 2 horas.
- Necessita de ser combinado com o reposicionamento a cada 4 horas.

Resultado: **66,7%** indicaram a resposta correcta: Necessira de ser combinadao com reposicionamento a cada 2 horas

Questão 23

Uma desvantagem do colchão de água assenta:

15 responses



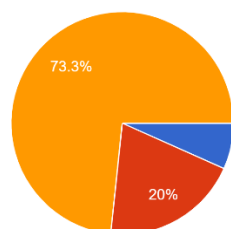
- A força de torção das nádegas aumenta.
- A pressão nos calcanhares aumenta.
- Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos.

Resultado: **80%** indicaram a resposta correcta: Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos

Questão 24

Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão.

15 responses

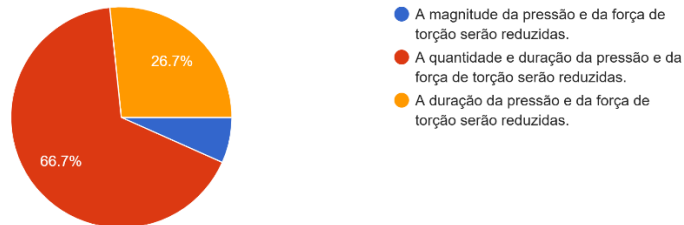


- A elevação dos calcanhares não é necessária.
- A elevação dos calcanhares é importante.
- Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (botting out), pelo menos duas vezes por dia.

Resultado: **20%** indicaram a resposta correcta: A elevação dos calcanhares é importante

Questão 25

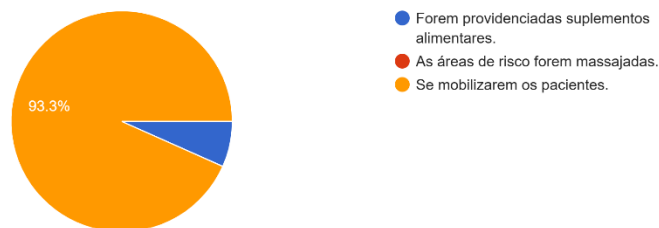
O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...
15 responses



Resultado: **26,7%** indicaram a resposta correcta: A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas

Questão 26

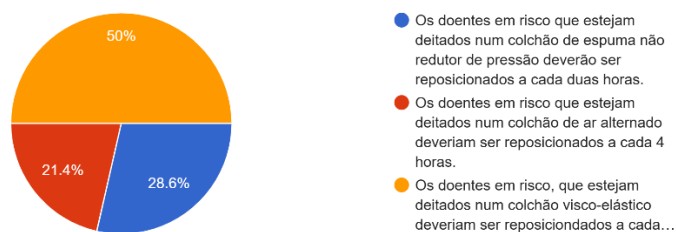
Serão menos os doentes a desenvolverem uma UPP se...
15 responses



Resultado: **93,3%** indicaram a resposta correcta: Se mobilizarem os pacientes

Questão 27

Qual das afirmações está correcta?
14 responses

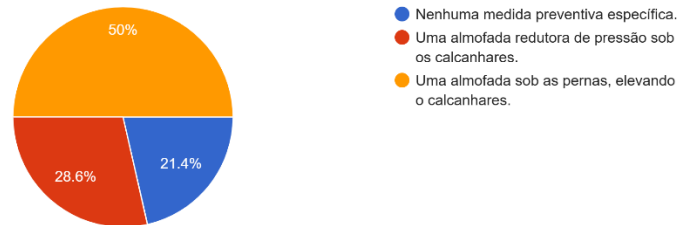


Resultado: **28,6%** indicaram a resposta correcta: Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser repocisionados a cada duas horas

Questão 28

Quando um doente está deitado num colchão de ar alterna, a prevenção de UPP nos calcanhares inclui:

14 responses

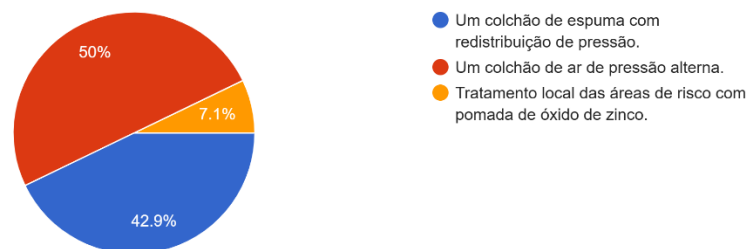


Resultado: **50%** indicaram a resposta correcta: Uma almofada sob as pernas, elevando os calcanhares

Questão 29

Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de UPP mais apropriada é:

14 responses



Resultado: **50%** indicaram a resposta correcta: Um colchão de ar de pressão alterna

Anexo 21 – Pedido ao serviço de formação da ULS BI

IMPRESSO

Plano da sessão de formação



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Código: IMP.FORM.09

Edição: 5

Revisão: 2

SERVIÇO DE FORMAÇÃO

(Acreditado pelo Despacho n.º 13019/98 (2ª Série) de 29/07, da Sra. Ministra da Saúde)

TEMA CENTRAL: Prevenção de UPP: Diretrizes EPUAP 2025 na Prática Clínica			DURAÇÃO: 1 h e 30 min
INICIO ÀS 11 h e 30 min		DATA DA REALIZAÇÃO: 26/11/2025	
SERVIÇO ORGANIZADOR:			
OBJETIVOS	CONTEÚDOS	RECURSOS/METODOLOGIAS	
- Atualizar conhecimentos sobre os novos conceitos e recomendações das diretrizes internacionais EPUAP 2025 para a prevenção de úlceras por pressão. - Aperfeiçoar competências práticas na aplicação de estratégias baseadas na evidência para avaliação do risco, implementação de medidas preventivas e registo de cuidados	- Enquadramento e principais alterações das Diretrizes Internacionais EPUAP 2025 - Conceitos atuais sobre etiologia e fatores de risco das úlceras por pressão - Avaliação de risco e identificação precoce - Cuidados com a pele e manutenção da integridade cutânea - Estratégias de alívio e redistribuição da pressão - Nutrição, hidratação e mobilidade como fatores de prevenção - Prevenção de lesões associadas a dispositivos médico - Registo, monitorização e auditoria dos cuidados preventivos - Discussão e reflexão sobre desafios na prática clínica	- Recursos materiais/ pedagógicos: Projetor multimédia e computador para apresentação; Sala com espaço para demonstrações práticas e trabalho em grupo; Apresentação PowerPoint; Documentação de apoio e bibliografia atualizada (EPUAP 2025, norma DGS aplicável, protocolos internos). - Metodologia: Exposição teórico-prática, Reflexão participativa	
		TIPO DE AVALIAÇÃO	
		Avaliação de satisfação dos formandos	
BIBLIOGRAFIA: - European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline (E. Haesler, Ed.). Osborne Park: Cambridge Media. Obtido em 03/11/2025 de International Guideline+2arjo.com+2 - European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The International Guideline – Fourth Edition (E. Haesler, Ed.). Obtido em 03/11/2025 de https://internationalguideline.com			
NOME DO FORMADOR: Filipa Maria Carrola Raposo da Veiga			
N.º MEC. DO FORMADOR:			

Anexo 22 – *Flyer* de divulgação da formação

**Prevenção de UPP:
Diretrizes EPUAP 2025
na Prática Clínica**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE FORMAÇÃO

(Acreditado pelo Despacho nº13019/98 (2ªSérie) de 29/07, de Sr. Ministra da Saúde)

Formação Interna



DATA: 25/11/2025

HORÁRIO: 11h 30 min e 16h 30min

DESTINATÁRIOS: Profissionais de Saúde

LOCAL DE FORMAÇÃO: Biblioteca do C.S.

INSCRIÇÕES: fmveiga@arscentro.min-saude.pt

FORMADOR: Enfermeira Filipa Veiga

OBJETIVOS:

- **Atualizar conhecimentos** sobre os novos conceitos e recomendações das diretrizes internacionais EPUAP 2025 para a prevenção de UPP
- **Aperfeiçoar competências práticas** na aplicação de estratégias baseadas na evidência para avaliação do risco, implementação de medidas preventivas e registo de cuidados

PROGRAMA:

- Enquadramento e principais alterações das Diretrizes Internacionais EPUAP 2025
- Conceitos atuais sobre etiologia e fatores de risco das úlceras por pressão
- Avaliação de risco e identificação precoce
- Cuidados com a pele e manutenção da integridade cutânea
- Estratégias de alívio e redistribuição da pressão
- Nutrição, hidratação e mobilidade como fatores de prevenção
- Prevenção de lesões associadas a dispositivos médico
- Registo, monitorização e auditoria dos cuidados preventivos
- Discussão e reflexão sobre desafios na prática clínica



Anexo 23 – Autorização para aplicação dos questionários: APu-PT e PUKAT

Autorização para aplicação dos questionários: APu-PT e PUKAT

Cara Estudante

Serve o presente e-mail para autorização de utilização da versão Attitude Towards Pressure Ulcers Tool (APU-Pt) e Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT-Pt) no estudo investigativo que se encontram a desenvolver, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento e ajuda que necessitarem para o efeito.

Para conhecer as características psicométricas dos instrumentos e o estudo integral da validação podem consultar o seguinte link:

<http://hdl.handle.net/10400.14/10555>

Com os melhores cumprimentos
Margarida Batista

