



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Prevenção de Úlceras por Pressão em Contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais**

**Carla Natália Rodrigues do Carmo**

Orientação: Isaura da Conceição Cascalho Serra

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente de Júri: Maria Alice Góis Ruivo

Arguente: Ana Clara Pica Nunes

Orientador: Isaura da Conceição Cascalho Serra

Setúbal, 2023

*Versão Definitiva*



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Prevenção de Úlceras por Pressão em Contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais**

**Carla Natália Rodrigues do Carmo**

Orientação: Isaura Serra, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde;  
Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*  
Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente de Júri: Maria Alice Góis Ruivo  
Arguente: Ana Clara Pica Nunes  
Orientador: Isaura da Conceição Cascalho Serra

Setúbal, 2023

## **PENSAMENTOS**

*Os que amam profundamente, jamais envelhecem; podem morrer de velhice, mas morrem jovens. O amor é a imagem de Deus, mas não uma imagem da vida. É, isto sim, a verdadeira essência de toda a natureza divina, que fulga em bondade.*

***Martinho Lutero***

*Uma árvore em flor fica despida no outono. A beleza transforma-se em feiura, a juventude em velhice e o erro em virtude. Nada fica sempre igual e nada existe realmente. Portanto, as aparências e o vazio existem simultaneamente.*

***Dalai Lama***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer é mais do que um ato cortês, é um gesto de expressão de humildade e gratidão. É reconhecer que nunca estamos sós, que existe alguém que nos mostra o caminho e nos faz ver o mundo com outros olhos. Sozinhos, o caminho é mais difícil e moroso. Nas palavras de Antoine de Saint-Exupéry: “Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

Por isso, gostaria de expressar a minha gratidão a todos aqueles que fizeram parte desta jornada. À minha Professora orientadora pedagógica, pela sua orientação valiosa, acompanhando-me neste percurso com sabedoria, paciência e dedicação. À Enfermeira supervisora clínica por me ter acompanhado durante o estágio, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional. A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, que me permitiu crescer nesta etapa da minha vida. À minha amada família, pelo apoio incansável e perseverança em momentos difíceis. Por fim, também um agradecimento às pessoas que se encontram em situação de dependência e aos seus aliados Cuidadores Formais, que me revelam a importância do cuidado, da empatia e da proteção.

Um Obrigado, de coração, por tudo o que me proporcionaram. Sou grata por cada momento e lembrança, que, sem dúvida, me acompanharão para o resto da vida.

## **RESUMO**

**Introdução:** As úlceras por pressão ocorrem nos mais diversos ambientes de cuidados, com elevada prevalência, constituindo uma patologia presente em pessoas com dependência na mobilidade; estas quando cuidadas no domicílio são consideradas de alto risco para o desenvolvimento destas lesões o que justifica uma intervenção comunitária neste contexto. A avaliação dos fatores de risco e a implementação de estratégias preventivas são os elementos-chave para a sua evicção.

**Objetivo:** Identificar quais os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos cuidadores formais na prevenção das úlceras por pressão, no cuidado a pessoas com dependência cuidadas no domicílio, e implementar um projeto de intervenção comunitária que contribua para a capacitação destes cuidadores na prevenção deste problema de saúde pública.

**Método:** Com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, dirigido aos cuidadores formais do Serviço de Apoio Domiciliário de um concelho. Procedeu-se à aplicação de instrumentos de recolha de dados, onde se indagou acerca dos conhecimentos, comportamentos e atitudes perante a prevenção das úlceras por pressão.

**Resultados:** Verificaram-se défices de conhecimento da população estudada em questões relacionadas com a prevenção de úlceras por pressão em pessoas dependentes, cuidadas no domicílio. Identificou-se a necessidade de intervenção no sentido da capacitação destes cuidadores para a ação.

**Conclusão:** A articulação entre enfermeiros e instituições sociais, na aposta da formação contínua dos cuidadores formais das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário, revelou ser uma estratégia eficaz. Os cuidadores formais valorizaram a aquisição dos conhecimentos e o treino da prática de cuidados, relacionados com a prevenção das úlceras por pressão, assim como demonstraram interesse em aumentar o seu nível de conhecimentos, por meio de formação contínua, relativamente a outras áreas que contribuem para a melhoria da sua literacia em saúde e capacitação profissional.

**Palavras-chave:** Cuidadores Formais, Úlceras Por Pressão; Capacitação; Envelhecimento, Idoso.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Pressure ulcers occur in various care environments with high prevalence, and are a pathology commonly found in people with mobility dependence. When these individuals are cared for at home, they are at high risk for developing these injuries, which justifies a community intervention in this context. The evaluation of risk factors and the implementation of preventive strategies are key elements for their avoidance.

**Objective:** To identify the knowledge, attitudes, and behaviours of formal caregivers in the prevention of pressure ulcers when caring for people with mobility dependence at home, and to implement a community intervention project that contributes to the training of these caregivers in preventing this public health problem.

**Method:** Based on the Health Planning Methodology, a community intervention project was developed for formal caregivers in the Home Support Service of a municipality. Data collection instruments were used to inquire about their knowledge, behaviours, and attitudes towards the prevention of pressure ulcers.

**Results:** There were deficits in the knowledge of the studied population regarding the prevention of pressure ulcers in dependent people cared for at home. The need for intervention to empower these caregivers to act was identified.

**Conclusion:** The coordination between nurses and social institutions, focusing on continuous training for formal caregivers in Home Support Service teams, proved to be an effective strategy. Formal caregivers valued the acquisition of knowledge and the practice of care related to the prevention of pressure ulcers, and expressed interest in increasing their level of knowledge through continuous training in other areas that contribute to improving their health literacy and professional empowerment.

**Keywords:** Formal Caregivers, Pressure Ulcers, Training, Aging, Elderly.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACES – Agrupamento(s) de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CF – Cuidadores Formais

CS – Centro(s) de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição(ões) Particular(es) de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NUT – Nomenclaturas das Unidades Territoriais

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

REOT – Relatório do Estado do Ornamento do Território

RNCCI – Rede de Cuidados Continuados Integrados

RSA – Rede Social de Apoio

RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

UPP – Úlceras Por Pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCRETUAL</b> .....	21
1.1. ENVELHECIMENTO SOCIODEMOGRÁFICO .....	21
<b>1.1.1. Determinantes Sociais da Saúde no Envelhecimento</b> .....	25
1.2. A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NO DOMICÍLIO .....	28
1.3. RESPOSTAS SOCIAIS DE APOIO À PESSOA COM DEPENDÊNCIA .....	30
<b>1.3.1. Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)</b> .....	34
<b>1.3.2. Cuidados Prestados por Cuidadores Formais, ao Idoso Dependente em Contexto Domiciliário</b> .....	36
1.4. ÚLCERAS POR PRESSÃO E SUA PREVENÇÃO .....	38
<b>1.4.1. Papel dos Cuidadores Formais na Prevenção das Úlceras por Pressão</b> .....	43
<b>1.4.2. Capacitação e <i>Empowerment</i> de Cuidadores Formais (para a Prevenção das Úlceras por Pressão)</b> .....	44
1.5. MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER .....	48
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA</b> .....	52
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO .....	52
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE .....	54
<b>3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	60
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	62
<b>3.1.1. Caracterização Sociodemográfica</b> .....	67
<b>3.1.2. Caracterização da Rede Social de Apoio</b> .....	77
<b>3.1.3. Caracterização da População Alvo e Amostra</b> .....	78
<b>3.1.4. Considerações Éticas</b> .....	79
<b>3.1.5. Instrumento de Colheita de Dados</b> .....	80
<b>3.1.6. Apresentação e Análise dos Resultados do Questionário Aplicado</b> .....	81
<b>3.1.7. Problemas Identificados</b> .....	96
3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES .....	98
3.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	102

3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	103
3.4.1. Pertinência, Vantagens e Desvantagens de cada Estratégia .....	107
3.4.2. Estrutura de Gestão do Projeto .....	109
3.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL .....	111
3.5.1. Execução do Projeto – Atividades .....	111
3.5.3. Cronograma de Atividades .....	118
3.6. MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E FOLLOW UP DO PROJETO .....	118
4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	126
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	127
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA .....	130
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM .....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	137
APÊNDICES .....	152
Apêndice I – Requerimento ao Diretor Executivo de ACES .....	153
Apêndice II – Pedido de Parecer à Comissão de Ética da ARS .....	155
Apêndice III – Email Enviado às Instituições Parceiras .....	197
Apêndice IV – Consentimento Informado .....	200
Apêndice IV – Questionário .....	204
Apêndice V – Diapositivos da Apresentação do Projeto à Equipa da UCC .....	214
Apêndice VII – Diapositivos da Apresentação dos Resultados do Diagnóstico de Situação à Equipa da UCC .....	217
Apêndice VIII – Recursos Didáticos para Exposição da Formação aos CF .....	223
Apêndice IX – Plano de sessão da Formação aos CF .....	234
Apêndice X – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação aos CF .....	236
Apêndice XI – Questionário de Avaliação de Conhecimentos após Sessão de Formação 240	
Apêndice XII – Certificado de Participação na Sessão de Formação .....	244
Apêndice XIII – Poster Digital apresentado em Evento Científico .....	246
Apêndice XIV – Cronograma .....	248
Apêndice XV – Documento de Registo de Presenças .....	250
Apêndice XVI – Grelha de Observação .....	252
Apêndice XVII – Plano de Sessão do <i>Workshop</i> .....	254
Apêndice XVIII – Formulário <i>Google</i> aplicado na Avaliação do <i>Workshop</i> .....	256
Apêndice XIX – Resultados da avaliação do grau de satisfação dos participantes no programa formativo (sessões de formação e <i>workshops</i> ) .....	259

<b>ANEXOS</b> .....	266
Anexo I - <b>Escala de Braden</b> .....	267
Anexo II - <b>Instrumento de Avaliação da Pele</b> .....	269
Anexo III - <b>Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT Parecer 7600/CES/2022</b> .....	271
Anexo IV - <b>Autorização da Enfermeira Coordenadora da UCC</b> .....	273

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Distribuição mundial de população com 60 ou mais anos, 2022 (%). .....	22
<b>Figura 2:</b> Distribuição mundial de população com 60 ou mais anos, 2080 (%). .....	22
<b>Figura 3:</b> Índice de Envelhecimento, em Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções). ...	23
<b>Figura 4:</b> Pirâmides Etárias, Portugal, 2018 a 2025 e 2018 a 2080 (estimativas e projeções). .....	24
<b>Figura 5:</b> Evolução da capacidade das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente: 2000-2020. ....	33
<b>Figura 6:</b> Utentes abrangidos por cuidados prestados pela UCC, freguesias do concelho (%). .....	57
<b>Figura 7:</b> Pirâmide etária do Município em estudo. ....	69
<b>Figura 8:</b> Diagrama de Ishikawa, explicativo dos fatores relacionados com as causas do desenvolvimento de UPP na pessoa com alterações da funcionalidade. ....	101
<b>Figura 9:</b> WBS aplicado ao Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido. ....	110

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> População residente em Portugal com dificuldades por tipo e graus de dificuldade (muita dificuldade/não consegue efetuar a ação), na realização das atividades de vida, Censos de 2021. ....	30
<b>Gráfico 2:</b> Evolução anual das notificações de incidentes de UPP/tipo de entidade (2015-2019). ....	41
<b>Gráfico 3:</b> Incidência de úlceras por pressão na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo comparativamente ao Total Nacional, no 1º semestre dos últimos anos. ....	64
<b>Gráfico 4:</b> Densidade populacional (Número médio de indivíduos por KM2), no concelho em estudo, comparativamente a Portugal, Alentejo e Lezíria do Tejo, nos anos de Censos. ....	68
<b>Gráfico 5:</b> Índice de envelhecimento, nº de idosos por cada 100 jovens. (2001-2021). ....	70
<b>Gráfico 6:</b> Representação do índice de dependência de idosos, no concelho, nos anos de Censos (2001-2021). ....	70
<b>Gráfico 7:</b> Índice de longevidade no concelho, comparativamente ao Alentejo e Portugal. ....	71
<b>Gráfico 8:</b> Índice de dependência de jovens, no concelho em estudo, comparativamente ao Alentejo e Portugal. ....	72
<b>Gráfico 9:</b> Índice de dependência total, no concelho em estudo, comparativamente a Portugal (2001-2021). ....	72
<b>Gráfico 10:</b> Taxa bruta de natalidade, no concelho em estudo, comparativamente ao Alentejo e Portugal (2001-2011). ....	73
<b>Gráfico 11:</b> Taxa bruta de mortalidade, no concelho em estudo, comparativamente ao Alentejo e Portugal (2001-2021). ....	73

<b>Gráfico 12:</b> População ativa no concelho em estudo, total e por grupo etário (2011 e 2021). .....	75
<b>Gráfico 13:</b> Pensões da Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações no total da população residente com 15 e mais anos, em (%), concelho em estudo. ....	76
<b>Gráfico 14:</b> Recursos humanos da saúde no concelho em estudo. ....	76
<b>Gráfico 15:</b> Distribuição segundo as habilitações académicas dos CF. ....	83
<b>Gráfico 16:</b> Distribuição segundo o tempo despendido na deslocação para o trabalho. ....	83
<b>Gráfico 17:</b> Distribuição por frequência de formação contínua na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência.....	86
<b>Gráfico 18:</b> Distribuição por áreas de formação já frequentada pelos CF.....	87
<b>Gráfico 19:</b> Distribuição por opinião acerca da formação para o desempenho das funções laborais. ....	88
<b>Gráfico 20:</b> Distribuição por procura de formação externa à instituição de origem. ....	88
<b>Gráfico 21:</b> Distribuição por hábito de leitura e pesquisa de temas relacionados com o trabalho. ....	88
<b>Gráfico 22:</b> Distribuição por locais de pesquisas temáticas. ....	89
<b>Gráfico 23:</b> Distribuição por temáticas sugeridas para formação.....	89
<b>Gráfico 24:</b> Distribuição por respostas corretas e incorretas relativamente à “Prevenção de Úlceras por Pressão. ....	90
<b>Gráfico 25:</b> Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 1 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP e coloco-os em prática nas visitas domiciliárias”. .....	91
<b>Gráfico 26:</b> Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 2 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP e penso que devo aplicá-los no domicílio dos utentes com uma periodicidade de:” .....	91
<b>Gráfico 27:</b> Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 3 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de tempo:” .....	92

**Gráfico 28:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 4 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de recursos em casa dos utentes (material de apoio para posicionamentos e transferências):” .....92

**Gráfico 29:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 5 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para a avaliar a humidade e coloração da pele de todos os utentes:” .....93

**Gráfico 30:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 6 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração do padrão de atividade dos utentes (passaram a caminhar menos, a estar mais tempo no cadeirão ou na cama):” .....94

**Gráfico 31:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 7 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para a avaliar se houve alteração no padrão de mobilidade dos utentes (se passaram a ter mais dificuldade em alternar ou controlar a posição do seu corpo):” .....94

**Gráfico 32:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 8 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de alimentação dos utentes (se passaram a comer menos refeições, alteração na ingestão de líquidos):” .....95

**Gráfico 33:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 9 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para atuar corretamente perante todas as alterações que identifico, com potencial risco de os utentes desenvolverem UPP:” .....95

**Gráfico 34:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 10 – “Sinto que, na minha prática profissional, identifico a probabilidade de os utentes desenvolverem UPP e reporto a situação à diretora técnica do SAD ou à equipa de enfermagem:” .....96

**Gráfico 35:** Resultado da avaliação do nível de conhecimentos, dos CF, após o desenvolvimento das sessões de formação. ....122

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Freguesias do concelho em estudo, sua população e extensão. ....	53
<b>Quadro 2:</b> Equipa multidisciplinar de profissionais afetos à UCC. Fonte: Adaptado do Manual de Acolhimento da UCC, 2022, consultado em 20 de setembro de 2022. ....	57
<b>Quadro 3:</b> Grupo etário da população abrangida pela UCC em novembro de 2022. ....	58
<b>Quadro 4:</b> Problemas de saúde da população do concelho, identificados pela UCC. ....	63
<b>Quadro 5:</b> Análise SWOT aplicada ao projeto na área da Prevenção das UPP. ....	65
<b>Quadro 6:</b> Equipamentos de apoio social no município (REOT). ....	78
<b>Quadro 7:</b> Distribuição da população-alvo segundo o sexo, idade e estado civil. ....	82
<b>Quadro 8:</b> Distribuição da população-alvo por problemas de saúde que os afetam. ....	84
<b>Quadro 9:</b> Dados da caracterização profissional, relativos a categoria profissional, tipologia de vínculo com a instituição, experiência no cuidado à pessoa com dependência (anos), horas de trabalho semanal realizado e tipologia de horário. ....	85
<b>Quadro 10:</b> Problemas identificados pela aplicação de questionário aos CF de SAD. ....	97
<b>Quadro 11:</b> Metas e indicadores em função dos objetivos. ....	103
<b>Quadro 12:</b> Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia. ....	109
<b>Quadro 13:</b> Descrição das atividades durante a execução do projeto. ....	115
<b>Quadro 14:</b> Intervenientes no projeto e stakeholders. ....	116
<b>Quadro 15:</b> Previsão orçamental do projeto. ....	117
<b>Quadro 16:</b> Indicadores de avaliação do projeto. ....	120

**Quadro 17:** Resultados do treino de técnicas de posicionamento e transferências. ....123

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Tabela 1:** Número de habitantes residentes no concelho em estudo. ....68

**Tabela 2:** Esperança de vida à nascença, região Alentejo comparativamente a Portugal. ....74

**Tabela 3:** Esperança de vida aos 65 anos, Região Alentejo comparativamente a Portugal. .74

**Tabela 4:** Índice de sustentabilidade potencial, concelho em estudo (2001-2021). ....75

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da 6ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, foi proposta a redação do presente relatório de estágio, os quais, estágio e relatório, desenvolvidos com a orientação da Professora Isaura Serra – Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde e Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

O presente relatório pretende constituir um documento científico, apresentando uma descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas no estágio de natureza profissional (seguindo as competências definidas nos estatutos da Ordem dos Enfermeiros), realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), enaltecendo o propósito de realização de um projeto de intervenção comunitária, comunicando o seu desenvolvimento e conclusões. O projeto foi desenvolvido pela Metodologia de Planeamento em Saúde (proposta por Emílio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes), em que empreendemos um diagnóstico da situação de saúde, visando identificar as necessidades em saúde de uma população, procedemos à priorização dos problemas existentes e definimos objetivos. Segundo Tavares, “Em saúde, planejar é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótimas(s) entre várias alternativas, essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1992: 29).

Partindo da metodologia de planeamento em saúde e percorrendo as suas etapas, pretendemos com esse projeto, identificar e avaliar corretamente as necessidades de saúde de uma população e realizar o diagnóstico de enfermagem, com recurso a diversas fontes de informação e estratégias de análise, numa perspetiva epidemiológica, possibilitando a priorização dos problemas e respetiva intervenção comunitária. Assim, tivemos o intuito de desenvolver um projeto de intervenção, com uma filosofia de participação comunitária, suportado nas parcerias estabelecidas na comunidade, num processo de melhoria contínua, através de avaliação e monitorização. A metodologia do planeamento em saúde baseia-se numa análise multisectorial e integrada de uma comunidade. Este tipo de metodologia vem desta forma realçar que o planeamento em saúde requer o

envolvimento de todos os setores sociais e económicos onde a população está inserida e acabam por condicionar o seu estado de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Numa perspetiva conjunta com a unidade acolhedora do estágio, considerámos como prioritária a implementação de um projeto de intervenção comunitária na área da capacitação de Cuidadores Formais (CF), para a prevenção de Úlceras por Pressão (UPP), em pessoas idosas dependentes, em contexto de prestação de cuidados no domicílio (serviço de apoio domiciliário), por constituir uma problemática local já identificada, mas também pelo facto das UPP constituírem um problema de saúde de âmbito alargado, nacional e internacional.

Dados do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2023), segundo os Censos 2021, divulgam que uma das principais tendências ocorridas em Portugal na última década foi o agravamento do “fenómeno de envelhecimento da população, com o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem”. (p. 21).

Associado a esse facto contamos com uma população envelhecida, mais propensa às doenças, devido às alterações físicas e biológicas deste grupo etário. As doenças crónicas não transmissíveis são prevalentes nesta população, a qual possui as maiores taxas de morbilidade e mortalidade. A dificuldade na mobilidade nesta fase da vida também é um problema presente e concorre para o isolamento social e falta de acesso aos bens e serviços, como atendimentos de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação de saúde.

Em idosos com alguma limitação física (pessoas com deambulação prejudicada que passam a maior parte ou o dia inteiro sentadas ou idosos acamados), verifica-se que a precária mobilização associada a outros fatores de risco, torna-os vulneráveis ao desenvolvimento de lesões, como a lesão por pressão (Carvalho et al., 2018).

Este problema de saúde deve ser encarado como suscetível de ser prevenido e não como uma complicação inevitável da doença ou da imobilidade. Para que essa prevenção seja efetiva o papel dos cuidadores, quer sejam informais, formais ou profissionais, deve ser crucial aos níveis do planeamento e execução, de acordo com problemas identificados e continuamente avaliados.

Devido às limitações impostas pelo envelhecimento, que provocam alterações do estado cognitivo e a dependência na realização das atividades diárias, algumas famílias recorrem a instituições para garantir o apoio na realização dessas atividades diárias, no ambiente domiciliar do próprio idoso. Essas instituições oferecem cuidados prestados por equipas de CF, através de um serviço remunerado, auxiliando no atendimento das necessidades de vida diárias dos idosos dependentes.

No apoio ao idoso dependente, o cuidador formal, deve possuir conhecimento que o processo de envelhecimento é acompanhado por alterações tanto a nível cognitivo como biológico, sendo especialmente marcado pelas modificações da pele e estruturas subjacentes (Matos et al., 2016). Os mesmos autores acrescentam que se torna fundamental para a prestação de cuidados de excelência, que os cuidadores formais aprimorem os seus conhecimentos através de capacitação relacionada com a prevenção de lesões na pele do idoso, como as úlceras por pressão, de forma a focalizar cuidados que englobem desde a manutenção da integridade da pele, a prevenção da capacidade funcional à prevenção do agravamento do estado de saúde/doença (Matos et al., 2016).

Esta problemática merece a melhor atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que possui o perfil e as competências especializadas para o acompanhamento e gestão de cuidados, como por exemplo garantir a melhoria da literacia em saúde, importante na saúde das pessoas em geral, mas em especial aquela que é dirigida aos CF de pessoas com dependência, visando estratégias educacionais para os instruir, a fim de serem colaboradores determinados na prevenção das UPP, pela adoção de medidas com evidência científica.

Neste entendimento, ao desenvolver um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia de planeamento em saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, vai de encontro ao emanado pela Ordem do Enfermeiros (OE 2018a), que refere que este enfermeiro/a, desenvolve uma prática centrada na comunidade, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, com uma elevada capacidade de resposta às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando-lhes ganhos efetivos em saúde.

De acordo com as afirmações de Melo (2020), a capacitação é uma iniciativa que visa o aprimoramento das habilidades individuais, constituindo uma etapa crucial no contexto do empoderamento comunitário. Este último conceito pode ser compreendido como um processo em que as pessoas, seja individualmente ou em grupo, procuram desenvolver estratégias para resolver problemas e tomar decisões de forma autónoma.

Foi neste sentido que o projeto de intervenção comunitária implementado durante o estágio teve como objetivo geral:

**Capacitar os cuidadores formais, das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário do concelho, para a prevenção de úlceras por pressão, nas pessoas com dependência.**

Promover a capacitação de cuidadores formais, mas também sensibilizar as entidades locais detentoras de respostas e equipamentos sociais, tal como outros parceiros da comunidade e

famílias, para a relevância e impacto deste problema de saúde e conjuntamente criar condições para a realização das intervenções que o mesmo contempla, foram aspetos que se mantiveram no nosso horizonte desde o início do desenvolvimento do projeto.

A redação deste relatório encontra-se dividida em 4 capítulos.

Após uma breve introdução, prosseguimos com um primeiro capítulo onde pretendemos apresentar o enquadramento teórico que sustentou a importância da temática trabalhada.

Num segundo capítulo, apresentamos uma caracterização do contexto do projeto de intervenção comunitária.

Ao longo do terceiro capítulo, tratamos as etapas da metodologia de planeamento em saúde: o diagnóstico de situação, com a caracterização sociodemográfica da população geral da região, caracterização da população alvo do projeto, as considerações éticas aplicadas e instrumentos de colheitas de dados utilizados no conhecimento dessa mesma população, apresentamos os resultados, identificamos os problemas e priorizamos aquele sobre o qual seguiríamos a agir. Definimos os objetivos e respetivas metas, apresentamos a seleção de estratégias e preparação operacional onde descrevemos as atividades planeadas/executadas, apresentamos os *stakeholders* e relatamos os recursos humanos e materiais envolvidos, a análise orçamental e a divulgação do projeto. A última etapa refere-se à monitorização e avaliação do projeto, onde descrevemos os indicadores de processo e resultado.

Num quarto capítulo, de forma a refletir sobre as competências adquiridas, apresentamos uma análise crítica sobre o trabalho que desenvolvemos e as competências do Enfermeiro Especialista adquiridas durante o processo académico, assim como as competências de Mestre em Enfermagem e as do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Numa parte final, apresentamos uma análise reflexiva e conclusiva do relatório, com uma síntese das aprendizagens, limitações encontradas, e sugestões futuras. O trabalho finda com a apresentação das referências bibliográficas.

O presente documento foi redigido de acordo com a estrutura e normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos do 6º Curso de Mestrado em enfermagem em Associação. As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a Norma de referênciação *American Psychological Association (APA)* – 7ª Edição, e o trabalho redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Com a finalidade de melhor se compreender a problemática e as estratégias e atividades planejadas para lhe dar resposta, precedemos ao enquadramento teórico e à explanação de alguns conceitos.

### **1.1. ENVELHECIMENTO SOCIODEMOGRÁFICO**

Envelhecer pode ser definido como o processo de mudança progressiva na estrutura biológica, psicológica e social de cada pessoa. Para fins estatísticos, os idosos são normalmente colocados em grupos etários específicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define como idosas as pessoas com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos, nos países desenvolvidos. No entanto, o envelhecimento acontece durante todo o ciclo vital, desde que nascemos até ao momento em que morremos (WHO, 1999).

Ao longo das últimas décadas temos assistido a alterações demográficas traduzidas pelo aumento significativo do envelhecimento populacional no mundo, consequência de um duplo efeito: aumento da esperança de vida e a queda da fecundidade (Santos et al., 2018). O número de pessoas que integra a faixa etária da ‘população idosa’ cresceu consideravelmente, e dentro desta categoria de idades, também se acentuou o aumento das pessoas com 85 ou mais anos de idade.

A diminuição da fertilidade e o aumento da longevidade são os principais impulsionadores do envelhecimento da população. O índice de fecundidade tem vindo a diminuir consideravelmente nos últimos 30 anos, ficando muitos países severamente abaixo do nível de substituição de gerações.

No entanto, a migração internacional constitui também um fator decisivo na demografia do envelhecimento, originando discrepâncias nas faixas etárias de alguns países (ONU, 2019).

O processo do envelhecimento demográfico acontece um pouco por todo o mundo. Em 2019,

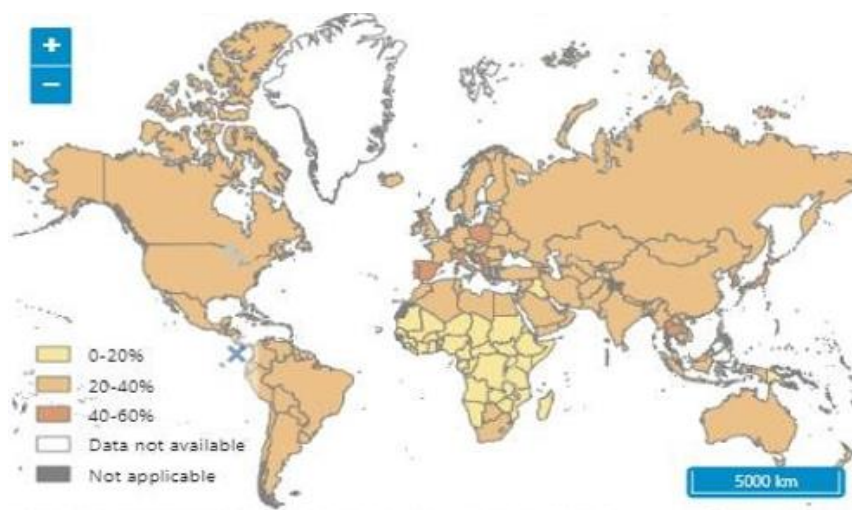
a Organização das Nações Unidas (ONU), segundo o disposto no relatório *The World Population Prospects*, alertou que, até 2050, 16% da população mundial terá mais de 65 anos.

Abaixo encontramos, na figura 1 e figura 2, representações da distribuição mundial de pessoas com mais de 60 anos, relativamente ao ano de 2022 e às projeções para 2080, respetivamente.



**Figura 1:** Distribuição mundial de população com 60 ou mais anos, 2022 (%).

**Fonte:** WHO, 2020, consultado a 10 de novembro de 2022. (<https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/percentage-of-total-population-aged-60-years-or-over>)



**Figura 2:** Distribuição mundial de população com 60 ou mais anos, 2080 (%).

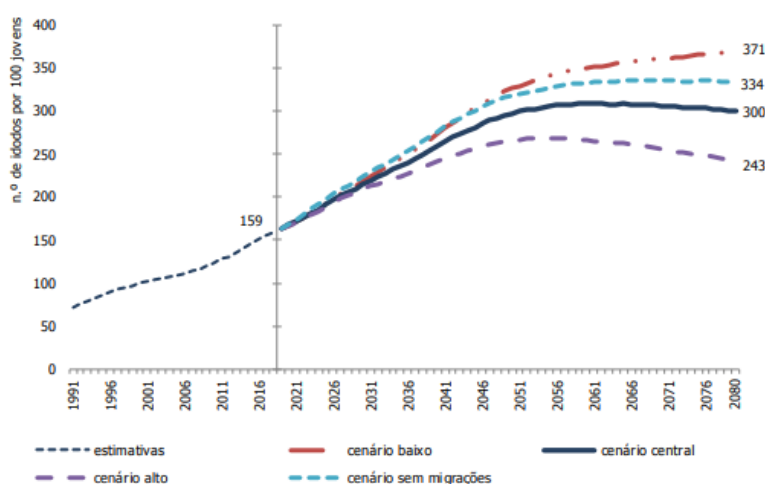
**Fonte:** WHO, 2020, consultado a 10 de novembro de 2022. (<http://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicatorexplorernew/mca/percentage-of-total-population-aged-60-years-or-over>)

Detém atualmente a Europa a maior percentagem de população com 60 ou mais anos de idade (25%). Este é um fenómeno que não se visualiza meramente na Europa, prevendo-se que todas as

regiões do mundo, até 2050, exceto África, terão cerca de um quarto ou mais das respectivas populações, com mais de 60 anos de idade. Globalmente, também se prevê que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplicará até 2050 (ONU, 2019).

À imagem do que se assiste na Europa, também em Portugal, o número de idosos não parará de aumentar estimando-se, segundo dados do INE, que em 2080 a maioria da população tenha mais de 50 anos, verificando-se igualmente uma prevalência maior dos idosos com mais de 80 anos (Melo, 2020).

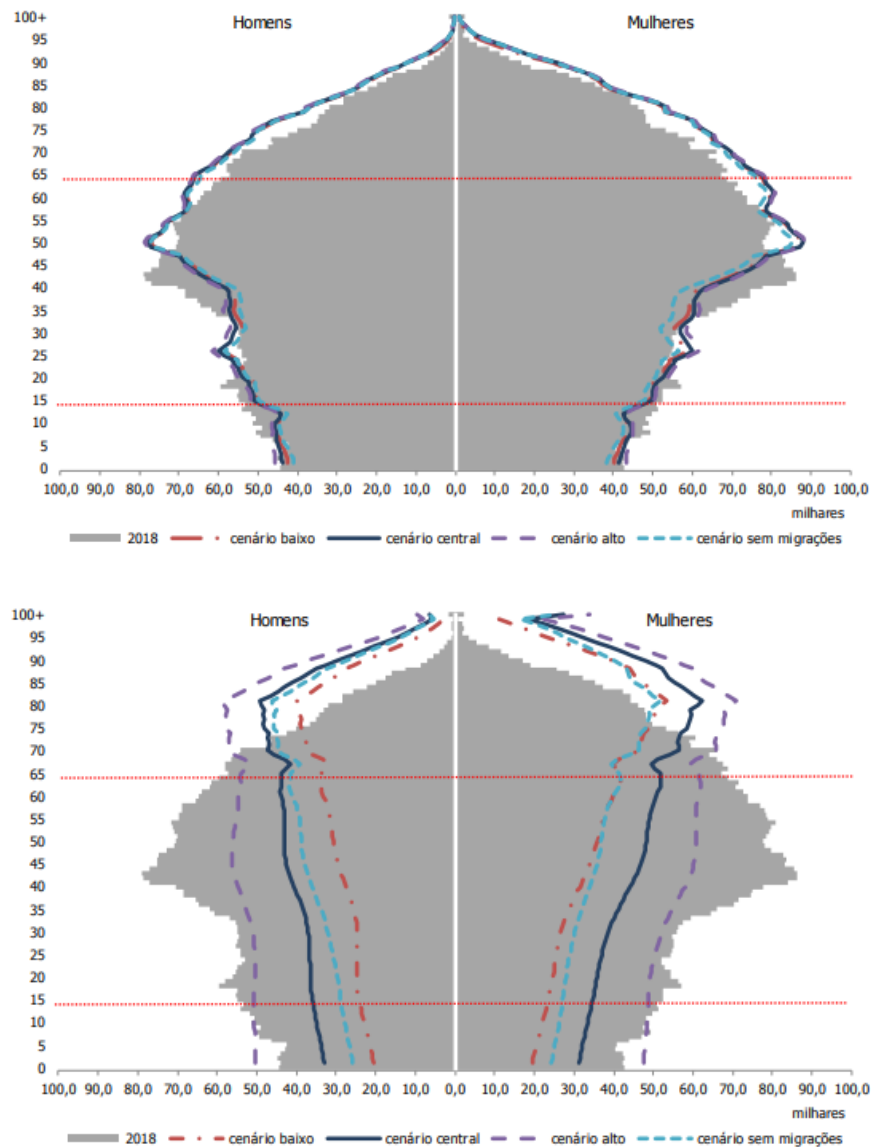
As projeções do INE (2020a) indicam que, num cenário central, Portugal irá perder população, passando dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas, entre os anos de 2018 e 2080. Em consequência deste fenómeno, o índice de envelhecimento em Portugal duplicará até 2080, passando dos atuais 182 (previsões), para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020a), conforme se analisa na figura 3, abaixo apresentada. Note-se que este índice era de 128 em 2011 e 102 em 2001 (INE, 2021a).



**Figura 3:** Índice de Envelhecimento, em Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).

**Fonte:** INE, 2020a, consultado a 11 de novembro de 2022. ([https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt))

Nas últimas décadas a estrutura da pirâmide etária em Portugal alterou-se, estreitando a sua base e alargando o seu topo, o que se traduz numa pirâmide invertida. Constata-se cada vez mais que o número de idosos aumenta de ano para ano e vem alterar os perfis demográficos e, com isso, questionam-se as relações entre gerações, que colocam desafios acrescidos e renovados, (INE, 2018), também no nosso país. Em baixo podemos observar a representação da pirâmide etária para Portugal em 2018, comparativamente ao estimado para 2015 e para 2080, figura 4.



**Figura 4:** Pirâmides Etárias, Portugal, 2018 a 2025 e 2018 a 2080 (estimativas e projeções).

**Fonte:** INE, 2020a, consultado a 11 de novembro de 2022. ([https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUES-modo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUES-modo=2&xlang=pt))

“O resultado da conjugação das tendências de declínio e envelhecimento demográficos encontra-se bem evidenciado na evolução das pirâmides etárias para Portugal, ao longo do período de projeção” (INE, 2020a, p.9), acentuando-se os desequilíbrios já identificados, nomeadamente a insuficiente população jovem e o acréscimo da população idosa. Estima-se que em 2025 a população variará entre 10,3 e 10,6 milhões, como se pode constatar da análise da pirâmide etária. Por sua vez, na pirâmide etária referente a 2080, verifica-se um aumento bastante significativo no número de idosos, cenário que perspetiva uma população muito envelhecida.

Em Portugal, a demografia tem sofrido alteração semelhante ao que se observa a nível

mundial, ao longo dos anos, visto que se tem registado um elevado envelhecimento da população, com uma diminuição da população jovem, com menos de 15 anos.

O fenómeno aqui retratado tem a sua explicação relacionada a diversos fatores, que têm vindo a permitir o aumento da esperança média de vida, como a melhoria das condições nutricionais, os avanços na área da medicina, a evolução tecnológica, as melhorias no apoio social e de assistência, melhorias nas condições de higiene e procura de estilos de vida mais saudáveis.

O envelhecimento é um fenómeno multifatorial e multidimensional que envolve aspetos de vária ordem, nomeadamente demográficos, económicos, sociais e familiares, e determina uma abordagem integrada e articulada ao nível de uma política global. O Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental da Organização Mundial de Saúde (ONU) refere, a respeito do envelhecimento populacional, que este se encontra na iminência de ser uma das transformações sociais com mais impacto neste século, possuindo implicações transversais a todos os setores da sociedade, no mercado laboral e financeiro, na procura de bens e serviços, nos transportes, na proteção social, nas estruturas familiares e laços intergeracionais (ONU, s.d.).

Efetivamente tem vindo a ser assumido o envelhecimento demográfico como um dos grandes desafios das sociedades contemporâneas, por todas as consequências que daí advêm.

As alterações sociais ocorridas nos últimos cinquenta anos relacionam-se com o aumento demográfico das pessoas idosas, sendo este um fenómeno ainda em crescimento em todas as sociedades economicamente desenvolvidas.

O aumento da esperança média de vida, a par da diminuição da natalidade, gera uma assimetria no equilíbrio das sociedades, sendo emergente pensar o futuro, de forma a responder aos constantes desafios que este fenómeno acarreta (Rodrigues, 2018).

### **1.1.1. Determinantes Sociais da Saúde no Envelhecimento**

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. O processo fisiológico do envelhecimento conduz a um declínio gradual dos sistemas do organismo humano.

O ser humano desenvolve as suas capacidades ao longo da vida, atingindo o apogeu entre os 20 e os 30 anos de idade, sendo a partir daí que se inicia o decaimento, pouco a pouco, durante os anos subsequentes, permitindo ocorrer o envelhecimento funcional. Este é um processo fisiológico lento, inevitável, e a sua intensidade depende de vários fatores (Paixão et al.,2022).

O fenómeno do envelhecimento implica também uma série de fatores sociais, culturais e epidemiológicos, uma vez que é nos idosos que a prevalência de incapacidade e comorbilidades é maior, conduzindo ao isolamento social e a uma significativa diminuição na participação comunitária e mesmo familiar (Boff & Gregory, 2019).

Os determinantes em saúde, que levam à condição de envelhecimento, não se traduzem de forma igual porque nem todas as pessoas expostas ao mesmo agente respondem do mesmo modo. Também seria simplista considerar o impacto de cada condição de forma independente porque o envelhecimento é associado ao risco de sofrer mais do que uma condição crónica ao mesmo tempo (multimorbilidade). Por exemplo, na Alemanha, aproximadamente 1/4 dos adultos maiores entre 70 e 85 anos de idade apresenta 5 ou mais doenças concomitantemente (OMS, 2015). O impacto da multimorbilidade no funcionamento, utilização de instalações de saúde e custos é muitas vezes significativamente maior do que poderia ser esperado dos efeitos individuais dessas condições.

Pelo exposto supra, percebemos a importância dos determinantes sociais da saúde no processo de envelhecimento.

A OMS define Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como sendo “os fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde. São as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária. Essas forças e sistemas incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos.” (“OMS”, s.d., para. 1)

Na década de 70, na Conferência de Alma-Ata, recorrendo-se à máxima “Saúde para todos no ano 2000”, resgatou-se o enfoque sobre o tema dos determinantes sociais. Mais tarde, com a finalidade de se promover, no âmbito internacional, uma tomada de consciência para a importância dos DSS que influenciam a vida dos indivíduos, além de travar uma contenda sobre as iniquidades em saúde por estes geradas, a OMS, em 2005, criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*).

Com o conhecimento dos DSS é possível criar modelos que apresentem a relação entre as desigualdades sociais e o seu impacto na saúde das pessoas, nomeadamente no processo de envelhecimento e seus condicionalismos físicos, psicológicos e sociais (Gabira et al., 2019).

Pelas razões acima elencadas, os DSS têm aparecido como objeto de análise em diversos estudos relacionados com o envelhecimento. A importância de estudar os DSS dos longevos, os quais manifestamente influenciam, de forma positiva ou negativa, o decurso da sua longevidade,

está intimamente relacionada à inversão da pirâmide etária (Mendes et al., 2018) e com o envelhecimento populacional cada vez mais presente na sociedade.

Um dos pontos essenciais, do estudo dos DSS, é garantir a equidade em saúde e avançar no sentido de reduzir as iniquidades em saúde durante o envelhecimento, com a construção de políticas que incluam ações redutoras de desigualdades sociais e estratégias que visem prolongar a vida humana com qualidade, autonomia e independência (Campos & Gonçalves, 2018).

Diversos estudos verificam a associação dos DSS na dependência funcional de idosos. Por exemplo, Paixão et al. (2022), objetivou verificar se a dependência e a independência funcional se encontram relacionados com determinados DSS a que um grupo amostra de idosos foi exposto no decurso das suas vidas. A idade parece importante para nivelar a dependência funcional, já que no estudo referido, os idosos mais jovens (60 a 69 anos), foram os mais frequentes no grupo dos independentes, enquanto no grupo de idosos dependentes prevaleceu a faixa etária com mais de 80 anos de idade. Estes autores reforçam a associação da idade com a dependência funcional, tendo em vista que o processo degenerativo natural do envelhecimento ainda não estará tão avançado nos idosos mais jovens.

Ainda no mesmo estudo, verificou-se que no sexo feminino prevaleceu a dependência funcional, reforçando achados nos estudos de Figueiredo (2019), que refere que as idosas possuem maior risco de incapacidade funcional devido à sobrevivida, relativamente aos homens e ligeira incapacidade apresentada já na vida adulta, ligada a doenças do foro mental, como depressões.

No estudo de Paixão et al. (2022) outros determinantes foram estudados e relacionados com a dependência dos idosos: maior prevalência de idosos viúvos no grupo dos dependentes, suportando a ideia de que os idosos viúvos se tornam, conseqüentemente, mais solitários, afetando o seu estado físico, mental e nutricional, comprometendo a sua alimentação e adesão ao regime terapêutico, tornando-os, dessa forma, gradualmente mais dependentes. O mesmo autor ainda realça que o sedentarismo também estará intrinsecamente relacionado com a incapacidade funcional e subseqüentemente à dependência.

O grau de escolaridade, também estudado, mostra que quanto mais anos de escolaridade os idosos detém, menor a sua dependência funcional, corroborando outro estudo, de Cavalcanti et al. (2018), que afirma que esse facto gera impactos significativos na qualidade do envelhecimento, suportando que quanto maior o nível de instrução, maiores são os recursos para cada idoso se adaptar às mudanças advindas do envelhecimento; tal como uma baixa escolaridade ou analfabetismo, compromete o acesso à saúde e condiciona a adoção de comportamentos mais saudáveis.

A participação do idoso em redes comunitárias é um fator importante na construção de um envelhecimento ativo e independente (Figueiredo, 2019). A participação em grupos permite a interação social, o que influencia positivamente os aspetos físicos e psicológicos dos indivíduos.

Em resumo, muitos contributos literários expressam a necessidade de intervir nas iniquidades em saúde e nos mecanismos pelos quais as condições do contexto social afetam a saúde no envelhecimento e podem ser modificadas por ações específicas sobre os DSS, como os salários, educação, ocupação, estrutura familiar, disponibilidade de serviços, saneamento, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde, entre outras.

Salientamos que é neste grupo etário, mais idoso, que se torna mais frequente o aparecimento de situações de dependência que, encontrando ou não suporte na solidariedade familiar ou social, determinam a necessidade de um apoio formal plurisectorial e multidisciplinar. O maior problema do envelhecimento é a perda de autonomia que tem como consequência o aumento da dependência a qual constitui um assunto delicado para as famílias e para políticas sociais do país.

Indubitavelmente, as mudanças nas estruturas e dinâmicas, quer familiar quer social, levam a que se recorra cada vez mais a instituições especializadas para a satisfação das necessidades das pessoas idosas (Guerra et al., 2019), nomeadamente no que concerne à dependência.

## 1.2. A PESSOA COM DEPENDÊNCIA NO DOMICÍLIO

O aumento crescente de idosos em Portugal tem levado as políticas de saúde a cada vez mais privilegiarem a manutenção destes no seu domicílio. “Esta atitude está relacionada com a necessidade de melhorar a qualidade de vida do doente e de otimizar os custos sociais e económicos” (Sequeira, 2018, p. 165). De acordo com o mesmo autor, a permanência do idoso em seu domicílio traz benefícios em termos de autonomia, promoção da qualidade de vida, manutenção do ambiente familiar, com a presença dos cuidadores informais que procuram apoiar nas necessidades de autocuidado do idoso dependente. Pode ler-se na mesma obra:

“A necessidade de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas aumentaram de forma exponencial nos últimos anos e continuarão seguramente a aumentar nos próximos anos, em consequência de vários fatores, dos quais se destacam: Envelhecimento demográfico da população (...) maior longevidade; os progressos da medicina (...). As dificuldades de apoio informal em função da alteração dos modelos de família e da incorporação da mulher no mercado de trabalho”. (Sequeira, 2018, p. 5)

À medida que a idade avança, as necessidades do indivíduo tendem a aumentar, o que pode levar a uma maior dependência. Embora ser idoso não signifique necessariamente ser dependente, é inegável que a incidência de doenças crónicas e dependência funcional é mais frequente nessa faixa etária (Guerra et al., 2019).

“A estimativa da percentagem de pessoas que referiram ter alguma limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde permite avaliar se o aumento da esperança de vida é acompanhado ou não de um aumento de tempo vivido em boa saúde” (INE, 2021b, p. 2). Constatou-se, no entanto, que de acordo com os dados obtidos em INE (2021b), no período referente aos últimos cinco anos, o indicador da esperança de vida saudável aos 65 anos reduziu, visto que, em 2019, Portugal continuava a ser um dos países da Europa com uma proporção elevada de pessoas com limitações na concretização das atividades instrumentais de vida diária, situando-se a esperança de vida saudável aos 65 anos em 7,3 anos, valor inferior à média da União Europeia (10,3 anos). Este indicador é superior no caso dos homens, na medida em que, apesar de se verificar que as mulheres vivem mais anos, os mesmos são vividos com menos saúde.

Além do envelhecimento e de todas as condições discutidas anteriormente a diminuição ou perda da funcionalidade reflete o prejuízo da capacidade de realizar as atividades diárias e viver de forma independente. Como é conhecido, muitos dos idosos perdem capacidades na funcionalidade motora tornando-os pessoas em situação de dependência. Esta pode ocorrer por diversos motivos, desde a inatividade, doença, ou simplesmente por envelhecimento fisiológico.

Como pessoa em situação de dependência entende-se:

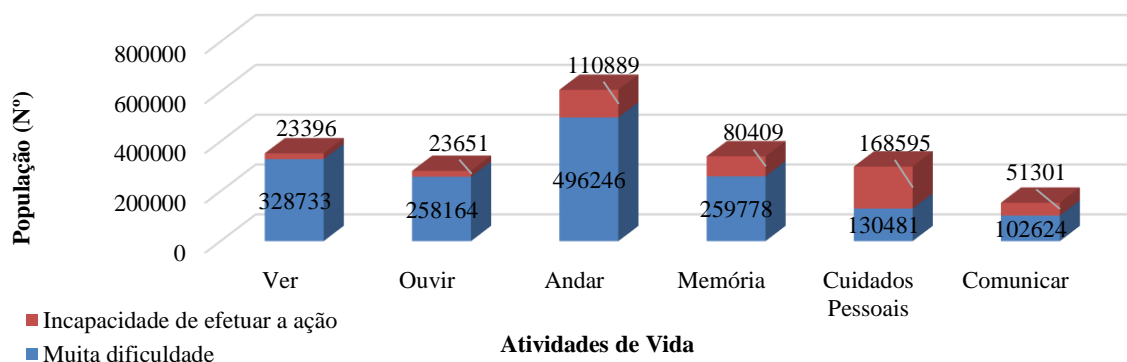
“Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária.” (Diário da República n. 109 de 6 de junho de 2006, Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3857)

Quando a dependência se manifesta, ocorre uma mudança significativa na vida do indivíduo devido à diminuição das suas capacidades individuais e ao aparecimento de um défice de autocuidado, em que as exigências de cuidado excedem consideravelmente a capacidade do idoso de lhes dar resposta. Nessa fase, torna-se indispensável o apoio de terceiros para fornecer o autocuidado necessário.

O suporte informal e formal é um aspeto crucial para atender às necessidades de autocuidado do idoso, que muitas vezes exigem assistência vinte e quatro horas por dia. Esses tipos de suporte desempenham um papel fundamental na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso.

Além do suporte da rede familiar, o papel dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, também é importante na capacitação do autocuidado tanto da pessoa idosa quanto do prestador de cuidados, conforme destacado por Sequeira (2018).

Abordando as limitações no autocuidado e bem-estar, o gráfico 1 mostra-nos as dificuldades sentidas pela população portuguesa na realização das atividades de vida. Sendo que a dificuldade na mobilidade (andar) é a atividade com maior expressão de entre as atividades abordadas, seguida da dificuldade na visão e logo depois da memória e audição. A incapacidade de efetuar a atividade é mais expressiva na realização dos cuidados pessoais (nos quais se insere a higiene pessoal).



**Gráfico 1:** População residente em Portugal com dificuldades por tipo e grau de dificuldade (muita dificuldade/não consegue efetuar a ação), na realização das atividades de vida, Censos de 2021.

**Fonte:** INE (s.d.), consultado em 22 de novembro de 2022 ([https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_populacao&xpid=CENSOS21](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21)).

É na sequência destas incapacidades ou limitações que, quando as exigências de autocuidado são superiores às habilidades que a pessoa possui, tanto as pessoas com dependência como os seus cuidadores informais procuram as instituições com respostas sociais.

Os CF destas instituições, podem proporcionar o apoio ou ajuda no sentido de compensar as limitações e empoderar as pessoas e/ou cuidadores para prestar cuidados com qualidade e obter ganhos em saúde.

### 1.3. RESPOSTAS SOCIAIS DE APOIO À PESSOA COM DEPENDÊNCIA

O risco de vulnerabilidade e isolamento social associado aos idosos, levou a OMS, a reconhecer o apoio social, onde se inclui as redes de apoio social e o suporte social, como um importante

fator na prevenção do isolamento social e como uma medida necessária para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo (WHO, 2002).

Em Portugal, há redes de apoio nos serviços de saúde e sociais disponíveis para os cuidadores informais solicitarem ajuda. Esse suporte inclui ajuda nos cuidados diários e é fornecido por serviços estatais da segurança social, organizações locais em nível de concelho ou freguesia, criadas para servir a população idosa, tais como lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio.

Além dessas, existem instituições privadas de solidariedade social ou associações profissionais que também recebem algum tipo de apoio estatal. No conjunto, todas essas instituições garantem algum tipo de suporte que o cuidador informal pode procurar, sendo, portanto, estruturas muito valorizadas.

As respostas sociais no âmbito do apoio a pessoas idosas englobam, em Portugal, e em concordância com o Decreto-Lei n.º 99/2011 (2011), centros de convívio, centros de dia, centros de noite, lar de idosos e residências.

Segundo a Segurança Social, atualizada no dia 15 de abril de 2021, são sete as respostas sociais que visam responder às necessidades da população idosa.

*Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)* - Serviço prioritário para pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas em situação de dependência. Equipa que presta cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

*O Centro de Convívio* - Resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

*O Centro de Dia* - Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 ou mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.

*O Centro de Noite* - Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que

por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

*O Acolhimento Familiar* - Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

*Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)* - Resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos.

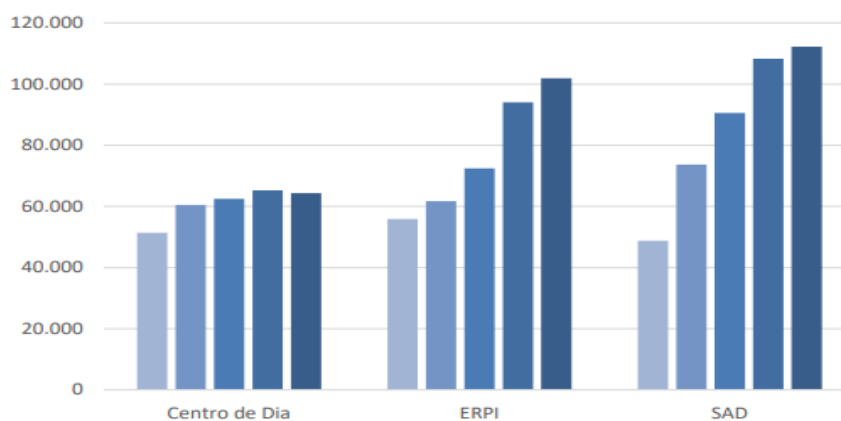
*Centro de férias e lazer* - Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

Estas respostas visam atender e acolher pessoas idosas que se encontrem numa situação familiar, social, económica e de saúde que não permita resposta alternativa, proporcionando os serviços adequados às mesmas.

De acordo com a Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2021), os equipamentos de resposta social dirigidos aos idosos com maior representatividade são as ERPI, os Centros de Dia e os Serviços de Apoio Domiciliário. Define a Carta Social que,

“Para além da satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) dos utentes, as respostas destinadas a esta população-alvo visam a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência da pessoa idosa e de esta se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição”. (Carta Social, 2021, p. 46).

O crescente envelhecimento demográfico e aumento da esperança média de vida têm sido acompanhados por um aumento do número de equipamentos/instituições de resposta social dirigidos às pessoas idosas, que registaram um crescimento de 53%, entre 2000 e 2020, que ascende a 160% se consideradas apenas as principais respostas (ERPI, Centro de Dia e SAD), traduzindo um aumento superior a 2700 novas respostas. As respostas ERPI e SAD foram as que, neste domínio, mais cresceram no período de 2000 a 2020 (176% e 170%, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta. Em 2020, contabilizaram-se na totalidade de respostas, para esta população alvo, mais de 300.000 lugares no Continente, dos quais 278.529 lugares em Centro de Dia, ERPI e SAD (Carta Social, 2021). A figura 5, apresenta-nos a evolução da capacidade das três principais respostas sociais, no período de 2000 a 2020.



**Figura 5:** Evolução da capacidade das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente: 2000-2020.

**Fonte:** Gabinete Estratégia e Planeamento – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2021. CARTA SOCIAL Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2020. (<https://www.cartasocial.pt/relatorios>)

“O SAD constitui a resposta, no conjunto das principais respostas que visam o apoio a pessoas idosas, com maior oferta de lugares (40% do total) totalizando 112.272 lugares em 2020” (Carta Social, 2021).

Os cuidados prestados pela rede de apoio social e de saúde, incluindo o SAD e os cuidados de enfermagem disponíveis na comunidade, são fundamentais para responder às necessidades das pessoas idosas dependentes e garantir a articulação e a continuidade dos cuidados por toda a equipa.

Para garantir que a equipa possa atender adequadamente às necessidades da pessoa dependente, o enfermeiro deve reconhecer o cuidador como um elemento integrante dos cuidados prestados, como afirmam Martins et al. (2016). O enfermeiro deve estar preparado para orientar os cuidadores de acordo com as necessidades identificadas, expressas ou observadas, a fim de fornecer o suporte essencial ao cuidador na tarefa de cuidar da pessoa idosa. Essa orientação tem como objetivo ser uma ponte de apoio para garantir a qualidade do cuidado prestado.

Cuidar de uma pessoa idosa em casa pode ser uma tarefa muito exigente e que não depende somente da disponibilidade das famílias. Sem uma boa assistência da rede de apoio, tanto formal como informal, essa tarefa pode tornar-se árdua e pesada, colocando em risco a qualidade dos cuidados prestados. Para fazer face à permanência da pessoa idosa no domicílio, é fundamental que sejam assegurados os necessários apoios formais e informais, de forma a preservar a intimidade e dignidade que a pessoa necessita em relação ao seu cuidado em saúde.

### 1.3.1. Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Os países da OCDE, na qual se integra Portugal, e mediante fontes públicas e privadas de financiamento, procuram facultar um conjunto de respostas sustentáveis que possam colmatar a procura de serviços destinados à população idosa. Ainda que a necessidade da existência de um cuidador familiar, na qualidade de cuidador informal, não seja suprimida, garantem alternativas de assistência domiciliar e modalidades institucionais que com respostas intermédias entre a institucionalização e a permanência do idoso sob cuidados exclusivamente informais, servindo de exemplo os centros de dias e os serviços de apoio domiciliário (OCDE, 2013).

O SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas de forma a permitir a permanência nos seus domicílios. Estes cuidados são complementares ao autocuidado da pessoa ou àqueles prestados pelos cuidadores informais.

Foi no final dos anos setenta que teve início em Portugal o serviço de apoio domiciliário para as pessoas idosas, mas só a partir do final da década de noventa, com a adoção de políticas efetivas, se tornou mais evidente no apoio aos idosos.

Segundo a Portaria nº 38/2013, de 30 de janeiro, que estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, este destina-se a apoiar pessoas em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Constituem objetivos do SAD,

“a) Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; b) Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; c) Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; d) Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; e) Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização; f) Facilitar o acesso a serviços da comunidade; g) Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.” (Diário da República, 1ª série, N°21, p. 605)

O SAD pode assegurar serviços, designadamente:

“a) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; b) Apoio psicossocial; c) Confeção de alimentos no domicílio; d) Transporte; e) Cuidados de imagem; f) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; g) Realização de atividades ocupacionais.” (Diário da República, 1ª série, N°21, p. 606)

Este serviço do âmbito social, aposta numa longevidade potencialmente mais saudável, possibilitando a permanência da pessoa idosa/dependente mais tempo em sua casa. O Serviço de Apoio Domiciliário visa proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento individual dos utentes, num clima de segurança afetiva, física e psíquica.

“Esta resposta é considerada, por muitas pessoas em situação de dependência, como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afectos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores (...).” (Manual de Processos-Chave Serviço de Apoio Domiciliário, 2011, p. 2)

O SAD tem vindo a proporcionar uma alternativa à institucionalização, ou o retardamento da mesma, promovendo um acompanhamento de proximidade, permitindo que o cuidador formal não dirija a sua atenção apenas no utente e nos seus problemas e tenha em consideração o agregado familiar e as suas potencialidades, articulando-as com as respostas sociais, desenhando soluções à medida de cada situação em particular.

Na sua pesquisa, Ribeirinho (2017), apresentou um trabalho sobre as equipas técnicas do SAD que se pretendem,

“(...) interdisciplinares, com responsabilidades de gestão e organização do SAD, designadamente na coordenação das equipas prestadoras (ajudantes familiares), bem como no acompanhamento social dos indivíduos/famílias utentes desta resposta social, assegurando a qualidade dos serviços prestados. (Ribeirinho, 2017, p. 234).

A mesma autora acrescenta, referindo-se a estas equipas de profissionais:

“(...) implica uma intervenção transversal, territorializada interdisciplinar, que coloque as pessoas como centro e motor da intervenção, sujeito de direitos e deveres, no respeito pelas suas diferenças, especificidades, capacidades, percursos, potencialidades e competências, afirmando o seu direito à liberdade de escolha, autodeterminação e participação activa no seu processo de mudança” (Ribeirinho, 2017, p. 234)

E esta é de facto a resposta social que permite que os idosos permaneçam nas suas casas com o máximo de qualidade de vida. E, na verdade, esta Resposta Social tem vindo a ser repensada com vista a ser a resposta do futuro para as pessoas idosas. Pois, tal como nos diz Estevão (2017), “atualmente as instituições de apoio à terceira idade tentam integrar uma resposta social que permita aos idosos terem algum tipo de assistência sem a necessidade de institucionalizá-los” (p.17).

Segundo Fonseca (2018), tudo se parece encaminhar para o desenvolvimento do cuidado no domicílio, através de diversos serviços, como serviços de apoio domiciliário,

cuidados de saúde no lar, hospitalização domiciliária, cuidados paliativos domiciliários, programas de nutrição e serviços de apoio para cuidadores e familiares.

### **1.3.2. Cuidados Prestados por Cuidadores Formais, ao Idoso Dependente em Contexto Domiciliário**

Promover a qualidade de vida através da satisfação das necessidades essenciais é uma das principais responsabilidades do ato de cuidar (Chambel, 2016). De acordo com São José (2016), cuidar envolve uma relação de interconexão e interdependência entre o cuidador e a pessoa cuidada, com o objetivo final de promover o bem-estar, independentemente do ambiente ou contexto em que ocorra. Essa relação pode ser de natureza familiar, social, governamental ou de outra natureza.

De acordo com Antón (2016), o ato de cuidar acompanha todo o ciclo vital, dado que “somos cuidados a partir do nascimento, durante a adolescência, a idade adulta, à medida que vamos envelhecendo e, de um modo muito especial, quando adoecemos, no fim da vida e na morte” (p. 13).

Podemos dizer que cuidar de pessoas idosas é uma atividade que implica auxiliar o idoso, que pode estar incapacitado física ou mentalmente, total ou parcialmente, a realizar as suas atividades de vida diárias e a cuidar de si mesmo, com o objetivo de garantir a sua dignidade e sobrevivência, bem como a preservação da sua qualidade de vida (Miranda, 2020).

A família é o grande suporte das pessoas idosas, considerada a principal prestadora de cuidados e apoio às mesmas. Porém, num mundo em plena transformação, vão surgindo novas solicitações à família, principalmente a vida profissional que na maioria das vezes leva a que estas não tenham tempo para cuidarem integralmente, de todos os aspetos do autocuidado, dos seus familiares.

Por forma a prolongar a sua permanência no domicílio e, atendendo a que os idosos dependentes necessitam da presença de outra pessoa que os auxilie na execução das atividades cotidianas, quando não conseguem tomar decisões e gerir a própria vida, surge a necessidade da prestação de cuidados formais que são confiados a instituições.

As famílias portuguesas têm sido responsáveis pelos cuidados à pessoa idosa dependente, incluindo cônjuges, pais ou filhos. No entanto, nos últimos anos, mudanças na estrutura, composição e tamanho das famílias, como o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente de idosos a viverem sozinhos (INE, 2021a) e novas formas de conjugalidade, têm levado a sociedade a assumir um papel cada vez mais importante na expansão de serviços formais (Firmino, Simões & Cerejeira, 2016). Neste contexto, o cuidador formal torna-se uma opção para suprir as necessidades básicas, de autonomia e bem-estar dos idosos quando não há apoio familiar (informal) disponível para responder a todas as necessidades.

Esta complementaridade na prestação de cuidados, entre cuidadores informais e formais, não é uma realidade encontrada apenas em âmbito nacional, Spasova et al., (2018), ressaltam que parte substancial dos cuidados nos domicílios na Europa é oferecida por familiares e complementada por cuidadores formais.

Chegados a este ponto, interessa discernir entre o que se entende por cuidador informal e cuidador formal, a fim de enquadrarmos os cuidados prestados no contexto domiciliário, por estes últimos.

Cuidador informal advém da dependência e necessidade de cuidados por parte de um familiar, amigo, vizinho ou grupo de pessoas, o qual não é economicamente remunerado pelos cuidados desenvolvidos. Já os cuidadores formais são profissionais contratados por instituições, com um vínculo laboral, que tem como objetivo prestar cuidados a pessoas dependentes, recebendo uma remuneração pelo desempenho das suas funções.

O cuidador formal desempenha um papel importante ao prestar apoio ao idoso com limitações nas atividades diárias, sendo responsável por estabelecer conexões entre o idoso, a família, as instituições e a comunidade, com o objetivo de promover o bem-estar do idoso (Miranda, Dias & Gunes, 2019).

Os funcionários das instituições que compõem as respostas sociais de apoio aos idosos, nomeadamente os que compõem as equipas de SAD, englobam-se na designação de CF, prestando cuidados à pessoa idosa, cumprindo normas emanadas pelas instituições e linhas orientadoras específicas, centrando-se no zelo pelo cuidado integral dirigido ao bem-estar físico, psicológico e social do idoso.

O tipo de cuidados prestados por estes CF está “(...) relacionado com as necessidades do idoso dependente” (Sequeira, 2018, p. 272), variando ao longo do dia, podendo ser necessária apenas supervisão ou orientação no início do dia, passando a ser exigida ajuda ou substituição no autocuidado à noite.

A este respeito Sequeira (2018), refere que o “(...) número de horas utilizado na prestação de cuidados é habitualmente elevado” (p. 271). As necessidades do idoso que depende de cuidados são amplas, abrangendo uma grande variedade de cuidados diários, que envolvem diferentes frequências, durações ou tipos de cuidados.

Como resposta a estas necessidades, os CF das equipas de SAD devem reunir condições para prestar, pelo menos, quatro dos seguintes cuidados e serviços:

“Cuidados de higiene e conforto pessoal; Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; Tratamento da roupa do uso pessoal do utente; Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; Serviço de teleassistência.” (MSSS, Portaria n.º 38/2013, p. 606)

Se para o bem-estar das pessoas idosas dependentes é desejável que sejam mantidas na comunidade, no recanto do seu domicílio, outros aspetos de enorme relevância se elevam. A pessoa com dependência terá, de alguma forma, a funcionalidade alterada, terá, certamente, alterações da atividade, da mobilidade, tal como alterações em outros domínios, intimamente relacionados com o grau de dependência que apresenta relativamente a terceiros.

Essas alterações podem significar que se prestam cuidados domiciliários a pessoas com potencial risco de desenvolver UPP e esse problema pressupõem a capacitação dos cuidadores formais, tanto no que concerne à literacia em saúde, como no desenvolvimento do trabalho em equipa, no sentido da prevenção desse problema de saúde pública.

#### 1.4. ÚLCERAS POR PRESSÃO E SUA PREVENÇÃO

Na vanguarda do estudo do problema de saúde que concerne às UPP, sendo responsáveis pela criação e desenvolvimento de *guidelines* internacionais para a prevenção e tratamentos destas lesões, estão as entidades *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA). Estas são

entidades internacionais, compostas por especialistas em UPP e líderes de diferentes áreas da saúde que publicaram, em conjunto, em 2014, a última versão das Diretrizes Internacionais sobre Úlcera por Pressão, adotadas em todo o mundo, com adaptações para as realidades específicas de cada país.

A EPUPAP & NPUAP & PPPIA (2014), define UPP como “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” (p. 13). Também classifica estas lesões sob a forma de categorias: a) Categoria /grau I: Eritema não branqueável; b) Categoria/grau II: Perda parcial da espessura da pele; c) Categoria/grau III: Perda total da espessura da pele; d) Categoria/grau IV: Perda total da espessura dos tecidos.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a) 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” (p. 88).

A DGS refere que em Portugal, as UPP “são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados” (DGS, 2011, p. 2). Mais adianta esta entidade que as UPP provocam sofrimento, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores e como consequência mais grave, podem conduzir à morte (DGS, 2011).

Segundo a orientação nº17/2011 da Direção Geral da Saúde (DGS), cerca de 95% das úlceras por pressão são evitáveis, o que vem apoiar a questão relacionada com a necessidade de uma intervenção prioritária no que se relaciona com o conhecimento dos fatores de risco destas lesões, sua etiologia, avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, reconhecimento das suas características e categorias, tal como atender sempre à sua sinalização para os cuidados de saúde, sendo esses os conhecimentos que constituem a chave para o sucesso das estratégias de prevenção.

De facto, as UPP têm vindo a merecer crescentes preocupações financeiras e políticas, atendendo aos seus encargos económicos e ao défice de qualidade de vida que provocam, quer para o doente, quer para a própria família.

As UPP consistem numa problemática que afeta predominantemente pessoas idosas e/ou com problemas de mobilidade associados a outras comorbilidades. Vários estudos, como o de Laranjeira & Loureiro (2016), apontam como população de risco os indivíduos com alterações do estado de consciência, défices nutricionais, em estado crítico, submetidos a longas cirurgias e em fase terminal. Estes autores acrescentam que, com uma crescente população idosa e o aumento da longevidade, o número de indivíduos com UPP ou em risco de desenvolver úlceras por pressão

continuará a aumentar, representando um enorme esforço para os recursos da saúde e para as próprias famílias (Laranjeira & Loureiro, 2016). As UPP têm efeitos prejudiciais na vida dos doentes e seus cuidadores, com repercussões negativas a nível físico, social, psicológico, financeiro, entre outros, carecendo de um maior número de dias de internamento, quando hospitalizados e, em alguns casos, readmissões, o que também se traduz em maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde.

A nível internacional têm-se realizado múltiplos estudos de prevalência e incidência, que evidenciam a dimensão do problema. No entanto, existem diferenças significativas entre esses, o que se poderá dever a diferentes métodos de cálculo dos indicadores, bem como a diferentes critérios de inclusão e exclusão utilizados nos estudos.

Em 2007, ocorreu a validação nacional da escala de *Braden* para Portugal, sendo que após a implementação da referida escala a prevalência desceu de 31,3% para 19,3%.

Apesar das úlceras por pressão serem um problema de saúde frequente, quer em doentes institucionalizados, quer em domiciliados, ainda existem poucos dados sistematizados em Portugal que nos possam dar uma visão da sua dimensão e evolução.

Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes, apresentados pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., mostram que a taxa de incidência de úlceras por pressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados, em 2022 foi de 3,40% a nível nacional (SNS, s.d.).

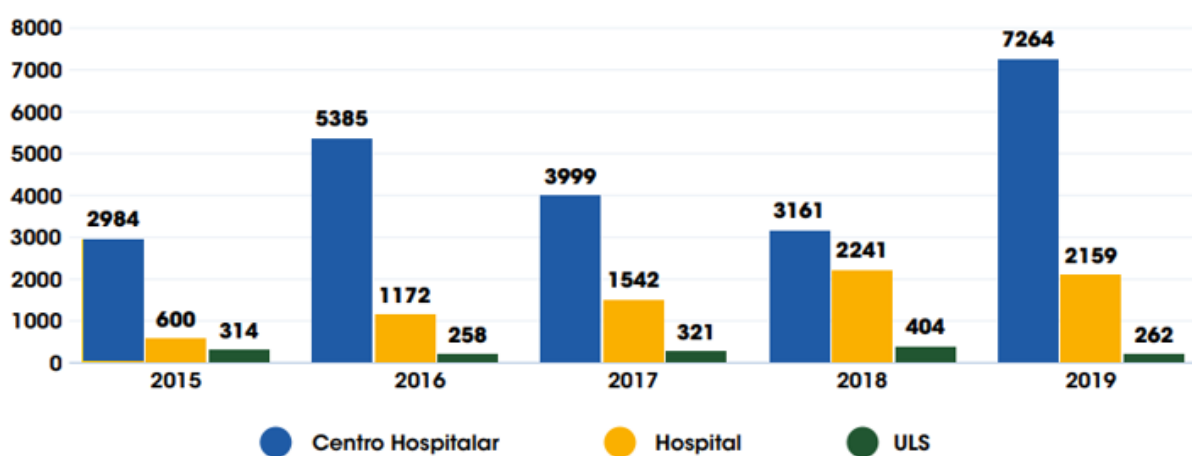
A intervenção na prevenção destas lesões, ao nível da promoção da saúde, associa também esta área de atuação aos cuidados de saúde primários, onde a enfermagem especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública deve dirigir a sua atuação, desenvolvendo estratégias preventivas, quer a nível individual quer a nível global.

Medidas preventivas resultam em taxas menos elevadas de prevalência deste evento, indicando qualidade na assistência prestada. Muitos são os fatores que justificam a importância atribuída à prevenção de UPP, com destaque especial para o impacto que a lesão tem sobre a segurança e qualidade de vida do doente.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, criado pelo despacho 9093/2021, de 24 de setembro, respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la.

A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua. (Despacho 9390/2021).

No contexto do PNSD, assistiu-se a uma definição das ações a serem desenvolvidas a nível local e central em matéria de segurança do doente. Constatou-se que números expressivos de instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar as UPP. Em 2019, esse valor variou entre 82,9% e 90,5% do total das instituições de saúde. Entre 2015 e 2019, registou-se um número crescente de incidentes reportados com UPP (gráfico 2).



**Gráfico 2:** Evolução anual das notificações de incidentes de UPP/tipo de entidade (2015-2019).

**Fonte:** Site TecnHospital (s.d.), consultado em 23 de novembro, 2022 (<http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>)

De modo a fazer cumprir o Objetivo Estratégico 7 do PNSD 2021-2026 – Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão – as Comissões da Qualidade e Segurança dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES), devem inscrever nos seus planos de ação anuais atividades que potenciem o alcançar dos objetivos estratégicos enunciados no PNSD, nomeadamente o que respeita a prevenir a ocorrência de UPP, através da implementação programas e projetos.

No que concerne à ação junto dos indivíduos em particular, o primeiro passo para a prevenção de úlceras de pressão é identificar os utentes em risco a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão. De forma a prevenir o desenvolvimento das UPP é necessário realizar uma avaliação contínua dos indivíduos.

Quando falamos em avaliação do risco, é recomendada a realização precoce de uma avaliação estruturada do mesmo, que inclua uma avaliação da atividade e da mobilidade e das condições da pele (EPUPAP & NPUAP & PPPIA, 2014).

A Orientação da DGS nº 17/2011, recomenda a utilização da Escala de *Braden* (Anexo I) e do Instrumento de Avaliação da Pele (Anexo II), bem como a implementação de protocolos preventivos em cada instituição, tendo em conta a realidade institucional, elaborados segundo o nível de risco (DGS, 2011).

PUPAP & NPUAP & PPPIA, (2014), alerta para aspetos fundamentais na prevenção das UPP, como os cuidados à pele e a vigilância das suas condições, pois garantir uma avaliação completa da pele é prática de rastreio da avaliação do risco de desenvolvimento de UPP em que inspecionar diariamente a pele, procurando áreas de eritema, em pessoas identificadas como estando em risco para o desenvolvimento de UPP, fornece uma avaliação continuada para deteção de danos causados pela pressão, especialmente sobre proeminências ósseas.

Outros cuidados, recomendados pelas mesmas entidades visam: o correto posicionamento do utente com alterações da mobilidade, evitando o posicionamento sobre zonas corporais que já se encontrem ruborizadas; manter a pele limpa e seca; não massajar nem esfregar, vigorosamente, a pele que esteja em risco de desenvolver UPP; desenvolver e implementar um plano de tratamento ou controlo da incontinência; proteger a pele da exposição à humidade excessiva, com uso de produtos barreira; utilizar produtos emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele.

O estado nutricional detém também aqui, como em muitas outras patologias, um importante peso, quer na prevenção, quer no tratamento em si das lesões já instaladas. É necessária uma avaliação do estado nutricional das pessoas com características que os colocam em potencial risco nutricional, como disfagia, anorexia, etc. Àqueles a quem se identificar risco de desnutrição ou que já padeçam de UPP, deve ser realizado encaminhamento para um nutricionista ou uma equipa nutricional multidisciplinar com vista a uma avaliação nutricional completa (EPUPAP & NPUAP & PPPIA, 2014).

Outras recomendações, das mesmas entidades, referem-se ao uso de superfícies de apoio, compostas por dispositivos especializados de redistribuição da pressão, como colchões, sistemas integrados nas camas, colchões de sobreposição, almofadas de assentos ou sobreposições de almofadas de assento, são um aspeto de elevada relevância na prevenção da UPP. Na escolha das superfícies de apoio devem ser tidas em conta as características individuais da pessoa a quem se

destinam, em função das necessidades de redistribuição da pressão e de outras funções terapêuticas do indivíduo.

Atendendo ao elencado supra, quem cuida de pessoas com dependência na mobilidade deve adquirir competências para, precocemente, despistar situações de risco inerentes a essa situação, para além de saber responder às solicitações de cuidados específicos de cada pessoa. Tal só é possível em ambientes promotores de autoformação ou através do desenvolvimento de programas e projetos de formação contínua promovidos por profissionais de saúde, dirigidos aos CF no sentido de os preparar para agir na prevenção das UPP.

#### **1.4.1. Papel dos Cuidadores Formais na Prevenção das Úlceras por Pressão**

Prevenção é considerada como a “Modificação do sistema (...) para reduzir a probabilidade da ocorrência de eventos adversos e voltar a um nível de risco aceitável; qualquer tomada de medidas para reduzir a frequência e gravidade do risco” (Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2011, p. 132).

Aumentar a qualidade dos cuidados, através da prevenção e identificação do risco de desenvolvimento de UPP, é atualmente um dos principais focos de atenção de muitos profissionais de saúde e de outros cuidadores, nomeadamente dos cuidadores formais.

As UPP relacionam-se com diversos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa dependente que contribuem para a ocorrência de lesão tecidual. É essencial que a identificação de pessoas vulneráveis ao aparecimento de UPP seja eficaz, observando criteriosamente os fatores de risco para se poderem adotar medidas de prevenção, contribuindo desta forma, para a melhoria da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida da pessoa cuidada.

As ações preventivas são fundamentais e, para a sua materialização, é indispensável que os CF se encontrem sensíveis para esta problemática e saibam atuar em conformidade com boas práticas, sustentando as suas escolhas e decisões na evidencia científica.

Por estarem em contato diário com os idosos dependentes, colaborando no atendimento das suas necessidades em cuidados, os CF constituem o elo entre o idoso e a equipa de saúde, somando às suas funções a identificação e sinalização de situações de risco ou de doença instalada.

Neste contexto, o CF deve saber identificar os elementos que integram os cuidados com a pele do idoso, com vista a mantê-la íntegra ou que contribuam para a recuperação da sua integridade

mas outros conhecimentos revelam-se igualmente importantes, como sendo, conhecimentos relacionados com a etiologia das UPP, fatores de risco, principais localizações destas lesões na anatomia humana, classificação das UPP, suas complicações, noções fundamentais da prevenção deste problema de saúde, assim como devem dominar técnicas de posicionamento e transferência de pessoas dependentes.

Os resultados do desempenho destes CF estão atrelados à sua capacitação e habilidade no cuidar, das suas avaliações constantes com a finalidade de aplicar medidas preventivas e de intervir, minimizando o surgimento das UPP.

Podemos perceber que atualmente os cuidados de saúde vão além da cura, sendo o cuidar um elemento fundamental. Dessa forma, é importante valorizar a profissão de cuidador e reconhecer sua diversidade e dignidade profissional, para que possam prestar um cuidado de qualidade (Dzhankarashvili, 2017).

O cuidado prestado às pessoas dependentes, incluindo idosos, exige habilidades diversificadas e abrangentes para uma gestão eficaz da doença (Miranda, 2020). Consequentemente, surge a necessidade de cuidadores formais qualificados e com formação profissional adequada para a prestação do cuidado constante de idosos vulneráveis (Minayo, 2019).

#### **1.4.2. Capacitação e *Empowerment* de Cuidadores Formais (para a Prevenção das Úlceras por Pressão)**

A literacia em geral está muito relacionada com a literacia em saúde, esta “remete para as competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável” (Espanha, Ávila e Mendes, 2016, p. 5).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021) refere-se a “*empowerment in health*” como um processo que possibilita às pessoas a aquisição de maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde. O acesso à educação e à informação é essencial para uma efetiva participação, possibilitando consequentemente o “*empowerment*” das pessoas e das comunidades.

Nesta sequência de ideias e conceitos, situa-se a capacitação dos indivíduos, grupos ou comunidades para as escolhas a realizar em prol da sua saúde, bem como a capacitação de grupos

profissionais, como os cuidadores formais dos quais se espera deterem qualificação e formação profissional adequada para a realização do cuidado permanente a pessoas idosas vulneráveis (Minayo, 2019).

Conforme mencionado anteriormente, cuidar de idosos/dependentes requer habilidades gerais e específicas por forma a auxiliar pessoas que possuem limitações físicas ou mentais, sejam parciais ou totais, na realização das atividades de vida diárias e autocuidado. O objetivo é garantir a dignidade necessária à sua sobrevivência mantendo uma boa qualidade de vida (Miranda, 2020).

Os autores Gianfrancisco et al. (2017) afirmam que o cuidador de idosos deve possuir habilidades e conhecimentos para proporcionar um cuidado que vá além de ser um mero “companheiro”, compreendendo cuidados que assegurem uma boa qualidade de vida e bem-estar para a pessoa cuidada.

A obtenção, consolidação, atualização e reciclagem de conhecimentos em ambiente de trabalho, especificamente no que respeita aos cuidadores formais, é essencial para o desenvolvimento pessoal e para a adoção de boas práticas profissionais. Desta forma permite-se uma melhoria na tomada de decisões e resolução de problemas, no aprimorar da comunicação, para aumentar a segurança no trabalho, motivação e contribuir para a qualidade das instituições em si.

Por forma a fazer frente ao nível de exigência e desafios a que as instituições estão sujeitas, a formação torna-se uma necessidade imperativa, conduzindo ao aumento do nível de qualificação dos seus funcionários.

No contexto das instituições prestadoras de cuidados, uma adequada formação dos CF, que são membros cruciais das equipas multidisciplinares, é essencial para a qualidade dos cuidados prestados por essas mesmas entidades. Isso não só garantirá a satisfação dos cuidadores sobre o trabalho desempenhado, como também aumentará a produtividade e eficácia das equipas em geral (Guerra et al., 2019).

Anteriormente, fizemos já referência ao PNSD 2021-2026, onde se explanam os pilares para a execução deste Programa de Saúde. O mesmo documento refere que, no que concerne à cultura de segurança, a segurança do doente é uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde. Atualmente, a inclusão dos doentes, familiares e cuidadores na cultura de segurança é cada vez mais relevante, considerando-se por isso, a literacia em saúde como uma das bases de sustentação deste pilar (PNSD, 2022). Estas foram constatações salientadas pela OMS e pelo Conselho da União Europeia que recomendaram aos Estados-Membros a inclusão da cultura de segurança nas políticas nacionais.

Por forma a dar luz a esta cultura de segurança, na qual se aplica a prevenção das UPP nos utentes acompanhados por CF das SAD, é essencial criar confiança, estabelecer princípios de responsabilização e facilitar aos profissionais a identificação de situações e ambientes inseguros. A promoção de uma cultura de segurança, alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma comunicação, formação e sensibilização, deverá constituir um imperativo para todos os profissionais, órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsabilidade de todos (PNSD, 2022).

Diversos estudos na literatura apontam que os cuidadores formais frequentemente são profissionais não especializados, responsáveis por prestar cuidados sem orientação de um profissional de saúde superior, atuando somente sob as diretrizes da instituição empregadora, o que acaba resultando em uma oferta de serviços de qualidade questionável (Sousa e Menezes, 2015). De acordo com os mesmos autores, a qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores formais está diretamente relacionada com a sua qualificação. Por isso, é fundamental recrutar profissionais qualificados, investir na sua formação contínua e criar condições para a sua permanência nas instituições. A preocupação com a qualificação destes profissionais é crucial para garantir a qualidade dos cuidados oferecidos.

Não obstante, é comum perceber que CF atuam em domicílios de idosos dependentes, prestando apoio nas atividades básicas de vida diária, na administração de medicamentos e em outras tarefas específicas, sem qualquer qualificação ou treino para desempenhar esse papel, como apontam Figueiredo et al. (2021).

Os mesmos autores evidenciaram que os CF apresentam precariedade do vínculo laboral, além de uma baixa escolaridade e insuficiente qualificação, apesar de atuarem num contexto em que cuidam de idosos dependentes que requerem elevada exigência desde as atividades básicas até as mais complexas.

Considerando a evidência apresentada sobre a formação dos cuidadores formais, é crucial que as instituições valorizem o aprimoramento profissional de seus colaboradores, superando, se possível, as exigências legais mínimas, que atualmente correspondem a 40 horas anuais de formação contínua certificada (Lei nº 93/2019). Os gestores institucionais devem ter uma maior sensibilidade na valorização de ações educativas/formativas, reconhecendo a sua importância na melhoria da prestação de cuidados e, conseqüentemente, no melhor desempenho da instituição.

A interação entre a formação contínua e a entidade empregadora é essencial para garantir que os trabalhadores estejam atualizados e possam desempenhar suas funções de maneira eficaz. A

formação contínua deve ser um processo dinâmico e continuado, que permita a estes cuidadores aprimorar as suas habilidades e conhecimentos, ampliando assim a sua valorização pessoal e institucional. Além disso, é crucial que as instituições geriátricas auscultem os CF para responder às suas reais necessidades e promover maior satisfação profissional, o que se traduzirá em cuidados mais humanizados e competentes (Guerra et al., 2019).

Com a finalidade de mapear quais as necessidades de formação no grupo profissional dos CF, Carvalho et al. (2018), admite perceber que há déficit de conhecimento relacionado à lesão por pressão entre os CF de idosos, facto que, alerta, vem corroborar alguns outros estudos realizados. Os mesmos autores, verificaram como sendo urgente a viabilização de intervenções educativas fundamentadas no cuidado ao idoso, especificamente na capacitação dos cuidadores para a prevenção das UPP.

Ainda no âmbito da problemática da UPP, no estudo de Matos et al. (2016) a dissonância evidenciada pelos CF sobre as UPP e a sua prevenção demonstra a necessidade de preparação desses cuidadores, de modo a qualificá-los nos cuidados com a pele dos idosos, especificamente no que recai sobre a prevenção. Nas conclusões deste estudo os autores recomendam que o enfermeiro vise estratégias educacionais para instruir os CF a fim de serem colaboradores fiéis na luta contra as UPP nos idosos/dependentes, pela adoção de medidas preventivas.

Não há dúvidas sobre a importância da certificação e/ou qualificação dos cuidadores, já que eles desempenham um papel crucial na qualidade do envelhecimento, não somente ao satisfazer as necessidades básicas, mas também ao contribuir para a qualidade de vida dos idosos (Dzhankarashvili, 2017).

A formação dos cuidadores formais pode ser conduzida por diversas entidades e profissionais de saúde, incluindo enfermeiros.

Diante do exposto e, em particular, da persistência da falta de formação entre os cuidadores formais, os enfermeiros têm a responsabilidade de intervir por meio de ações de formação que abordem as necessidades identificadas, com o objetivo de capacitar esses cuidadores e, assim, melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos, inclusive na prevenção de UPP.

Considerando o contexto, e especialmente as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é fundamental que este utilize a metodologia do Planeamento em Saúde para avaliar o estado de saúde de uma comunidade, contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, coordenar programas de saúde comunitária e colaborar com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, além de realizar e cooperar na vigilância

epidemiológica em âmbito geodemográfico, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (2018a).

Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), ao participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Regulamento nº 128/2011), faz uso de estratégias como formar e educar, conduzindo ao *empowerment* dos indivíduos, grupos e comunidades, capacitando-os para uma análise crítica e escolhas fundamentadas (Duarte, 2018).

A capacitação do cuidador tem implicações na diminuição do impacto que o cuidar tem em si. A evidência demonstra que o desenvolvimento de modelos e programas de capacitação, mesmo de curta duração, contribui para a “diminuição da sobrecarga do cuidador e aumento das competências do cuidar” (Dixe & Querido, 2020).

Nessa perspetiva, a intervenção do EEECSPP mostra-se relevante para aprimorar a qualidade dos cuidados oferecidos a pessoas idosas em contexto domiciliário, especialmente na prevenção de UPP, por meio de ações de formação direcionadas aos cuidadores. É importante destacar que uma das competências do EEECSPP é "contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades" (Diário da República, 2018, p.19354). Preparar os CF é contribuir para a aquisição de mais conhecimentos, essenciais para um desempenho de excelência na prestação de cuidados.

De acordo com Figueiredo et al. (2021), diante dos desafios e da complexidade do quotidiano dos idosos dependentes e dos seus cuidadores, é relevante continuar com estudos, pesquisas e investigações sobre o cuidado à pessoa idosa, a fim de influenciar a criação de políticas que se concentrem nos idosos dependentes e nos seus cuidadores, especialmente aqueles que enfrentam a necessidade de fortalecer a sua identidade enquanto profissionais.

### 1.5.MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER

As teorias de Enfermagem são imprescindíveis para sustentar a prática e servem como um suporte concetual que orienta e fundamenta as intervenções a serem realizadas, conforme afirmado por Duarte (2018). Essas teorias promovem uma compreensão mais profunda da realidade, encorajam a reflexão crítica baseada em evidências científicas e, conseqüentemente, culminam numa

melhoria da qualidade do desempenho profissional dos enfermeiros, como afirmado por Correia (2019).

Deste modo, sentimos necessidade de enquadrar o projeto de intervenção comunitária desenvolvido, durante o estágio em relato, no Modelo da Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, tendo em conta a população alvo e a influência das atividades de promoção da saúde sobre o grupo.

O MPS de Nola Pender surgiu na década de 80, nos Estados Unidos, como uma proposta para integrar as Teorias de Enfermagem nas ciências do comportamento, apoiado na Promoção da Saúde. Este modelo é amplamente utilizado por enfermeiros, que almejam compreender os comportamentos humanos relacionados com a saúde, orientando assim para a geração de condutas saudáveis. O modelo permite edificar uma base sólida para a prática clínica do enfermeiro, possibilitando o planeamento, a implementação de intervenções e a avaliação das suas ações de forma a prestar cuidados à população individualmente ou em grupo (Pender et al., 2015). A promoção da saúde impulsionou o desenvolvimento do pensamento sobre a ação de enfermagem, permitindo que as decisões fossem tomadas não apenas em relação ao indivíduo, mas também em relação ao coletivo.

Melo (2020) ressalta que a comunidade passou a desempenhar um papel importante no processo de tomada de decisão em Enfermagem, tornando-se um elemento fundamental na construção individual do projeto de saúde-doença. Dessa forma, a Enfermagem adquiriu uma visão mais ampla sobre o cliente, voltada para grupos ou comunidades.

Efetivamente, outro aspeto importante do modelo de Pender é o facto de poder ser aplicável em diversas populações e em diversos contextos, constituindo algo de importante na aplicação das intervenções de enfermagem, no âmbito tanto da saúde individual, quanto na saúde coletiva (Gama, 2017).

O MPS detém como bases teóricas a perspetiva de enfermagem holística, a psicologia social e a teoria da aprendizagem. Integra alguns construtos, como os da Teoria Cognitiva Social, que postula a importância dos processos cognitivos na alteração dos comportamentos, apoia-se na Teoria Cognitiva da Aprendizagem no que se refere a alterar comportamentos do indivíduo havendo a necessidade de o mesmo abarcar novos conhecimentos que lhe permitam reestruturar o pensamento, tal como o facto desses comportamentos alterados serem consequência da motivação para resolver problemas e encontrar soluções (Pender et al., 2015). O MPS suporta-se em três pilares fundamentais: a) as características/experiências pessoais do indivíduo/grupo; b) os conhecimentos

e os sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar e; c) o comportamento desejável de promoção da saúde.

O Modelo de Pender valoriza ainda três grandes dimensões, relacionadas com: a) características e experiências individuais; b) sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, e; c) resultados do comportamento de promoção da saúde desejável. Assim sendo, destaca-se a necessidade de compreender o meio sociocultural, físico, institucional, político e legislativo a fim de se promover a saúde individual e coletiva.

O foco deste modelo é a saúde comunitária e o papel da enfermagem no empoderamento das comunidades, permitindo que os enfermeiros promovam a saúde em diversas populações, com base em evidências. A promoção da saúde é vista como um meio para orientar a mudança de comportamentos através de estratégias educacionais e suporte, contribuindo para alcançar a saúde e o bem-estar (Pender et al., 2015).

A capacitação individual é essencial no processo de empoderamento comunitário, em que pessoas e comunidade adquirem a capacidade de agir sobre a sua própria vida e no ambiente em redor. Esse processo requer o desenvolvimento de competências individuais, conforme destacado por Melo (2020).

Acerca do exposto anteriormente, o MPS destaca a importância da participação ativa da comunidade, aderindo às atividades, programas e discussões que possam contribuir para a tomada de consciência, conhecimento e recursos, criando oportunidades que conduzam à mudança.

Para a promoção da saúde, é essencial que a comunidade participe ativamente no processo, considerando as seguintes questões: intervenções que promovam a consciencialização da comunidade sobre os vários problemas de saúde, coordenação com os diferentes parceiros da promoção da saúde para o planeamento das mudanças, distribuição equitativa dos recursos disponíveis na comunidade e envolvimento dos cidadãos em todas as etapas do processo (Pender et al., 2015).

Como ponto de partida para o esboço do projeto de intervenção comunitária implementado durante o estágio em relato, observaram-se vários fatores em associação. Por um lado, o envelhecimento da população numa visão macro, fenómeno que se espelha no concelho onde decorreu o estágio, somado ao aumento do índice de dependência de idosos, constituem dois fenómenos que concorrem para o isolamento desta população e que trazem a lume as consequências das alterações da funcionalidade desta parcela da população. Por outro lado, a baixa literacia em saúde dos CF que prestam cuidados, em contexto domiciliário, àquela franja populacional dependente e aos

quais foi diagnosticado défice de conhecimentos no âmbito da prevenção de uma das mais significativas consequências da dependência, como são as UPP.

À luz do MPS, cabe aos profissionais de saúde, no que respeita a assuntos direcionados com a saúde, capacitar os indivíduos nas necessidades sentidas a fim de aumentar a sua aptidão. Neste caso, especificamente, tratou-se de capacitar os CF com a aquisição de conhecimentos, instrução e treino, motivando-os com o intuito de alterarem os seus comportamentos e atitudes, visando prevenir o aparecimento de UPP na comunidade que cuidam, através do melhoramento do seu nível de literacia em saúde nesta temática.

Tal como no modelo de Nola Pender, no projeto de intervenção comunitária implementado neste estágio, cada pessoa foi considerada numa visão holística, tendo sido a aprendizagem individual que possibilitou a alteração de comportamentos, que num momento posterior, terão influência sobre um grupo e comunidade, isto porque, o processo de aprendizagem de cada indivíduo, família, grupo ou comunidade, torna-os mais capazes no controlo dos seus determinantes de saúde (Pender et al., 2015). Os CF demonstraram ser atores ativos com um papel crucial na prevenção da doença e promoção da saúde.

O modelo de Nola Pender aposta no empoderamento da comunidade resultante da integração do conhecimento científico e de diversas estratégias comunitárias, traduzindo-se em ganhos em saúde de toda a comunidade. De forma articulada entre os diversos atores (profissionais de saúde, parceiros sociais, cuidadores formais individualmente e em equipa e comunidade constituída por idosos dependentes e suas famílias), foi possível decidir e atuar na promoção da saúde.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

A planificação do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação contemplava a realização de dois estágios na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a decorrerem numa Unidade Funcional (UF) de um Agrupamento de Centro de Saúde (ACES), atendendo a que deveria corresponder a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ou a uma Unidade de Saúde Pública (USP).

Na situação de nos terem sido reconhecidas e validadas competências para o primeiro estágio, realizámos apenas o Estágio Final, numa UCC, decorrido entre 19 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023, ao qual este relatório diz respeito.

### **2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO**

Neste capítulo pretendemos apresentar uma caracterização do ambiente onde se desenvolveu o estágio final a que se reporta o presente relatório.

É importante aludir à área geográfica, utilizando dados epidemiológicos, apropriados ao estudo, que vieram contribuir para o conhecimento da região e da população.

O projeto de intervenção comunitária será desenvolvido num concelho de uma Região de Portugal Continental. Este concelho tem uma área de 1120 Km<sup>2</sup>, o que o torna o concelho mais extenso do distrito a que pertence. Desde 2002 que integra a região estatística (NUTS II) do Alentejo e na sub-região estatística (NUTS III) da Lezíria do Tejo; continua, no entanto, a fazer parte da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo, que manteve a designação da antiga NUTS II com o mesmo nome. Face aos seus limites, o concelho faz fronteira com outros nove concelhos.

Divide-se hoje em seis Freguesias e uma União de Freguesias, resultado da aplicação das Leis nºs 56/2012, de 8 novembro /Lei de Lisboa; e 11-A/2013, de 28 de janeiro. De acordo com a

informação disponibilizada no site oficial do Município, a distribuição da população nas freguesias do concelho, pode ser estudada pela observação do quadro 1.

Freguesia	População	Área
A (criada por agregação)	11.756	356,48 Km <sup>2</sup>
B	1.074	81,37 Km <sup>2</sup>
C	1.474	117,34 Km <sup>2</sup>
D	2.765	346,58 Km <sup>2</sup>
E	1.148	103,06 Km <sup>2</sup>
F	1.727	110,89 Km <sup>2</sup>

**Quadro 1:** Freguesias do concelho em estudo, sua população e extensão.

**Fonte:** Site da Câmara Municipal do concelho, consultado em 23 de dezembro de 2022. Elaboração Própria.

As especificidades inerentes ao vasto território do município em estudo, nomeadamente, a significativa dispersão populacional e a ausência de aglomerados populacionais urbanos de envergadura, aliada à diversidade territorial que encerra nas suas fronteiras, constituem fatores que atribuem a este município características próprias.

Enquanto território de ruralidade vincada, evidencia índices de urbanização pouco expressivos (apenas 13,6% da população concentra-se em lugares com 2.000 ou mais habitantes), o que sintetiza as características do tradicional modelo de habitação dos territórios da zona onde o concelho se insere assente nos designados “foros” (Plano Estratégico de Desenvolvimento de X, 2020).

Num concelho tão extenso e composto por várias freguesias é compreensível que disponha de um vasto leque de recursos comunitários de âmbito cultural, recreativo, desportivo, educativo, de saúde ou ainda respeitantes a outros setores.

São muitas as Associações de cariz cultural, social, recreativo e desportivo, Associações protetoras dos animais, Comissões de Festas, Corpo Nacional de Escutas, Grupos de Forcados, Ranchos Folclóricos, Museu Municipal, Biblioteca Municipal, Cáritas Paroquiais, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Centro de Reabilitação e Integração, Associação de Apoio ao Doente Oncológico.

O concelho comporta entidades englobadas no subsistema de saúde como Unidade de Cuidados Continuados, Clínicas Privadas, Laboratórios de Análises Clínicas e Clínicas de Exames Complementares de Diagnóstico.

No âmbito da segurança Bombeiros Municipais, existe a Guarda Nacional Republicana.

Do subsistema educativo fazem parte Creches, Escola Profissional, Agrupamento de Escolas, Associações de Pais e Associações de Estudantes.

Outros serviços, são representados no concelho por Correios de Portugal, Serviço de Finanças, Tribunal Judicial, Zona Industrial, Postos de Turismo, Piscinas municipais, Câmara Municipal e Delegações.

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) são pessoas coletivas de direito público, integradas na administração indireta do Estado, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, portanto, Institutos Públicos.

São serviços desconcentrados do Ministério da Saúde (MS), têm como âmbito a atuação em determinada região do país, e a sua atividade visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários á comunidade que serve, como se pode ler no Decreto-Lei nº 22/2012, de 30 de janeiro- Lei Orgânica das ARS Instituto Público (IP).

As ARS, I.P. regem-se pelo disposto na Lei-quadro dos Institutos Públicos, Estatuto do Serviço Nacional e pelos diplomas e regulamentos seguintes: 1) Decreto-Lei nº 22/2012, de 30 de janeiro – Lei Orgânica das ARS, I.P.; 2) Portaria nº 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria nº 210/2013; 3) Lei orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-lei nº 124/2011, de 29 de dezembro.

No que concerne à organização interna da ARS a que pertence a UF onde decorreu o estágio e conforme com o previsto nos respetivos Estatutos (Portaria nº 161/2012), a mesma é constituída por serviços centrais e por serviços descentralizados designados por ACES do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em número de 15 ACES. Destacam-se da orgânica desta ARS I.P., pela sua importância no âmbito dos cuidados de saúde do SNS, os ACES, ao nível da prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP), estando sujeitos ao poder de direção da ARS.

O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro e a portaria nº 394-B/2012, de 29 de novembro, criaram o enquadramento legal dos ACES, integrados nas ARS.

Os ACES têm autonomia administrativa e são constituídos por vários Centros de Saúde (CS), que agrupam um conjunto de UF e que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de uma área geográfica específica (ARS Lisboa e Vale do Tejo, 2021) e como objetivo

“dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, (...) a melhoria no acesso aos cuidados de saúde” – Diário da República, Decreto-Lei N.º 28/2008, de 22 de fevereiro, p. 1182.

Foi num dos 15 ACES desta ARS que se realizou o nosso estágio final, ACES esse que tem por missão prestar cuidados de saúde primários, com elevada qualidade e em condições de equidade à população da área de abrangência do ACES que totaliza nove concelhos. O mesmo ACES apresenta como visão a promoção da saúde, a prevenção da doença e prestação de cuidados na doença, tendo como máxima “Mais e melhor saúde para todos os utentes”, e ainda os seguintes valores: Acessibilidade, Equidade, Qualidade, Inovação, Criatividade e Satisfação (“SNS”, s.d.).

Em termos organizacionais o ACES em caracterização é, em 2023, constituído por uma USP e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), nove CS que integram oito Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), catorze Unidade de Saúde Familiares (USF) e nove UCC, em uma das quais decorreu o estágio e implementado o projeto de intervenção comunitária.

A UCC é uma das unidades funcionais dos ACES, em conformidade com o estipulado no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (Ministério da Saúde, 2009). A atividade das UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais UF dos ACES em que se integram, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão. Intervêm no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional.

Compete às UCC, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A Unidade de Cuidados na Comunidade, unidade funcional onde desenvolvemos o estágio, tem como data de início o ano de 2010.

Localiza-se no espaço físico do CS do concelho, que acolhe também as restantes UF. Funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00h às 19.00h e aos sábados, domingos e feriados funciona das 8.00h às 12.00h, de acordo com a necessidade, aos utentes acompanhados pela UCC e aos dependentes com tratamentos diários da USF, com a qual colabora (Manual de Acolhimento da UCC, 2022, p. 10).

“A UCC tem por missão prestar cuidados de saúde humanizados, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho (...), visando a obtenção de ganhos em saúde, através de intervenção de cariz comunitário de uma equipa multidisciplinar, que atua em parceria com as entidades do concelho, concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Aces (...).” (Manual de Acolhimento da UCC, 2022, p. 8).

Os valores que regem a atuação desta equipa são, em conformidade com o Manual de Acolhimento da UF:

“Lealdade e cooperação dentro dos membros da equipa;

Envolvimento dos profissionais nas diferentes atividades, segundo as suas características e apetências pessoais e profissionais, com vista à satisfação dos vários elementos;

Desenvolver as atividades tendo como meta a excelência no desempenho de todos os profissionais;

Tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, independentemente do sexo, raça, língua, convicções políticas ou religiosas, situação económica ou condição social;

Dar cumprimento às orientações emanadas pelos órgãos competentes;

Dar conhecimento à população em geral e aos parceiros das atividades desenvolvidas;

Cooperar com os parceiros comunitários, no âmbito dos projetos por eles desenvolvidos e que se enquadrem nas suas competências;

Promover a participação dos cidadãos e das instituições da comunidade que os representam;

Procurar a excelência através de uma avaliação contínua, que visa a adoção de medidas corretivas.” (Manual de Acolhimento da UCC, 2022, p. 8)

A sua visão consiste em respostas integradas e diferenciadas à população do concelho, promovendo um nível de saúde cada vez maior, garantindo a sua proteção sempre que esta esteja posta em causa e o acompanhamento às pessoas/famílias em situação de dependência, numa perspetiva de proximidade (“SNS”, s.d.).

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar que, neste momento, comporta enfermeiros, assistente social e fisioterapeuta. A equipa é coordenada por uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária. Abaixo, pode ser consultado o quadro 2 que desenha a constituição da equipa da UCC.

Enfermeiros - Área de Especialização	Número de Elementos
Enfermagem Comunitária	2
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1
Enfermagem de Reabilitação	1
Sem Especialização	4
Outros Profissionais - Área Profissional	Número de Elementos
Secretários Clínicos	1
Técnicos Superiores de Serviço Social	1
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica - Fisioterapeuta	1

**Quadro 2:** Equipa multidisciplinar de profissionais afetos à UCC. Fonte: Adaptado do Manual de Acolhimento da UCC, 2022, consultado em 20 de setembro de 2022.

Fonte: Adaptado do Manual de Acolhimento da UCC, 2022, consultado em 20 de setembro de 2022.

A UCC é responsável pela prestação de cuidados a utentes residentes de forma permanente ou temporária, na área geográfica de todo o concelho, nomeadamente nas suas cinco freguesias e uma União de Freguesias.

Relativamente à abrangência de utentes distribuídos pelas diferentes freguesias que compõem o concelho em estudo, podemos apreciar o gráfico representado na figura 6, abaixo:



**Figura 6:** Utentes abrangidos por cuidados prestados pela UCC, freguesias do concelho (%).

Fonte: Adaptado de website do SNS, consultado em 23 de março de 2023. (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140951/Pages/default.aspx>)

A maior parcela de população, mais de metade do total, abrangida pelos cuidados da UCC, localiza-se na União de Freguesias que comporta três anteriores freguesias distintas.

A população que usufrui do atendimento desta UCC, de acordo com os dados disponibilizados pelo Bilhete de Identidade (BI) dos CSP, contabiliza até ao mês de abril do presente ano cerca de 17.200 utentes, dos quais cerca de 8.100 são do sexo masculino e cerca de 9.100 do sexo feminino.

Analisando os dados da plataforma BI CSP, relativamente à população abrangida pela ação da UCC, esta distribui-se segundo o evidenciado no quadro 3, abaixo.

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
07 – 64 anos	5.251	5.366	10.617
65 – 74 anos	1.241	1.408	2.649
≥ 75 anos	1.225	1.927	3.152
≤ 6 anos	372	427	799

**Quadro 3:** Grupo etário da população abrangida pela UCC em novembro de 2022.

*Fonte:* SNS (s.d.), consultado a 14 novembro de 2022.

Observamos que, no grupo etário entre 65 e 74 anos de idade, apenas se situam 2.649 utentes. Com relevância mostram-se também os números da população atendida pela UCC constituindo os utentes com 75 ou mais anos de idade, representando 3.152 utentes do total de utentes.

No Plano de Ação da UCC (2022), constata-se que o índice de dependência total tem valor de 77,9%, o índice de dependência de jovens é de 18,53% e o índice de dependência de idosos é 59,37%, relativamente aos utentes da área de abrangência da unidade.

Do ponto de vista da intervenção comunitária, a UCC trabalha em parceria em programas e projetos, nas seguintes áreas de atuação:

- 1) Saúde Escolar;
- 2) Crianças com Necessidades de Saúde Especiais;
- 3) Equipa Local de Intervenção Precoce;
- 4) Núcleo Local de Inserção;
- 5) Promoção da Saúde Oral,
- 6) Equipa de Proteção ao Idoso em Risco;
- 7) Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- 8) Equipa de Proteção da Violência no Adulto;
- 9) Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;
- 10) Rede Social;
- 11) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Para além do acima descrito, a equipa da UCC proporciona a preparação para o nascimento, através do desenvolvimento do Curso de Preparação para o Parto e a Parentalidade, assiste na recuperação pós-parto e promove o acompanhamento individual e familiar de proximidade em

termos de Saúde Mental.

Após a leitura do Plano de Ação da UCC (2022), ficamos a conhecer as dimensões contratualizadas para esse ano das quais assinalamos, no que respeita à Gestão da Saúde, a contratualização na área da Saúde Reprodutiva, Saúde do Idoso, Reabilitação, Saúde Mental, Abordagem Paliativa, Doenças Crónica, ECCI, Saúde Escolar. Ao nível da Qualidade Organizacional foi contratualizada a área da Melhoria Contínua da Qualidade e da Segurança dos Utentes e Segurança dos Profissionais.

A prevenção das Úlceras por Pressão são, no referido Plano de Ação, um dos indicadores de qualidade dos cuidados prestados. A UCC, no momento do estágio, não tinha ainda atingido a meta estabelecida de 90% de indivíduos que não desenvolvem úlcera de pressão durante o internamento em ECCI.

O objetivo relativamente a esta área, constante deste Plano de Ação, define-se: “Melhorar a percentagem dos indivíduos que não desenvolvem úlcera de pressão quando estão integrados em ECCI” (Plano de Ação da UCC, 2022, p. 7).

### **3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Remonta aos anos 70 a génese do planeamento em saúde, dando os primeiros passos pela mão da OMS que na 3ª Assembleia Mundial, em 1977, definiu planeamento em saúde, como sendo um instrumento que oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de os traduzirem numa ação correta de desenvolvimento no domínio da saúde.

Existem fatores a ter em conta, como fatores biológicos, o ambiente, hábitos de vida e sistema de cuidados, quando abordamos o planeamento em saúde. Referindo-se ao mesmo método, acrescentam estes autores que, o reconhecimento da importância dos fatores determinantes irá determinar também o reconhecimento da importância da cooperação intersectorial, Imperatori & Giraldes (1993).

No interesse de se alcançarem níveis de saúde mais elevados consideram estes autores que o fator mais fácil de se poder controlar diz respeito à intervenção dos serviços de saúde.

Podemos então definir o planeamento em saúde como sendo a gestão de recursos de forma a cumprir objetivos previamente definidos, com a finalidade de reduzir problemas de saúde considerados como prioritários. Para que tal aconteça, os autores supracitados, argumentam ser necessária uma coordenação de esforços com origem em diversos setores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para Tavares (1992), o planeamento surge sob a forma de três abordagens importantes. Segundo o nível, a perspetiva organizacional ou populacional e a abordagem racional ou pragmática. O planeamento, por nível pode ser considerado:

- Normativo, quando se refere a orientações emanadas por um organismo que traduzem políticas a serem seguidas, constituindo o planeamento a longo prazo;
- Estratégico, contemplando planos táticos e operacionais, com finalidades, prioridades e alternativas estratégicas, com base em condições ambientais externas e organização interna, representando planos a longo prazo;

- Tático, determinando objetivos (gerais e específicos), atividades e recursos, constituindo um programa, representando o planeamento a médio prazo;
- Operacional, determinando objetivos operacionais (metas), orientado para a otimização e maximização de resultados e para a gestão de recursos, focado na eficiência, representando o planeamento a curto prazo.

O mesmo autor destaca que o planeamento é centrado na organização, considerando os seus pontos fortes e fracos. Os projetos são elaborados de acordo com a dinâmica da organização e voltados para uma população alvo específica.

Seguindo esta abordagem, o planeamento foca a população alvo como o centro do processo, e a organização deve adaptar-se a essa realidade. A participação da comunidade pode ser incluída no processo, permitindo que a população alvo participe na elaboração dos projetos que lhe são direcionados.

O planeamento em saúde pode resultar em um plano, programa ou projeto. Um projeto é composto por um conjunto de atividades a serem realizadas em um período limitado, visando alcançar um resultado específico que contribui para a execução de um programa. Já um programa é um conjunto de projetos executados em um período determinado, normalmente superior ao de um projeto, procurando obter um resultado específico e contribuindo para a execução da estratégia de um plano (Tavares, 1992).

Ainda sobre o planeamento em saúde e na visão do mesmo autor, importa reforçar que este é um processo dinâmico e contínuo que envolve a previsão e alocação de recursos e serviços necessários para alcançar objetivos específicos, de acordo com uma ordem de prioridades estabelecida. Para isso, são necessárias diversas etapas, como o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a escolha de estratégias, a preparação operacional e a avaliação dos resultados.

As diferentes etapas do planeamento em saúde serão definidas oportunamente ao longo do relatório.

### 3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico da Situação de Saúde corresponde à primeira etapa do Planeamento em Saúde, na qual se identificam os problemas da população alvo de estudo e se determinam as suas necessidades de saúde.

“O Diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 19).

Para Tavares (1992), um diagnóstico da situação que responda às necessidades da população deve ser suficientemente claro, alargado e aprofundado, mas também rápido e sucinto. A sua elaboração deve considerar o reconhecimento dos problemas da população em estudo, a sua causalidade e evolução para, com base nesta abordagem, se determinar se o projeto, programa ou plano é adequado e exequível, no contexto em que pretende intervir.

A respeito do problema de saúde, o autor supracitado, define-o com sendo um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade, e a necessidade como sendo “a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado.” (p. 51).

Anteriormente ao início do estágio, numa primeira reunião com a equipa multidisciplinar da UCC, foram elencadas algumas áreas com evidentes necessidades de intervenção, já identificadas pela equipa da UF.

Tendo em conta o Plano de Ação da UCC e aos indicadores contratualizados, quatro grandes áreas da saúde mereceram a atenção da unidade UF como prioritárias, nomeadamente saúde escolar, úlceras por pressão, saúde mental e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e asma, pois constituem alguns problemas de saúde inerentes à população do concelho, como demonstrado no quadro 4.

Problemas de Saúde População do Concelho, Identificados pela UCC		
Área	Problema	Objetivo
<b>Saúde Escolar</b>	Dada a situação Pandémica e a necessidade de aloucar profissionais a outras tarefas, as atividades no âmbito da Saúde Escolar não se têm realizado com a frequência habitual.	Aumentar a cobertura no indicador "Proporção de turmas abrangidas pela saúde escolar".
<b>Úlceras de Pressão</b>	A prevenção das úlceras de pressão são um dos indicadores de qualidade dos cuidados prestados. A UCC ainda não atinge os 90% de indivíduos que não desenvolvem úlcera de pressão durante o internamento em ECCI.	Melhorar a percentagem dos indivíduos que não desenvolvem úlcera de pressão quando estão integrados em ECCI.
<b>Saúde Mental</b>	Necessidade de acompanhamento de pessoas com doença mental grave ao nível da comunidade.	Promover o equilíbrio da pessoa com doença mental por maior tempo possível.
<b>Doença Crónica - Asma e DPOC</b>	Utentes com asma e DPOC sem um acompanhamento sistematizado da situação de saúde e encaminhamento de acordo com as necessidades identificadas.	Aumento do indicador "proporção de utentes com asma e DPOC e intervenção da UCC". Promover o encaminhamento destes utentes para as respostas adequadas.

*Quadro 4: Problemas de saúde da população do concelho, identificados pela UCC.*

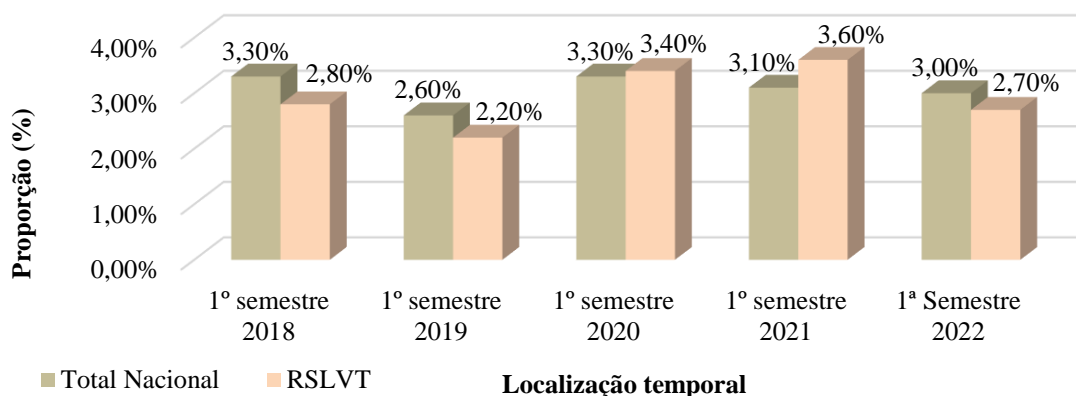
*Fonte: Plano de Ação da UCC para 2022, consultado em setembro de 2022.*

Uma vez que a UCC, em articulação com o Agrupamento de Escolas tinha, no início do ano letivo, dado início a um projeto direcionado para necessidades relacionadas com a população escolar, esta área de intervenção não foi priorizada para focarmos a nossa ação. Por outro lado, também na área da saúde mental já se encontrava em planeamento o início da realização de consultas personalizadas pela enfermeira especialista em saúde mental. Como acontecera com a saúde escolar, a saúde mental não foi priorizada para a nossa atuação a nível da implementação de um projeto de intervenção comunitária.

De entre as duas temáticas restantes, a área da prevenção das UPP foi considerada, pela coordenadora da UCC, a mais emergente. A restante equipa multidisciplinar da UCC concordou em abordarmos esta área, nomeadamente no que concerne à decisão de delinear ações de intervenção junto da população específica que constitui o grupo de CF das instituições do concelho com prestação de cuidados em âmbito de apoio domiciliário, visto a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), prestar cuidados de enfermagem no âmbito do tratamento de UPP a vários utentes pertencentes ao grupo de idosos apoiados por estes CF no domicílio.

Recordemos que as UPP são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, prejudicando de forma significativa, não só a qualidade de vida dos doentes, mas também a dos seus cuidadores, para além de constituir uma enorme sobrecarga económica para os serviços de saúde.

Pela análise do gráfico 3, podemos constatar que a incidência deste problema de saúde, nos últimos anos, não apresenta melhorias significativas para que os profissionais de saúde possam deixar de atentar a esta questão.



**Gráfico 3:** Incidência de úlceras por pressão na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo comparativamente ao Total Nacional, no 1º semestre dos últimos anos.

**Fonte:** SNS (s.d.), consultado em 27 de novembro de 2022. ([https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/prevalencia-de-quedas-e-incidencias-de-ulceras-de-pressao/?disjunctive.semestre\\_ano&disjunctive.regiao&sort=tempo](https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/prevalencia-de-quedas-e-incidencias-de-ulceras-de-pressao/?disjunctive.semestre_ano&disjunctive.regiao&sort=tempo))

De facto, no ano de 2020 e 2021, a sua incidência (percentual) na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo foi superior ao valor Nacional. Conjugando a preocupação relacionada com os problemas advindos do envelhecimento da população, com o aumento do grau de dependência desta faixa etária, e o aumento da proporção de população com desenvolvimento de UPP, a equipa multidisciplinar da UCC, considerou de extrema urgência perceber qual o diagnóstico de situação que se reporta aos cuidadores profissionais (os Cuidadores Formais das instituições da Rede de Equipamentos Sociais), no que concerne à prevenção das úlceras por pressão.

O estudo da pertinência da temática foi fundamental por forma a analisarmos a pertinência do projeto, tanto interna como externamente:

Apresenta-se a ferramenta de gestão SWOT (do inglês: *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*), utilizada no auxílio da avaliação da implementação de um projeto de intervenção comunitária nesta temática, durante o nosso estágio, com a identificação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Utilizou-se este recurso porque “O método de análise SWOT é uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise

organizacional” (Ruivo et al., 2010, p. 14).

Internamente colocámos em referência os principais aspetos que pensámos diferenciar o projeto de outros existentes e externamente apresentámos as ameaças e as oportunidades que se alcançariam com a implementação do mesmo. A análise SWOT, quadro 5, representa a forma como percebemos os riscos e os problemas que o projeto poderia enfrentar.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inovação nos serviços;</li> <li>2. Melhoria da qualidade do serviço prestado.</li> <li>3. Apoio e cuidados diferenciados e com base científica.</li> <li>4. Manutenção dos utentes no seu domicílio.</li> <li>5. Proximidade dos utentes aos seus familiares.</li> <li>6. Articulação entre entidades prestadoras de serviços sociais e serviços de saúde.</li> <li>7. Ganhos diretos e indiretos em saúde.</li> <li>8. Recetividade por parte da equipa da UCC.</li> <li>9. Existência prévia da necessidade de ação nesta temática.</li> <li>10. Oportunidade de desenvolvimento de investigação na temática.</li> <li>11. Motivação da mestrandia como gestora do projeto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escassos recursos financeiros para a implementação do projeto.</li> <li>2. Deficit de tempo disponível para formação.</li> <li>3. Distância entre as instituições.</li> <li>4. Carência de recursos humanos (CF).</li> <li>5. Resistência a mudanças.</li> <li>6. Possível descrença na prevenção das UPP.</li> </ol>
Oportunidades	Ameaças
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inexistência de projeto na área da prevenção das UPP.</li> <li>2. Relevância para a prática de cuidados.</li> <li>3. Evidente aumento da população, nomeadamente idosa, com dependência nos cuidados.</li> <li>4. Envelhecimento demográfico.</li> <li>5. Desejo dos familiares em manterem os idosos no contexto domiciliário.</li> <li>6. Ganhos em saúde para a população idosa dependente.</li> <li>7. Aumento do bem-estar físico e mental dos utentes.</li> <li>8. Políticas de saúde favoráveis ao desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grande rotatividade de funcionárias no contexto das instituições prestadoras de Apoio Domiciliário.</li> <li>2. Falta de motivação dos profissionais do SAD (cuidadores formais) para novas aprendizagens.</li> <li>3. Carência de recursos humanos, ao nível das SAD, interessados no desempenho das funções de CF.</li> <li>4. Estagnação no valor das pensões, reduzindo a capacidade económica para contratualizar estes apoios.</li> </ol>

**Quadro 5:** Análise SWOT aplicada ao projeto na área da Prevenção das UPP.

*Fonte:* Elaboração própria.

Relativamente à análise externa, apresentámos como oportunidade o comprovado envelhecimento demográfico em que se verifica o aumento do número de pessoas idosas com elevados graus de dependência de cuidados prestados por terceiros. Esse aumento da dependência conduz à necessitando de requerer o apoio de SAD e como consequência a uma maior necessidade de formação

dos CF, que permita a estes profissionais deterem conhecimentos e competências diferenciadas, no sentido de concorrer para a melhoria dos cuidados prestados e também para o prestígio das entidades prestadoras desses serviços sociais.

Em contraponto com as oportunidades, temos como ameaça ao projeto, alguma instabilidade funcional destas instituições, caracterizada pela elevada rotatividade de CF. No contexto das instituições prestadoras de Apoio Domiciliário, a falta de motivação dos profissionais do SAD (cuidadores formais) para novas aprendizagens ou a carência de recursos humanos no desempenho destas funções, também poderão concorrer para condicionar o sucesso do projeto.

Considerada como ameaça, é ainda o facto de verificarmos os baixos valores das pensões que têm como consequência a diminuição da capacidade de contratualização dos SAD, acarretando um acréscimo financeiro para as famílias.

A informação contida na Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2020, refere que “a prestação de serviços no domicílio era desenvolvida, em 2020, maioritariamente por parte de entidades não lucrativas” (GEP – Carta Social, 2021, p. 49), do total das estruturas sociais existentes no concelho de implementação do projeto, as quais requerem menos custo para os idosos, visto uma percentagem do valor ser participado pela segurança social. Este facto facilita a procura do apoio domiciliário por parte dos cuidadores informais dos idosos dependentes, garantindo a satisfação, pelo menos em parte, das necessidades em cuidados.

Quanto à análise interna, na nossa ferramenta SWOT, um dos pontos fortes, foca-se na melhoria formativa, pois o projeto garante uma estratégia de melhoria da qualidade com foco na aquisição de conhecimentos e competências por parte dos CF. Desta forma, as entidades prestadoras de SAD ganhariam uma ferramenta para proporcionar melhores cuidados, mais atentos e com suporte científico, com base em formação oferecida por profissionais de enfermagem, focados no objetivo de atingir ganhos em saúde, diminuição do risco e apostando na segurança dos utentes.

Por outro lado, as mesmas entidades da rede social de apoio, ficam, com este projeto, isentas de investir financeiramente em formação nesta área.

Por último, o acesso a recursos financeiros para a concretização de projetos de intervenção comunitária é considerado também um ponto fraco pelo que, cada vez mais, se torna difícil a sua implementação, sendo fulcral garantir a maior rentabilidade do projeto a implementar.

A evolução do envelhecimento demográfico e as suas consequências sociais e de saúde, nomeadamente o aumento da dependência, são o alicerce da criação deste projeto, sendo a qualidade

do serviço e o conceito de prevenção do risco, com aumento da segurança do idoso, conceitos inovadores e aspetos indispensáveis para atingir ganhos em saúde para os idosos e suas famílias.

No entanto verifica-se a existência de alguns pontos fracos e ameaças identificados na análise SWOT que podem ser nocivos para a execução dos objetivos do projeto, na sua maioria resultantes da envolvente político-económica, como consequências devidas à possibilidade de uma reduzida adesão de parceiros sociais, por presença de indisponibilidades de diferentes naturezas, como carência de recursos humanos ou indisponibilidade para cedência de tempo para formação.

Tendo sido definido o foco de intervenção comunitária a seguir, mostrou-se necessário conhecer a situação socioeconómica do concelho, a rede social de apoio existente tal como os CF das equipas de SAD, visto constituírem estes profissionais a população-alvo do projeto.

### **3.1.1. Caracterização Sociodemográfica**

É importante a realização de uma caracterização sociodemográfica, evidenciando tendências e a evolução que poderá ser apresentada no futuro.

A demografia, enquanto disciplina da área das ciências sociais, constitui uma importante ferramenta de caracterização da dinâmica populacional, da sua estrutura e movimentos.

As sociedades contemporâneas caracterizam-se por profundas alterações nos comportamentos demográficos, o que acarreta modificações no seu perfil social, político, financeiro e cultural. Assiste-se hoje a um envelhecimento populacional sem precedentes, do qual Portugal não é exceção. As previsões em demografia apontam para uma população portuguesa com menos jovens e menos população em idade ativa e mais pessoas no grupo etário dos 65 ou mais anos de idade (Rosa, 2020).

Neste âmbito, pretendemos elaborar uma breve análise da população residente no município em estudo com particular enfoque na sua densidade populacional, estrutura etária e índices de envelhecimento.

A população residente no município, à data dos Censos em 2021, era de 17.356 habitantes (INE, 2022).

A análise da evolução da população residente no concelho na década censitária 2011-2021 mostra uma redução de 1.388 pessoas face ao registado na década anterior (2001-2011), o que

corresponde a um decréscimo populacional de 13%, tal como se pode observar pelo estudo da tabela 1, que nos mostra o número de habitantes residentes no concelho.

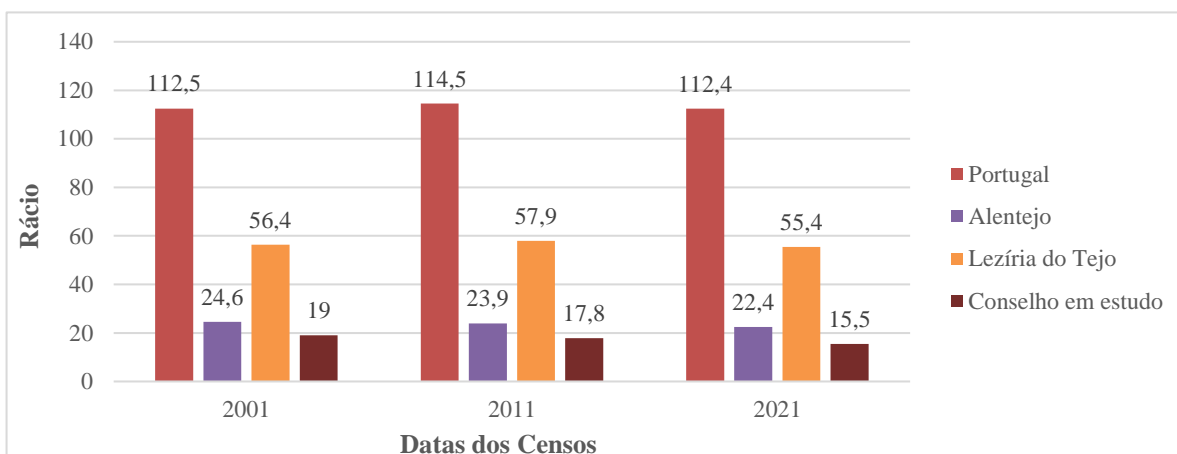
Indivíduo						
Territórios		Total				
Anos	1981	1991	2001	2011	2021	
	25.278	23.634	21.332	↓ 19.944	17.355	

**Tabela 1:** Número de habitantes residentes no concelho em estudo.

**Fonte:** Pordata, 2023, consultado em 23 de março de 2023. (<https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>)

A densidade populacional é baixa na globalidade do município, apontando um decréscimo percentual acentuado, passando de 19 hab./km<sup>2</sup> em 2001, para 17,8 hab./km<sup>2</sup> em 2011 e com uma previsão de 15,5 hab./km<sup>2</sup> em 2021.

No entanto, essa redução é transversal ao que se passa na Região do Alentejo, Sub-Região da Lezíria do Tejo e até mesmo a nível nacional, como podemos averiguar da análise do gráfico 4.



**Gráfico 4:** Densidade populacional (Número médio de indivíduos por KM2), no concelho em estudo, comparativamente a Portugal, Alentejo e Lezíria do Tejo, nos anos de Censos.

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado em 19 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

O aumento da população com 65 anos ou mais, associado à redução da população dos 0 aos 14 anos, concorre para o fenómeno do duplo envelhecimento da população (INE, 2021), conforme se pode verificar pela análise da pirâmide etária do município em estudo, figura 7.

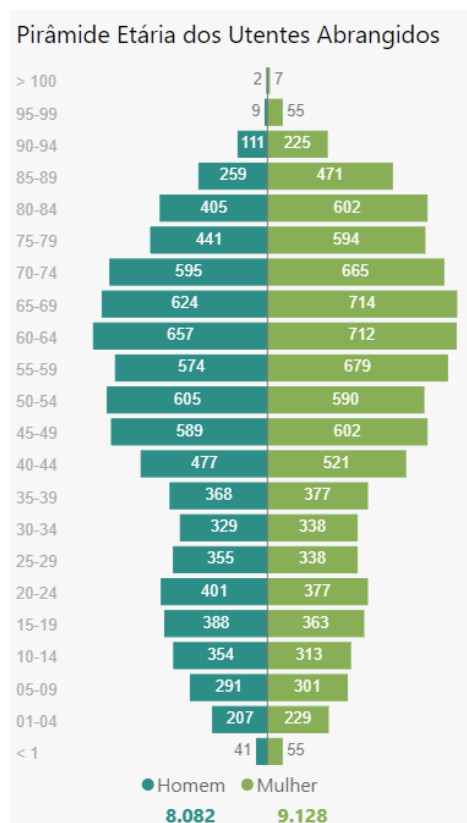


Figura 7: Pirâmide etária do Município em estudo.

Fonte: Site do SNS, consultado em 23 de setembro de 2022. (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140951/Pages/default.aspx>)

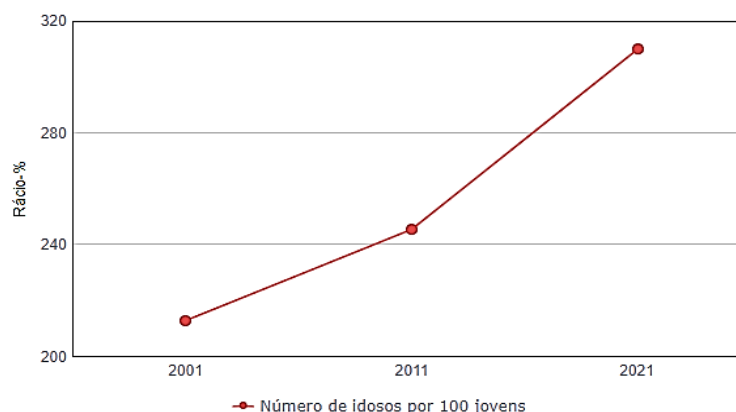
O estreitamento da base da pirâmide reflete a baixa natalidade e o alargamento do seu topo corresponde ao acréscimo no número de pessoas idosas que vivem mais anos.

As projeções do INE apontam para que, em 2021, no concelho, a percentagem de população idosa represente 33,2% enquanto a de jovens (0-14 anos) será de apenas 10,7% (INE, 2021).

Como fonte caracterizadora da população do concelho, importa apresentar alguns indicadores demográficos que, no seu conjunto, refletem a tendência de envelhecimento demográfico da população do concelho, nomeadamente o índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e o índice de longevidade.

Para além destes indicadores referem-se ainda outros que, de forma direta ou indireta, podem ser caracterizadores da situação socioeconómica desta população e daí poderem ter influência no tratamento dos efeitos associados ao envelhecimento.

Assim, relativamente ao índice de envelhecimento, gráfico 5, verifica-se o envelhecimento da população desde 2001 até ao presente, sendo que na década censitária atual as projeções apontam para 310 idosos por cada 100 jovens, um valor claramente superior às projeções nacionais.

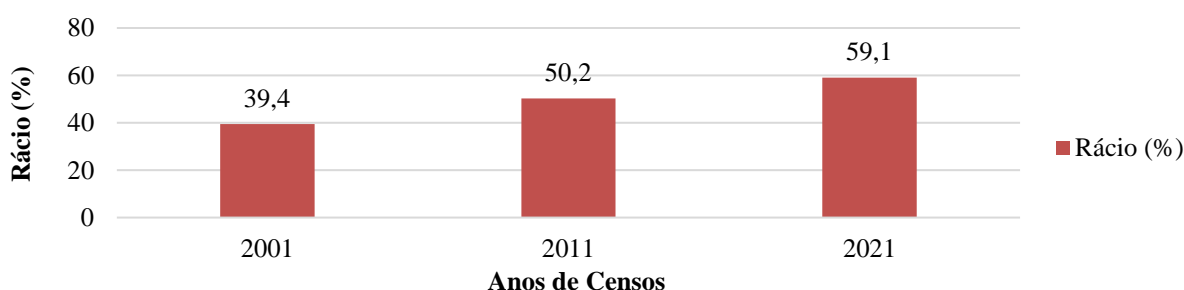


**Gráfico 5:** Índice de envelhecimento, nº de idosos por cada 100 jovens. (2001-2021).

**Fonte:** Pordata (s.d.), consultado em 19 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

Dados fornecidos pelo *site* do Pordata, relativamente ao índice de envelhecimento da população, relatam que o resultado desse indicador se alterou de 212,7 no ano de 2001 para 241,8 em 2011 e tem uma previsão de 311,5 para o ano de 2021 (Pordata, 2022).

Outro indicador considerado importante para esta caracterização do concelho em estudo, refere-se ao índice de dependência de idosos, cujos valores passamos a demonstrar no gráfico apresentado abaixo, gráfico 6.



**Gráfico 6:** Representação do índice de dependência de idosos, no concelho, nos anos de Censos (2001-2021).

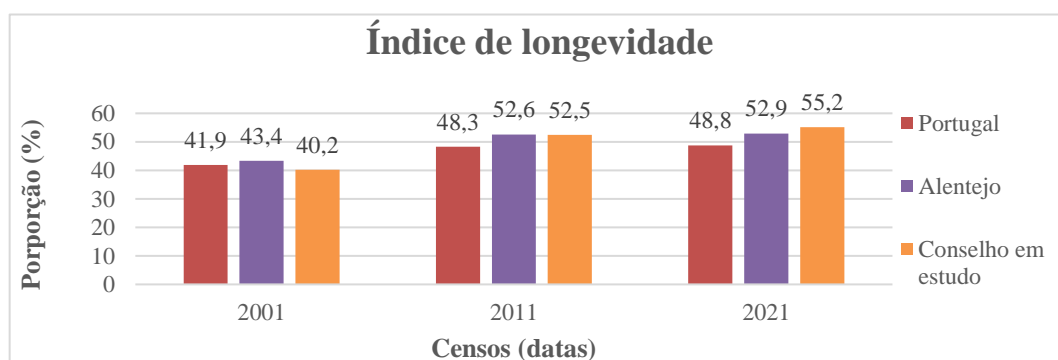
**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 19 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

Pela análise do índice de dependência de idosos, percebemos que este valor tem vindo a aumentar a cada ano de recenseamento da população. Quando pensamos no envelhecimento (biológico, psicológico e social), e no conseqüente aumento da dependência, associamos o aparecimento de patologias de vários níveis. O aumento deste indicador pode ter várias conseqüências na comunidade em que se verifica, nomeadamente sobre o sistema de saúde e económico, conduzindo à procura dos serviços de saúde de um cada vez maior número de doentes idosos e obrigando ao consumo de uma grande parte dos recursos disponíveis para a saúde (ARSLVT – Perfil de Saúde,

2015). A dinâmica das famílias é outro aspeto que poderá sofrer impacto pelas mudanças impostas pela necessidade de maior apoio aos idosos dependentes.

A par da tendência de aumento do índice de dependência de idosos constata-se, entretanto, que o índice de longevidade, também aumentou.

De acordo com os dados do gráfico 7, o índice de longevidade do concelho em estudo passou de 40,2, em 2001, para 52,5, em 2011 e a previsão para 2021 foi de 55,2, o que é revelador do envelhecimento demográfico que se vive neste concelho, seguindo a tendência da região do Alentejo onde se encontra inserida, bem como do país, como o gráfico abaixo pretende demonstrar.

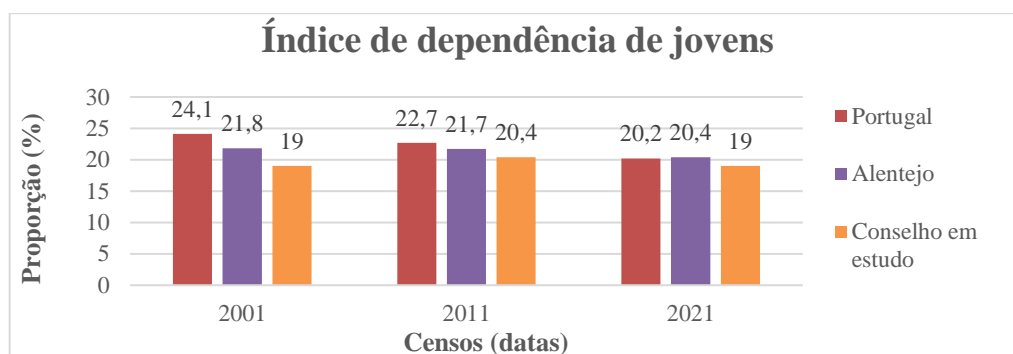


**Gráfico 7:** Índice de longevidade no concelho, comparativamente ao Alentejo e Portugal.

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado em 29 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

O aumento da longevidade, apesar dos avanços científicos, pode não corresponder a viver mais anos com saúde e qualidade de vida. O aumento da incidência de doenças crónicas não transmissíveis constitui um desafio para os sistemas de saúde, na medida em que pode corresponder a um aumento dos custos em saúde (Gouveia & Rodrigues, 2019).

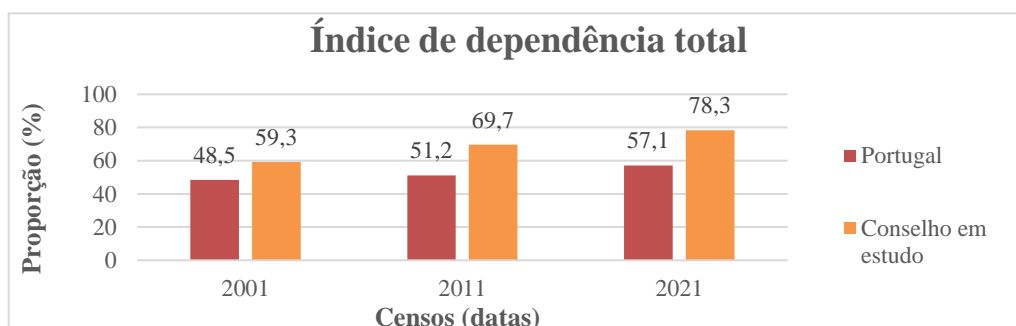
Quanto aos índices atrás referidos, diretamente relacionados com as questões da sustentabilidade socioeconómica, no que se refere ao índice de dependência de jovens, que mede o peso da população jovem na população ativa, as projeções para a década censitária 2011-2021 apontavam para uma diminuição do mesmo, quando comparado com a década anterior. Tal distribuição segue a tendência do país, assim como da região onde se localiza o município, conforme evidenciado no gráfico 8.



**Gráfico 8:** Índice de dependência de jovens, no concelho em estudo, comparativamente ao Alentejo e Portugal.

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado em 29 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

Finalmente, da análise resultante da apreciação simultânea dos índices de dependência de idosos e de jovens, são várias as questões que surgem do ponto de vista da sustentabilidade socioeconómica, na medida em que o peso conjunto destes grupos funcionais é superior à população atualmente ativa conforme traduzido no gráfico 9, que nos apresenta o Índice de dependência total do concelho. No mesmo gráfico é possível observar também esse indicador, comparativamente a Portugal, constando que é superior no concelho em estudo.



**Gráfico 9:** Índice de dependência total, no concelho em estudo, comparativamente a Portugal (2001-2021).

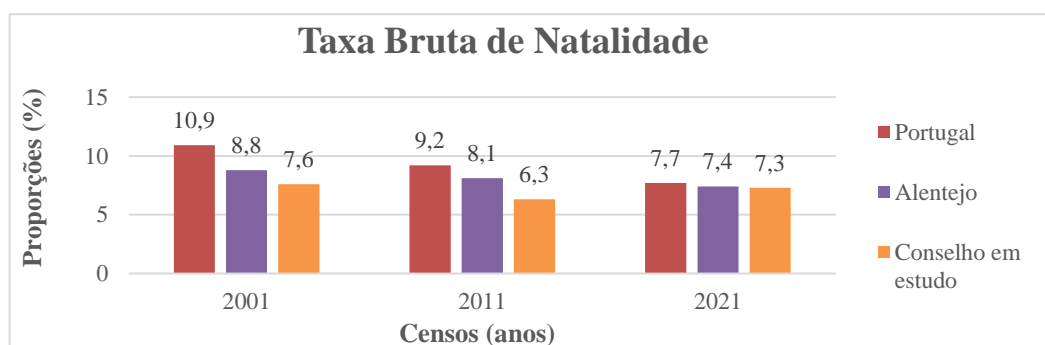
**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 19 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

As preocupações com a sustentabilidade do sistema de segurança social e respetivo financiamento das pensões de reforma emergem com o crescente envelhecimento da população (Rosa, 2020), o que implica a adoção de políticas de saúde adequadas à situação presente e que acompanhem as transformações futuras da sociedade.

A problemática do envelhecimento demográfico no concelho em estudo parece ter as suas causas bem identificadas. À semelhança da realidade nacional, a diminuição dos níveis de fecundidade, que conduzem a uma diminuição dos nascimentos e por conseguinte do número de jovens,

a par de menor mortalidade, bem como o aumento da esperança média de vida e a alteração dos fluxos migratórios são apontados como os principais responsáveis pelo envelhecimento demográfico e social da população (Rosa, 2020).

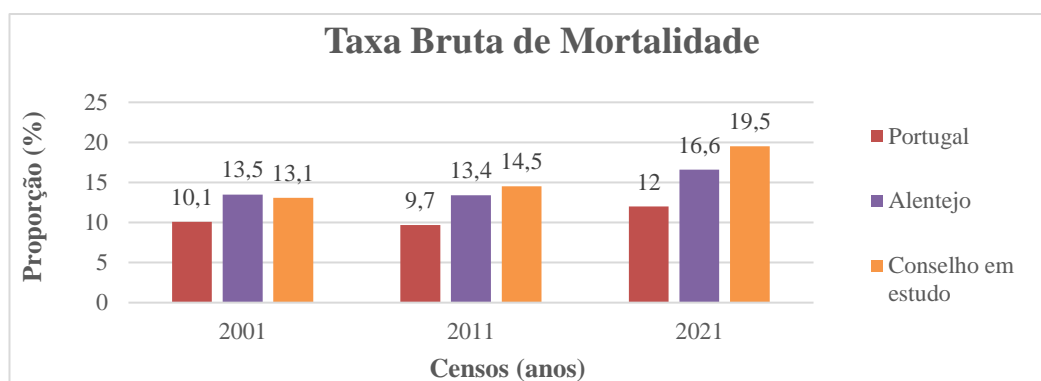
Relativamente aos últimos dados conhecidos referentes à taxa bruta de natalidade no concelho, a mesma regista valores inferiores quando comparada com a Região do Alentejo, onde se insere e com a realidade nacional. No entanto, podemos verificar que na última década o município se aproximou, em termos de taxa bruta de natalidade, da realidade da Região do Alentejo e mesmo da realidade nacional, conforme se constata da análise do gráfico 10.



**Gráfico 10:** Taxa bruta de natalidade, no concelho em estudo, comparativamente ao Alentejo e Portugal (2001-2011).

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 19 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

Relativamente à taxa bruta de mortalidade do concelho, apresentada no gráfico 11, verifica-se que esta apresenta valores superiores à realidade nacional, mas ainda assim inferiores quando comparada com a região do Alentejo.



**Gráfico 11:** Taxa bruta de mortalidade, no concelho em estudo, comparativamente ao Alentejo e Portugal (2001-2021).

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 13 de outubro de 2022. (<https://www.pordata.pt/Municipios>)

Pela análise destas duas taxas, podemos inferir a manifesta tendência para um progressivo envelhecimento, acrescendo o facto de o indicador da mortalidade (19,5%) ser bastante superior ao da natalidade (7,3%), referindo-nos ao ano de 2021.

Outro indicador com significativa importância para a caracterização da população, diz respeito à esperança de vida, que nos permite perceber a longevidade de qualquer população através do conhecimento do número médio de anos que se espera que uma população viva. Em 2020, a esperança de vida à nascença em Portugal foi seis meses superior à média da UE, embora a maioria dos países da Europa Ocidental tenham uma esperança de vida mais elevada (OCDE, s.d.).

Nas plataformas de dados estatísticos é nos dado a conhecer a esperança de vida à nascença de uma população, apenas para grandes grupos, como podemos aferir na tabela 2, que nos mostra que a população em estudo, integrada na região Alentejo, apresenta uma esperança de vida à nascença muito similar ao que acontece no resto do país, apresentando nos últimos anos, valores ligeiramente abaixo da média nacional.

Ano (idade) - Média				
Sexo				
Territórios				
Total				
Anos	2001	2011	2019	2020
Portugal	76,7	79,8	81,1	80,7
Alentejo	76,7	79,3	80,4	79,8

**Tabela 2:** Esperança de vida à nascença, região Alentejo comparativamente a Portugal.

**Fonte:** Pordata, consultado em 30 de setembro, 2022. (<https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>)

Em relação à esperança de vida aos 65 anos, a população do Alentejo onde se insere a população em estudo, apresenta valores ligeiramente abaixo da média nacional, quer em anos de recenseamento anterior da população quer nos últimos anos disponíveis para consulta, tabela 3.

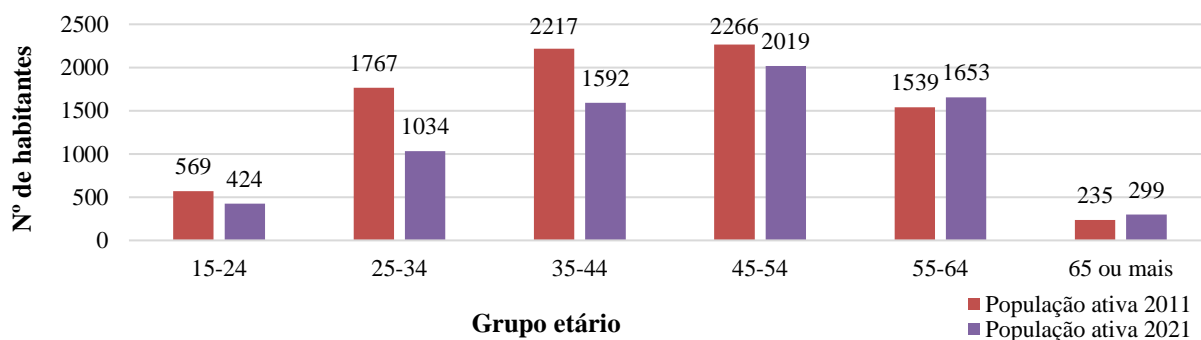
Ano (idade) - Média				
Sexo				
Territórios				
Total				
Anos	2001	2011	2019	2020
Portugal	17,1	18,8	19,7	19,4
Alentejo	16,9	18,5	19,4	18,9

**Tabela 3:** Esperança de vida aos 65 anos, Região Alentejo comparativamente a Portugal.

**Fonte:** Pordata, consultado em 30 setembro 2022. (<https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>)

O cenário demográfico do município segue uma tendência semelhante àquela que se observa em todo o país, caracterizada pelo aumento da esperança média de vida e pela diminuição da taxa de natalidade. Esses fatores combinados sugerem que, se as gerações futuras mantiverem essas tendências, a renovação geracional pode não ser garantida.

A diminuição anteriormente referida da população residente no concelho aliada à tendência crescente do grupo funcional das pessoas de 65 ou mais anos de idade, parece explicar a diminuição da população ativa do município, conforme se verifica no gráfico 12.



**Gráfico 12:** População ativa no concelho em estudo, total e por grupo etário (2011 e 2021).

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 13 de dezembro de 2022. (<https://www.pordata.pt>)

Atendendo que a população ativa apresenta uma tendência decrescente, aliada ao aumento da longevidade da população, também é fácil depreender que o número de indivíduos pertencentes aos grupos etários dos 55-64 anos e maiores de 65 anos, tenham por sua vez aumentado.

No que se refere aos indivíduos em idade ativa por idoso, este índice apresenta igualmente uma tendência decrescente. Facto que podemos inferir da observação da tabela 4.

Territórios	Rácio		
	Índice de Sustentabilidade Potencial		
Anos	2001	2011	2021
	2,5	2,0	Pre 1,7

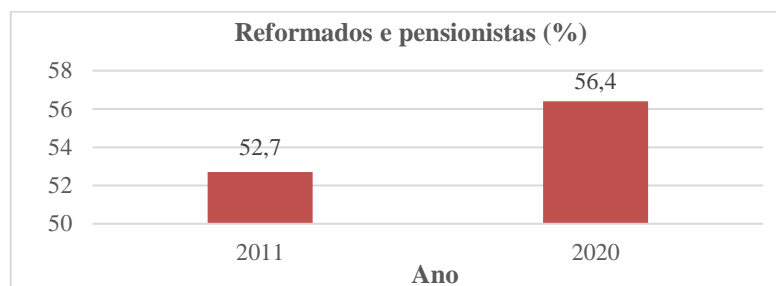
**Tabela 4:** Índice de sustentabilidade potencial, concelho em estudo (2001-2021).

**Fonte:** Pordata (s.d.), consultado em 29 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>)

O índice de sustentabilidade potencial, mostra-nos um rácio cada vez menor de pessoas em idade ativa por idoso.

Relativamente aos reformados e pensionistas da Segurança Social e Caixa Geral de

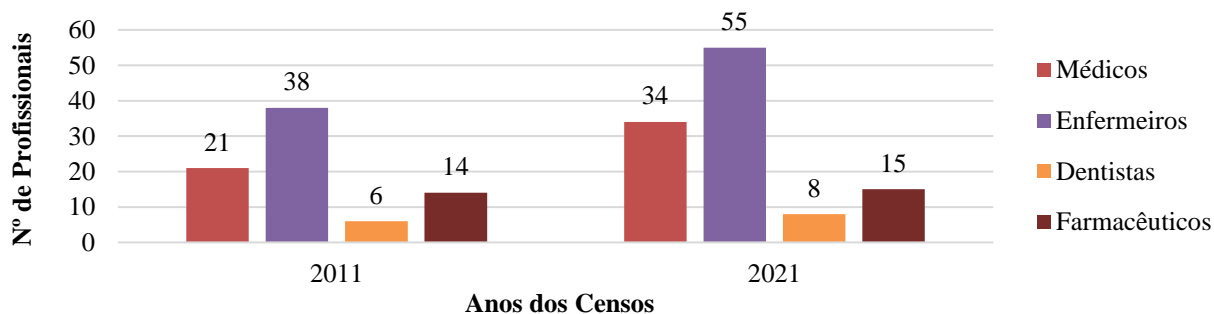
Aposentações do concelho regista-se, em 2020, um acréscimo de 3,8%, quando comparado com o ano de 2011, conforme se verifica no gráfico 13.



**Gráfico 13:** Pensões da Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações no total da população residente com 15 e mais anos, em (%), concelho em estudo.

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 29 de setembro de 2022. (<https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>)

Consideramos igualmente importante mencionar quais os recursos humanos em saúde disponíveis no concelho. Da análise do gráfico 14, verifica-se um aumento gradual, ao longo dos anos 2011-2021, com mais expressão nos enfermeiros, contudo, não significa que mesmo assim sejam em número suficiente para as necessidades percebidas.



**Gráfico 14:** Recursos humanos da saúde no concelho em estudo.

**Fonte:** Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 13 de novembro de 2022 (<https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>)

Relativamente ao setor da saúde, a rede de serviços de saúde primários, é constituída por uma UCC, uma USF e um Serviço de Atendimento Permanente. O hospital de referência para o município situa-se a cerca de 50km de distância da sede de concelho.

Para além dos recursos atrás enumerados o município apresenta um vasto leque de clínicas e consultórios privados, de várias especialidades, algumas delas com acordos celebrados com seguradoras e subsistemas de saúde.

### **3.1.2. Caracterização da Rede Social de Apoio**

A rede de equipamentos coletivos constitui uma componente fundamental na promoção do desenvolvimento sustentável e integrado nas suas diversas dimensões, sendo simultaneamente instrumento de qualificação e valorização de centros urbanos e instrumento de fomento da equidade e qualidade de vida das populações.

A Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) é crucial na promoção e no desenvolvimento da proteção social, fornecendo uma ampla variedade de respostas sociais, principalmente para grupos mais vulneráveis. Ela desempenha um papel fundamental na luta contra a pobreza, na promoção da inclusão social e na conciliação entre trabalho, vida pessoal e familiar (Carta Social 2020, 2021).

Os equipamentos de solidariedade e ação social existentes no concelho em causa centram-se em cinco grandes tipos morfológicos, o de apoio à população idosa, o apoio à infância, o apoio a pessoas em situação de dependência e em menor número as respostas à população portadora de deficiência e à família e comunidade. Estas respostas apoiam-se sobretudo em associações/instituições da rede solidária e na rede particular (REOT, 2020).

No município funcionam catorze equipamentos no campo das respostas sociais, sendo que treze constituem Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), as quais garantem uma maior proximidade dos serviços à população e proporcionam um leque diversificado de respostas com acordos de cooperação celebrados com o Instituto de Segurança Social I.P. Existe ainda uma entidade que funciona com fins lucrativos.

No que concerne ao número de respostas sociais, constata-se que são as dirigidas aos idosos que estão presentes em maior número, refletindo a realidade concelhia no que diz respeito ao envelhecimento da população, contabilizando sete Centros de Dia, sete Serviços de Apoio Domiciliário, três Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas/Serviço de Apoio Domiciliário (REOT, 2020).

Quanto à análise do padrão territorial de distribuição dos equipamentos sociais salienta-se a importância da freguesia sede do concelho. Com efeito, é nesta freguesia que se localiza um maior número de equipamentos (mais de metade), bem como se verifica a totalidade dos cinco domínios existentes no concelho, como podemos verificar da consulta no quadro 6.

Freguesias	Resposta Social de Apoio	Área de Intervenção
A	Associação de Solidariedade da A	Centro de dia Serviço de Apoio Domiciliário
	Santa Casa da Misericórdia de A	Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Unidade de Cuidados Continuados Integrados
B	Associação de Solidariedade Recreativa e Cultural B	Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário
C	Centro Social Paroquial Nª Senhora da C	Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário
D	Centro Social Paroquial de Santo António do D	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Centro de Dia Serviço Apoio Domiciliário
	ARPI – Associação de reformados, pensionistas e Idosos da freguesia do D	Centro de Dia e Convívio Serviço de Apoio Domiciliário
E	Associação de Solidariedade de S. José da E	Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

**Quadro 6:** Equipamentos de apoio social no município (REOT).

**Fonte:** Site da CM, consultado em 02 de outubro de 2022; Site Guia de Recursos, consultado em 19 de setembro de 2022. Elaboração própria, ([https://www.cm\[redacted\].pt/docman/diversos/3958-guia-associativo-\[redacted\].file](https://www.cm[redacted].pt/docman/diversos/3958-guia-associativo-[redacted].file))

### 3.1.3. Caracterização da População Alvo e Amostra

Segundo Fortin (2009, p.70), a população-alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum”, definidas por um conjunto de critérios. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar. A população alvo deste projeto de intervenção comunitária foram os Cuidadores Formais, a laborarem nas equipas de SAD das Instituições da Rede Social de Apoio do concelho, sendo a amostra por conveniência, constituída pelos CF que reuniam os critérios de inclusão definidos e aceitaram participar livremente no referido projeto.

Consideram-se assim, como critérios de inclusão, os seguintes: a) Cuidadores Formais das instituições com SAD e que prestam cuidados a pessoas com dependência no seu domicílio; b)

Cuidadores Formais com idade superior a 18 anos de idade; c) Cuidadores Formais de Instituições que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Após obter a autorização das Direções das instituições e contornar alguns obstáculos relacionados com baixas médicas e licença para férias de alguns CF, foi possível identificar uma amostra composta por trinta e quatro (n=34) elementos das equipas de SAD que se enquadravam na população-alvo.

#### **3.1.4. Considerações Éticas**

Os estudos que envolvem pessoas, têm de ter em atenção os princípios éticos. Fortin (2009), reforça que “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (p. 180).

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, durante o estágio, todos os procedimentos éticos foram atendidos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Foram respeitados, aspetos éticos e deontológicos, tendo sido realizadas as seguintes diligências: a) solicitada autorização ao Diretor Executivo e ao Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES (Apêndice I), a qual foi obtida; b) solicitado parecer à Comissão de Ética da ARS (Apêndice II), que emitiu o parecer favorável 7600/CES/2022 (Anexo III); c) contactadas telefonicamente as direções técnicas de cada instituição, a fim de nos apresentarmos e explicar o motivo do contato; d) enviado email à direção de cada instituição (Apêndice III) apresentando a nossa intenção de procurar parceria num projeto de intervenção comunitária, abordando o tema a ser desenvolvido, o contexto do projeto, a finalidade e os objetivos.

Os participantes, tendo sido esclarecidos acerca do objetivo do projeto ressaltando o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, aceitaram livremente responder ao questionário, assinando previamente o Consentimento Informado (Apêndice IV).

Segundo Nunes (2020, p.19), “uma das pedras angulares de investigação eticamente sólida é o consentimento, (...) pelo qual os investigadores se asseguram que os participantes entendem os riscos e os benefícios, estão cientes dos seus direitos, incluindo o de não participar ou de abandonar o estudo”. A mesma autora aconselha que os dados colhidos devem ser tratados de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes, logo, procedemos à sua codificação (questionários em formato de papel), mantendo o princípio do anonimato, não

tendo sido recolhidos quaisquer dados que permitam a identificação individual. A autorização dos participantes para o armazenamento dos questionários e tratamento das respostas, foi também solicitada.

### 3.1.5. Instrumento de Colheita de Dados

Fortin (2009), refere que o processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

O questionário aplicado (Apêndice V), é composto por: Parte I, referente a dados que permitiram a caracterização sociodemográfica, compõe-se de algumas questões fechadas de resposta múltipla ou dicotómica e ainda questões fechadas de resposta única; Parte II, abordando a caracterização profissional e de formação, com questões de resposta aberta, outras fechadas dicotómicas ou de escolha múltipla e ainda fechadas de resposta única; Parte III, que permitiu uma avaliação dos conhecimentos dos CF, relacionados com a prevenção das úlceras por pressão, utilizando questões de escolha dicotómica (de verdadeiro ou falso), que abrangem todas as dimensões da avaliação do risco de aparecimento de UPP; e, por fim, uma Parte IV, que permitiu perceber as atitudes e comportamentos dos CF relativamente à mesma problemática, através de um conjunto de perguntas fechadas, com opções de resposta pré-preenchidas, com recurso a escala tipo *Likert*, abrangendo, mais uma vez, as diferentes dimensões de avaliação do risco de UPP, nomeadamente as dimensões encontradas na Escala de *Braden*<sup>1</sup>.

Houve a necessidade de se recorrer à aplicação de pré-teste uma vez que o questionário foi elaborado originalmente para este estudo. O pré-teste foi aplicado a Cuidadores Formais da equipa de SAD de uma ERPI, numa amostra de idênticas características, não incluída no estudo. O mesmo permitiu aferir a pertinência das questões, detetar eventuais falhas, avaliar a facilidade de compreensão e verificar a duração do seu preenchimento.

A realização do pré-teste, decorreu com o preenchimento de 10 questionários. Fortin (2009) afirma que o pré-teste “é prova da eficácia e do valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas)” (p.386).

<sup>1</sup>Escala de *Braden* – Instrumento validado em Portugal para a avaliação do risco, no adulto, para o desenvolvimento de UPP (DGS, 2011). Orientação nº 017/2011 – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf)

O mesmo autor alerta que o pré-teste é realizado com a finalidade de permitir que o questionário final evidencie três importantes características: a) fidedignidade, independentemente da pessoa que aplique, obtém-se sempre os mesmos resultados; b) validade, os dados recolhidos são necessários à investigação; c) operatividade, significando vocabulário acessível e significado claro.

Após a análise dos dados do pré-teste não foi necessária qualquer alteração, uma vez que os resultados obtidos iam de encontro às necessidades da investigação.

### **3.1.6. Apresentação e Análise dos Resultados do Questionário Aplicado**

A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos, começa pela utilização de estratégias descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e mostrar os valores obtidos para posteriormente tirar conclusões sobre a população alvo Fortin (2009).

Os dados devem ser tratados e analisados com rigor, de forma agregada e com suporte real e veraz na colheita. Uma análise isenta, cuidadosamente confrontada com o que outros autores tenham produzido (Nunes, 2020).

Resultante da aplicação do questionário, na fase de diagnóstico de situação de saúde, obtivemos os dados que foram tratados estatisticamente através do programa informático *Microsoft Excel 365*. Os resultados encontram-se apresentados em tabelas, quadros e gráficos, permitindo uma melhor interpretação.

O primeiro grupo de questões reflete a caracterização sociodemográfica da população alvo, 34 cuidadores formais das equipas de SAD das instituições da Rede Social de Apoio (RSA), do concelho. Foram incluídos determinantes sociais como, sexo, idade, grau de escolaridade e problemas de saúde, que podem influenciar o estado de saúde individual ou do grupo/comunidade onde se inserem. Alguns desses dados estão apresentados no quadro 7.

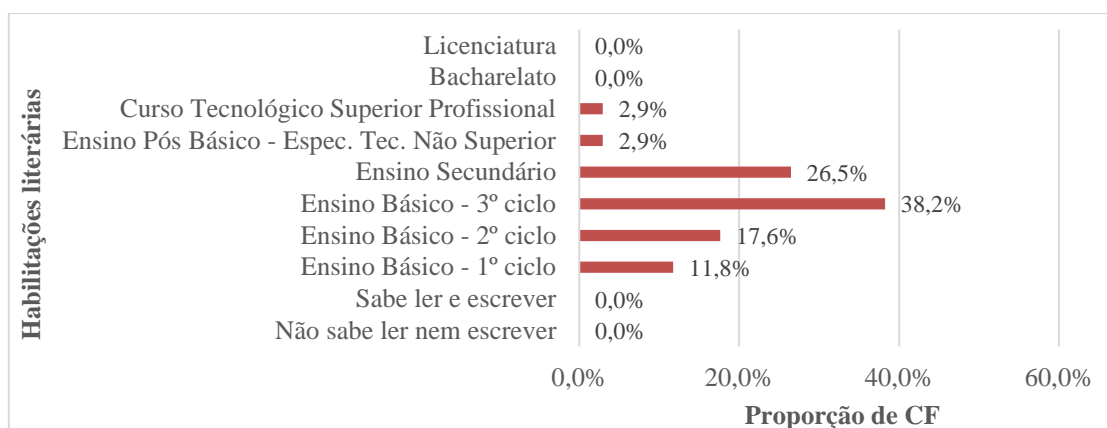
<b>Questão 1 - Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	33	97,10%
Masculino	1	2,90%
<b>Questão 2 - Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
< 25 anos	0	0%
25 – 40 anos	5	14,70%
41 – 60 anos	24	70,60%
Mais de 60 anos	5	14,70%
<b>Questão 3 - Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Solteiro(a)	1	2,90%
Casado(a)	20	58,80%
Divorciado(a)	6	17,60%
Viúvo(a)	2	5,90%
União de Facto	5	14,70%

**Quadro 7:** Distribuição da população-alvo segundo o sexo, idade e estado civil.

*Fonte:* Elaboração própria.

Relativamente aos participantes, constata-se a maioria, quase absoluta de CF do sexo feminino e quando consideramos os grupos etários preconizados no questionário, o mais representado é o dos 41-60 anos (24 elementos, 70,6%) e o grupo etário de < 25 anos tem uma representação nula.

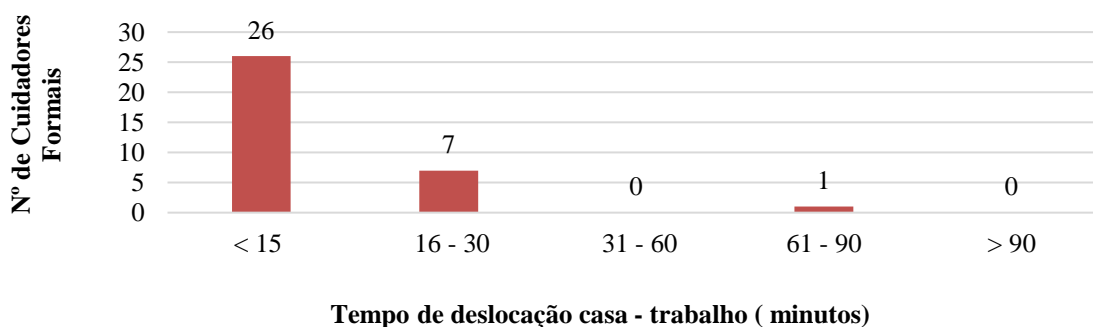
No que diz respeito às habilitações literárias, 38,2% dos CF frequentaram o Ensino Básico 3º ciclo (atual 9º ano de escolaridade), 26,5% o Ensino Secundário, 17,6% frequentaram o Ensino Básico 2º ciclo (atual 6º ano de escolaridade), 11,8% o Ensino Básico do 1º ciclo (atual 4º ano de escolaridade), apenas 1 elemento do grupo frequentou o ensino pós-Básico (Especialização não Superior) constituindo 2,9% e 1 elemento frequentou Curso Tecnológico Profissional Superior (2,9%). De notar que na população-alvo não há CF que não saibam ler ou escrever, mas também não se encontram CF com habilitações literárias em bacharelato, licenciatura ou graus acima. O gráfico 15 permite-nos observar uma grande discrepância na formação académica do CF.



**Gráfico 15:** Distribuição segundo as habilitações académicas dos CF.

*Fonte:* Elaboração própria.

Procurando saber o tempo investido pelos CF na deslocação para o local de trabalho, percebemos que 26 CF (76,5%) habitam muito perto do seu local de trabalho (menos de 15 minutos). Uma vez que as instituições parceiras do projeto se encontram sedeadas de forma dispersa pelo território de concelho, localizadas nas diferentes freguesias e que todas as freguesias distam entre si dezenas de quilómetros, pudemos constatar que a grande maioria dos CF residem nessas mesmas freguesias (onde se localizam as respetivas instituições) ou muito perto delas. No entanto, 7 elementos (20,58%) referem demorar entre 16 e 30 minutos e apenas 1 elemento (2,94%) gasta entre 61 e 90 minutos do seu dia para se deslocar para o trabalho, gráfico 16.



**Gráfico 16:** Distribuição segundo o tempo despendido na deslocação para o trabalho.

*Fonte:* Elaboração própria.

Quando inquiridos sobre os principais problemas de saúde, os CF reportaram os referidos no quadro 8:

Problemas de Saúde	n	%
HTA	4	11,80%
Diabetes	4	11,80%
Dores articulares e musculares	21	61,80%
Varizes	9	26,50%
Dores de cabeça	6	17,70%
Insónias	0	0%
Outros	3	8,80%

**Quadro 8:** Distribuição da população-alvo por problemas de saúde que os afetam.

*Fonte:* Elaboração própria.

As dores articulares e musculares são o problema de saúde que mais afeta o grupo, sendo referido por 61,8% dos CF. Estes dados poderão indiciar a adoção de posturas incorretas no desenvolvimento do seu trabalho diário. Destaca-se ainda a presença de varizes em mais de um quarto dos CF (26,5%) e de cefaleias em 17,7% dos participantes.

Relativamente às questões relacionadas com o vínculo laboral, a experiência profissional e formação, foram obtidos os seguintes resultados, apresentados no quadro 9:

Categoria Profissional	n	%
Auxiliar de Ação direta	21	61,80
Ajudante de lar e centro de dia	2	5,90
Ajudante familiar	10	29,40
Operadora de lavandaria	0	0
Encarregada de setor	0	0
Cozinheira ou Ajudante de cozinheira	0	0
Trabalhadora de serviços gerais	1	2,90
Vínculo com a Instituição	n	%
Contrato de trabalho a termo certo	12	35,30
Efetivo	18	52,90
Trabalho temporário	4	11,80
Contrato de trabalho de muito curta duração	0	0
Prestação de serviços	0	0
Contrato de trabalho a tempo parcial	0	0
Experiência no Cuidado à Pessoa com Dependência (Anos)	n	%
< de 1	4	11,80
1 – 5	8	23,50
5 – 10	7	20,60
Mais de 10	15	44,15
Trabalho Semanal (Horas)	n	%

< de 25	0	0
25 – 35	1	2,90
35 – 40	32	94,15
Mais de 40	1	2,90
<b>Tipologia de Horário</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rotativo/turnos	4	11,80
Fixo	31	88,20

**Quadro 9:** Dados da caracterização profissional, relativos a categoria profissional, tipologia de vínculo com a instituição, experiência no cuidado à pessoa com dependência (anos), horas de trabalho semanal realizado e tipologia de horário.

*Fonte:* Elaboração Própria.

Podemos verificar que, relativamente à categoria profissional, os CF que pertencem às equipas de SAD são maioritariamente Auxiliares de Ação Direta, categoria a que pertencem 61,8%. Outra categoria que se destaca é a de Ajudante Familiar à qual pertencem 10 dos elementos (29,4%). Para além do descrito anteriormente, 2 elementos são da categoria de Ajudante de Lar e Centro de Dia (5,9%) e apenas 1 elemento é da categoria de Trabalhador de Serviços Gerais (2,9%). Não existem, nestas equipas, CF de outras categorias profissionais.

No que se refere ao vínculo laboral, apenas cerca de metade dos CF (52,9%), é efetiva na instituição em que labora. Este facto, relacionado com o vínculo profissional, sugere a hipótese de grande rotatividade de funcionários nestas funções.

Com contrato de trabalho a termo certo são 35,3% (12), e apenas 4 CF detém um vínculo laboral de trabalho temporário (11,8%), não existindo CF a trabalhar sob outros regimes.

Acerca do tempo de experiência dos CF na prestação de cuidados à pessoa com dependência, a maioria dos elementos do grupo (15 elementos, 44,1%) referem possuir mais de 10 anos de experiência. No intervalo entre 5 e 10 anos de experiência cabem 7 CF (20,6%). Com menor número de anos de experiência são 8 elementos (23,5%) que referem trabalhar no cuidado à pessoa dependente entre 1 e 5 anos, e ainda, com menos de 1 ano de experiência neste trabalho, estão 4 CF do grupo (11,8%).

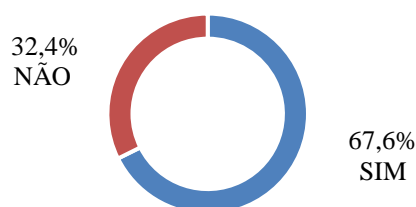
A maioria do CF (94,1%) trabalha entre 36 e 40 horas semanais. Apenas 1 CF refere trabalhar mais de 40 horas semanais e outro CF que relata trabalhar entre 25 e 35 horas em cada semana. Atendendo a que a lei laboral portuguesa estabelece um máximo de 8 horas de trabalho diário e de 40 horas de trabalho semanal (Código do Trabalho, Lei nº 7/2009), confirmamos que quase totalidade dos inquiridos exercem um horário de trabalho dentro do quadro legal.

Relativamente à tipologia de horário de trabalho, apenas 4 CF (11,8%), constituindo os elementos do grupo afetos a uma única instituição, laboram por turnos/horário rotativo. Os restantes 88,2%, pertencentes às outras 5 Instituições, laboram em horário fixo. Esta diferença deve-se ao facto de a instituição a que pertencem os 4 CF, com trabalho por turnos/rotativo, assegurar não apenas o SAD, mas também ser uma ERPI, onde os mesmos cuidadores asseguram eles também o trabalho noturno na residência. As restantes 5 instituições apenas oferecem Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia.

Quando questionados se, caso tivessem oportunidade, trocariam de profissão, obtivemos esmagadora maioria de CF (82,3%) a responder que “não mudaria de profissão”. Efetivamente, apenas 6 dos CF (17,6%), respondeu que “mudaria de profissão”.

No que concerne ao facto de exercerem outra atividade profissional, a franca maioria dos CF (91,2%) assume que não exerce qualquer outra atividade.

Procurámos saber se o grupo de CF realizou formação profissional na área de cuidados à pessoa com dependência e o resultado encontra-se apresentado no gráfico 17. Assim, 67,6% referem já terem frequentado formação nesta temática, mas, por outro lado, 32,4% admitem nunca ter recebido formação na área em que exercem as suas funções, o que mostra uma percentagem significativa de cuidadores sem formação nesta área.



**Gráfico 17:** Distribuição por frequência de formação contínua na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência.

*Fonte:* Elaboração própria.

Da mesma forma, procurámos indagar se essa formação era recente ou não. Obtivemos respostas que nos permitiram concluir que mais de metade dos CF frequentaram formação na área do exercício das suas funções. No entanto, para metade desses, já teria ocorrido há mais de 3 anos.

Respondendo às questões sobre a formação inicial e contínua promovida pelas instituições, todos os CF referiram formação disponibilizada pelas entidades empregadoras, tendo identificado a frequência de ações de formação nas seguintes áreas temáticas (gráfico 18):

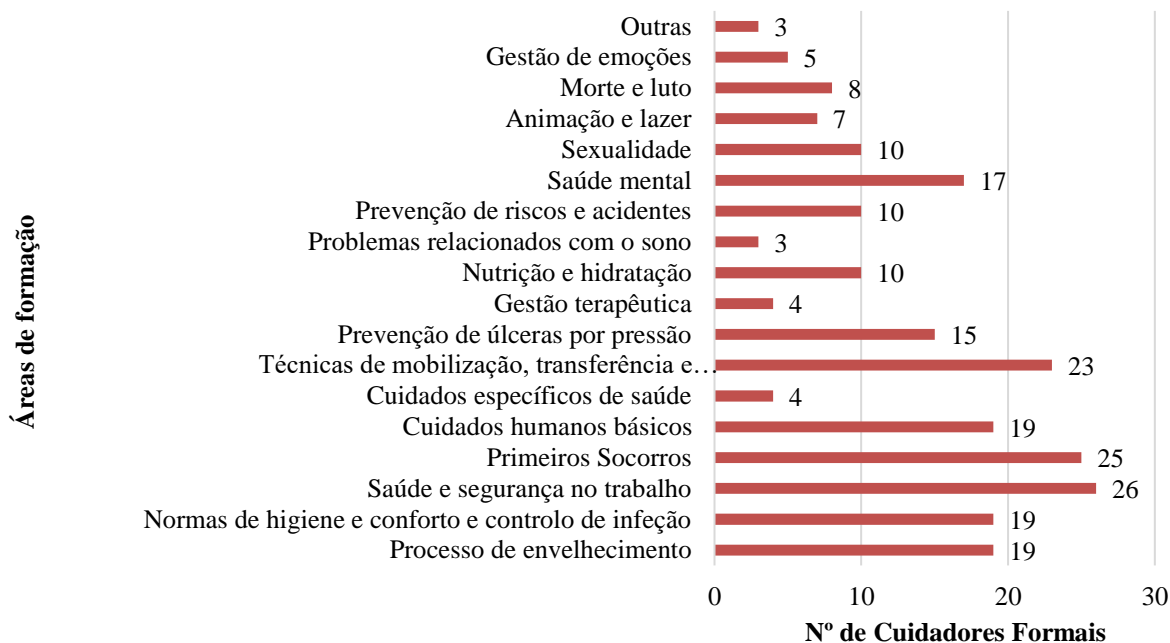


Gráfico 18: Distribuição por áreas de formação já frequentada pelos CF.

Fonte: Elaboração própria.

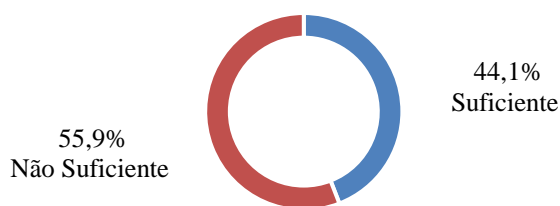
A maioria dos CF refere já ter tido a oportunidade de realizar formações em várias temáticas, sendo que os três temas mais abordados foram “Saúde e Segurança no Trabalho” (76,5%), seguido de “Primeiros Socorros” (73,5%) e “Técnicas de Mobilização, Transferência e Posicionamentos” (64,6%).

Outras temáticas foram apontadas pelos CF, como formação em “Saúde Mental” frequentada por 50% dos CF e “Prevenção de UPP” frequentada por 44,1% (15 CF).

Os temas menos desenvolvidos foram “Cuidados Específicos de Saúde (nebulização, oxigenoterapia, BIPAP)” referido por 11,8% e “Gestão Terapêutica” e “Problemas relacionados com o Sono” apontados por 8,8%.

Em questão de resposta aberta, foram referidos temas como: “Gestão de Conflitos”, “Demências” e “Colocação de fraldas no Adulto”.

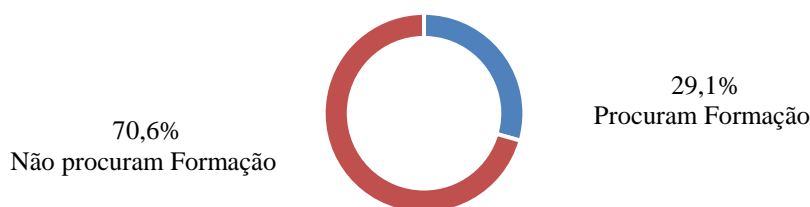
Perante a questão se consideram que a formação frequentada é, ou não, suficiente, as respostas dividem-se de forma muito equilibrada, sendo que, 55,9% consideram que a sua formação não é suficiente para o exercício das suas funções laborais e 44,1% consideram-na suficiente, gráfico 19.



**Gráfico 19:** Distribuição por opinião acerca da formação para o desempenho das funções laborais.

**Fonte:** Elaboração própria.

Inquiridos os CF sobre o aspeto de procurarem formação contínua fora das instituições onde trabalham, nomeadamente na área do envelhecimento e prestação de cuidados, apuramos que menos de um terço dos participantes têm essa iniciativa. De facto, 70,6% afirmam que não têm essa preocupação, gráfico 20.

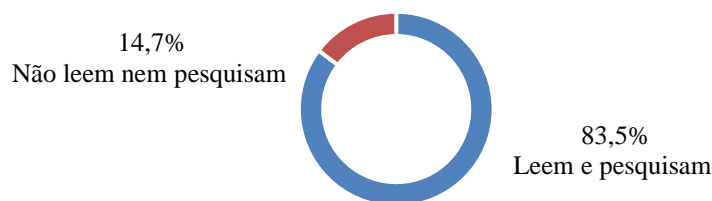


**Gráfico 20:** Distribuição por procura de formação externa à instituição de origem.

**Fonte:** Elaboração própria.

Questionados sobre a importância da formação contínua (pelo menos uma vez por ano), para o desempenho das suas funções, a maioria é da opinião de que esta atividade formativa os prepara para o seu trabalho e se reveste de importância.

Quanto ao hábito de ler ou pesquisar sobre temas relacionados com a área de trabalho, 29 dos CF (85,3%), respondem ter esse hábito. No entanto, 14,7% responderam que, por norma, não leem nem pesquisam sobre temáticas relacionadas com o seu desempenho laboral, gráfico 21.



**Gráfico 21:** Distribuição por hábito de leitura e pesquisa de temas relacionados com o trabalho.

**Fonte:** Elaboração própria.

Quando questionados sobre as fontes de informação e pesquisa de assuntos relacionados com a sua área laboral, 47,0% responderam que pesquisam nas redes sociais; 44,1% que fazem uso da

internet; 32,4% que têm por hábito ler em livros e 2,9% afirma direcionar a sua leitura para revistas científicas, gráfico 22. Este aspeto remete-nos a considerar que o envolvimento dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, poderá constituir um contributo de significativa importância para a capacitação dos CF em termos de literacia em saúde, tendo por base evidência científica.



Gráfico 22: Distribuição por locais de pesquisas temáticas.

Fonte: Elaboração própria.

Uma percentagem muito significativa dos participantes (97,1%), considera relevante a formação contínua para o seu desempenho profissional, facto que também pode ser comprovado pela solicitação expressa de temas que gostariam de ver desenvolvidas em formação.

Colocada uma questão aberta, onde foi solicitado referirem três temas que gostassem de ver abordados em formação, as respostas foram muito díspares. De notar que houve CF que não elencaram quaisquer temáticas (26,47%). De entre os CF que responderam (73,52%), muitas foram as temáticas sugeridas, como se pode observar no gráfico 23.

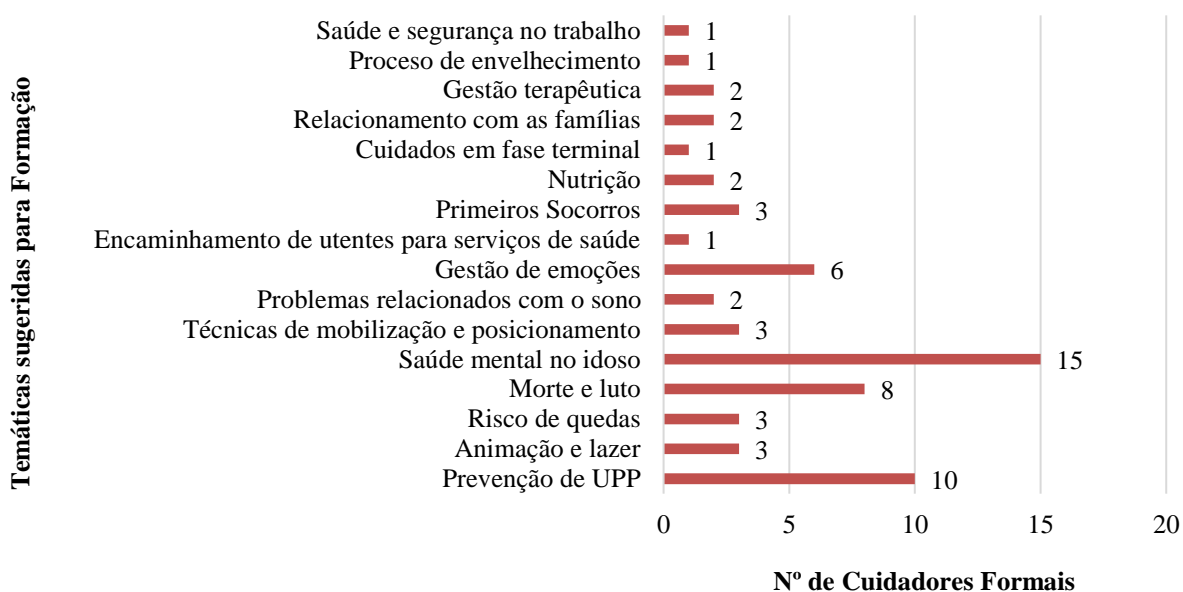


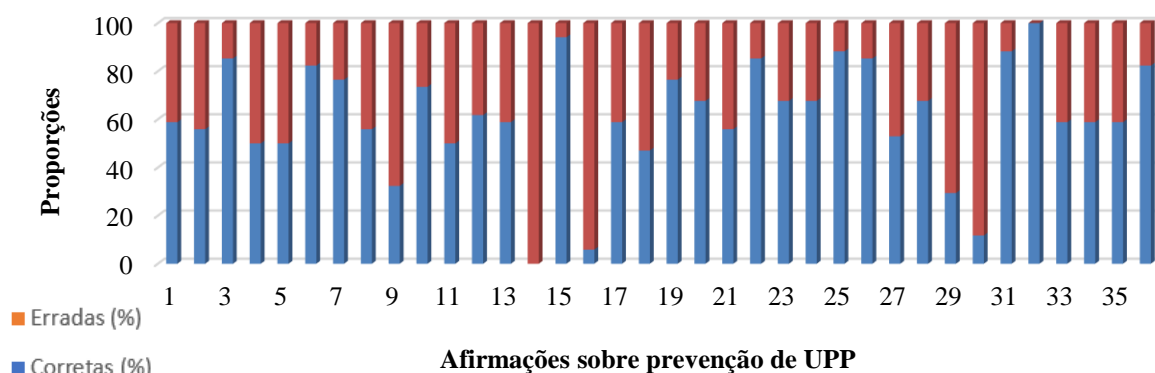
Gráfico 23: Distribuição por temáticas sugeridas para formação.

Fonte: Elaboração própria.

Analisando as escolhas que os CF apresentaram podemos afirmar que existem duas temáticas de eleição: o tema “Saúde Mental no Idoso”, referido por 44,11% e “Prevenção de Úlceras por Pressão” sugerido por 29,41% dos participantes.

Apontamos ainda a importância de outras temáticas para os CF, como: “Morte e Luto” apontado por 23,52% e “Gestão de Emoções”, referido por 17,64%.

A segunda parte do instrumento de recolha de dado teve como objetivo avaliar os conhecimentos sobre prevenção de UPP. O gráfico 24, abaixo, revela os resultados obtidos:



**Gráfico 24:** Distribuição por respostas corretas e incorretas relativamente à “Prevenção de Úlceras por Pressão”.

*Fonte:* Elaboração própria.

Destacamos que, apesar de algumas afirmações terem sido consideradas incorretas por muitos participantes, a maioria mostrou ter conhecimento sobre o tema, respondendo acertadamente a mais da metade das questões. No entanto, é de assinalar que houve um limite para o conhecimento dos participantes, uma vez que cerca de 80% deles acertaram apenas 9 das afirmações, o que sugere que o conhecimento sobre o tema pode não ser tão amplo quanto se poderia esperar.

Com base nos resultados apresentados, é possível constatar que existe uma margem considerável para aprimoramento do conhecimento e da conscientização em relação à prevenção de úlceras por pressão. Essa melhoria pode contribuir significativamente para a capacitação dos profissionais de saúde, a fim de que sejam mais eficazes na prevenção de riscos associados ao desenvolvimento de UPP.

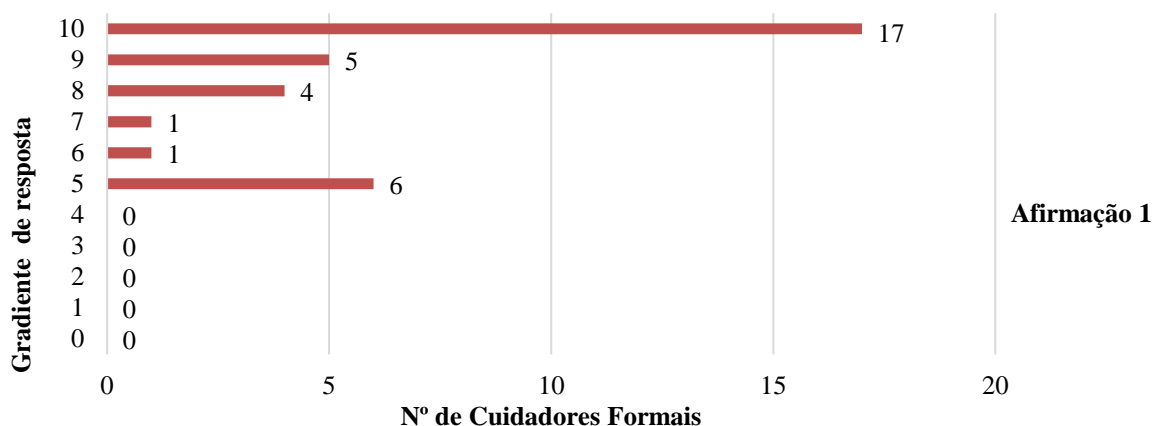
Na última parte do questionário, Parte IV, foram avaliadas as atitudes e comportamentos dos CF na prevenção de UPP.

Numa questão tipo *Likert* com 11 opções de escolha (de 0 a 10), puderam os elementos do grupo definir, para cada uma das 10 afirmações apresentadas, em qual se situava a sua opinião,

sendo que 0 representava “em nenhuma das visitas domiciliárias” e o 10 correspondia a “em todas as visitas domiciliárias”.

As afirmações faziam referência a situações, durante a prestação de cuidados à pessoa com dependência no seu domicílio, abordando todas as dimensões avaliadas na Escala de Braden.

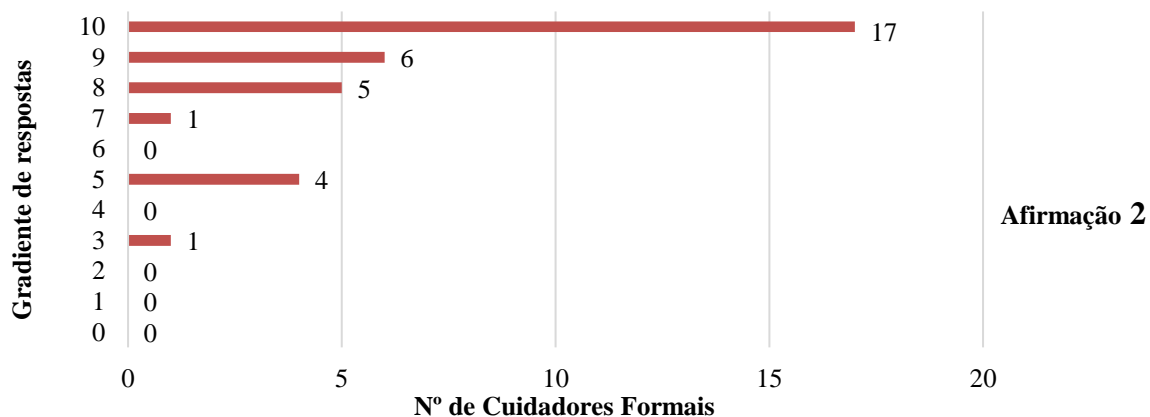
De acordo com os dados, foi constatado que metade do grupo afirmou aplicar seus conhecimentos em prevenção de UPP em todas as visitas domiciliárias realizadas, e nenhum profissional afirmou utilizar os seus conhecimentos em menos de metade dessas visitas, gráfico 25.



**Gráfico 25:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 1 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP e coloco-os em prática nas visitas domiciliárias”.

*Fonte:* Elaboração própria.

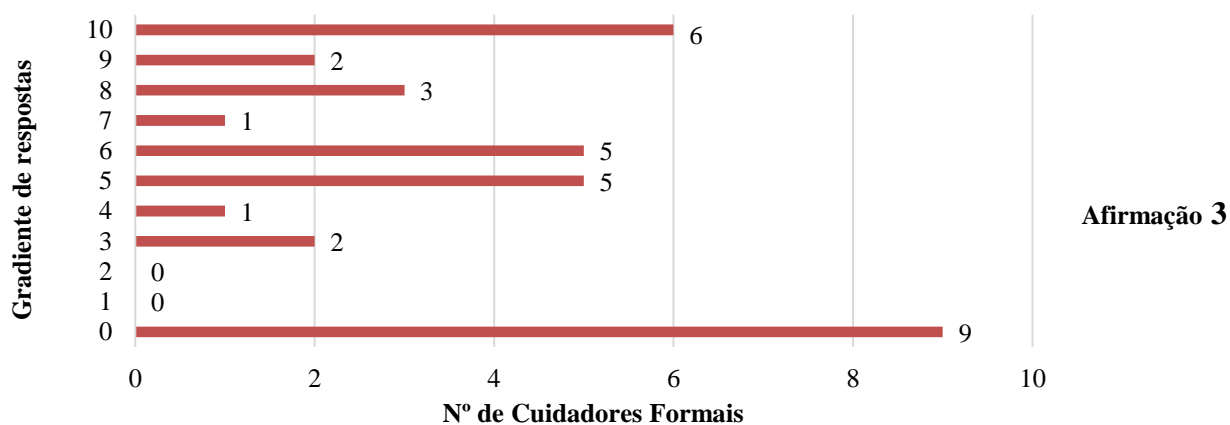
À imagem da primeira afirmação, 50% dos elementos respondeu que aplica os conhecimentos de como prevenir as UPP, no domicílio dos utentes, em 100% das visitas. Apenas 4 CF os aplica em 50% das visitas que realiza, gráfico 26.



**Gráfico 26:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 2 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP e penso que devo aplicá-los no domicílio dos utentes com uma periodicidade de:”

*Fonte:* Elaboração própria.

No cenário criado pela terceira afirmação, os CF encontram-se mais dispersos nas suas atitudes e comportamentos, enquanto os dois extremos de opinião têm adeptos, gráfico 27.

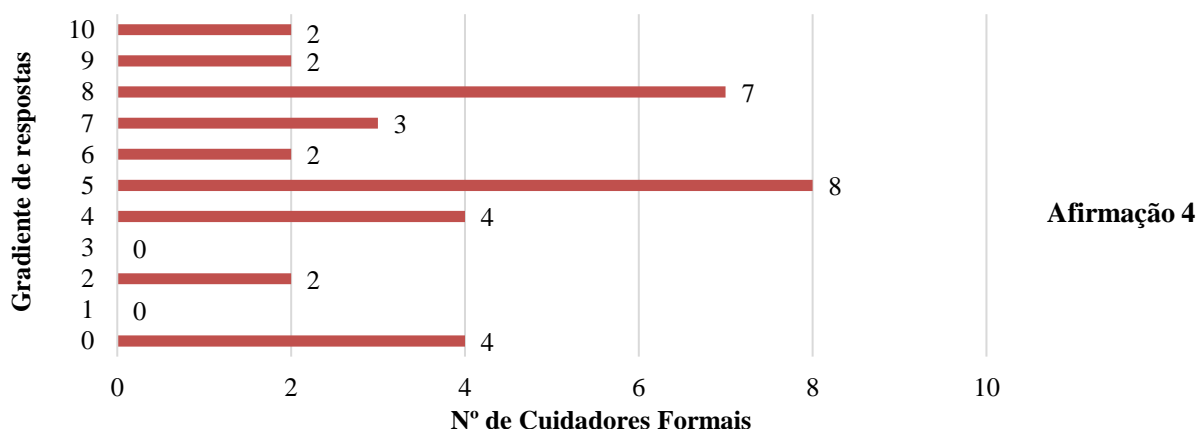


**Gráfico 27:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 3 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de tempo:”

*Fonte:* Elaboração própria.

No seu conjunto, 29,4% considera que encontra dificuldades para colocar em prática os seus conhecimentos acerca da prevenção das UPP por falta de tempo, referindo que apenas os aplicam em cerca de metade das suas visitas domiciliárias. No entanto, 26,5% mostra ter sempre tempo para colocar em prática os seus conhecimentos e 17,6% nunca tem tempo para assim proceder.

Ao examinar o gráfico 28, é possível observar que 14 CF alegam que, devido à falta de recursos nas residências dos utentes, só conseguem aplicar os seus conhecimentos sobre a prevenção de úlceras por pressão em cerca de 50% das visitas domiciliárias.



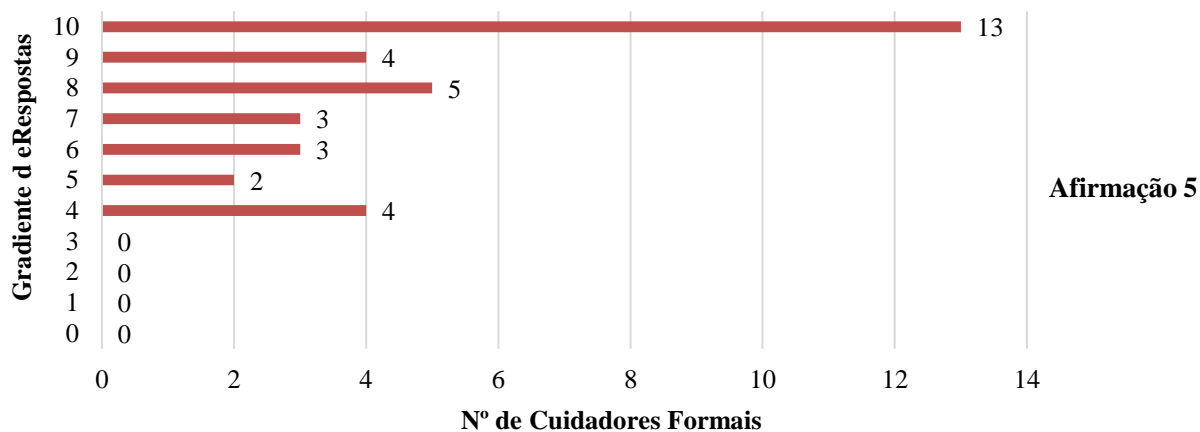
**Gráfico 28:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 4 – “Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de recursos em casa dos utentes (material de apoio para posicionamentos e transferências):”

*Fonte:* Elaboração própria.

Há 4 CF que possuem todos os recursos materiais necessários para a prevenção de UPP nos domicílios dos utentes e aplicam seus conhecimentos em todas as visitas. Além disso, há 2 profissionais que conseguem aplicar seus conhecimentos na maioria das visitas (exceto em 20% delas) por conta da falta de recursos.

No entanto, 17% dos CF enfrentam muitas dificuldades para realizar adequadamente a prevenção de UPP, devido à falta de material de apoio para posicionamentos e transferências dos pacientes. Há também 2 profissionais que nunca conseguem realizar a prevenção de UPP por falta de material.

Relativamente à avaliação da humidade e coloração da pele dos utentes, a maioria dos CF sente que tem as condições reunidas, para o realizar, em muitas das visitas domiciliárias, gráfico 29.

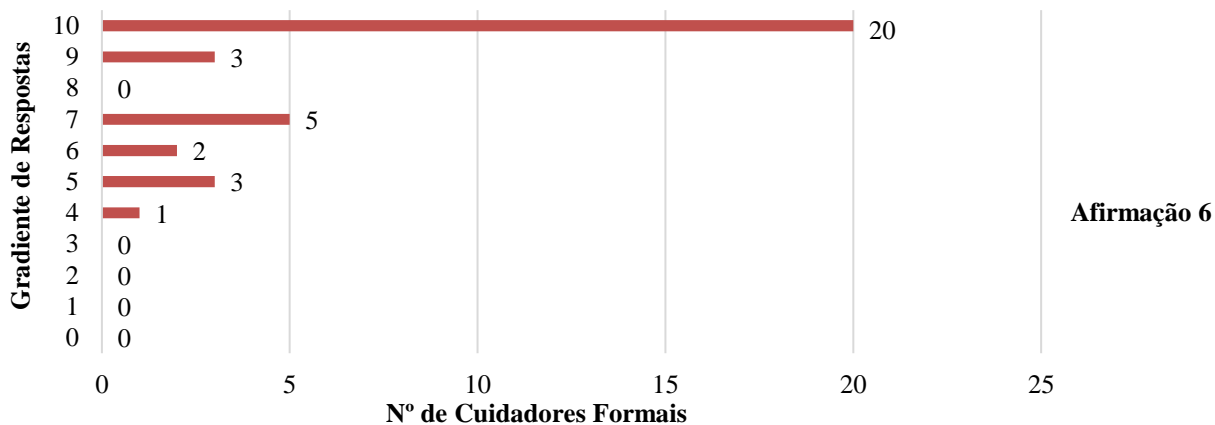


**Gráfico 29:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 5 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para a avaliar a humidade e coloração da pele de todos os utentes:”

*Fonte:* Elaboração própria.

Entre os CF, 13 afirmam ter as condições necessárias em 100% das visitas domiciliárias realizadas para avaliar os aspetos relacionados à humidade e coloração da pele. Já outros 9 (representando 26,5% do grupo) afirmam ser capazes de avaliar tais aspetos em cerca de metade das visitas domiciliárias, enquanto outros 12 afirmam conseguir avaliar a pele dos pacientes na maioria das vezes. É importante destacar que nenhum dos CF relatou não possuir as condições necessárias para avaliar a humidade e coloração da pele dos utentes.

Quanto à avaliação do padrão de atividade dos utentes, obtivemos resultados que apontam que os CF o conseguem realizar mais de 50% das vezes, gráfico 30.

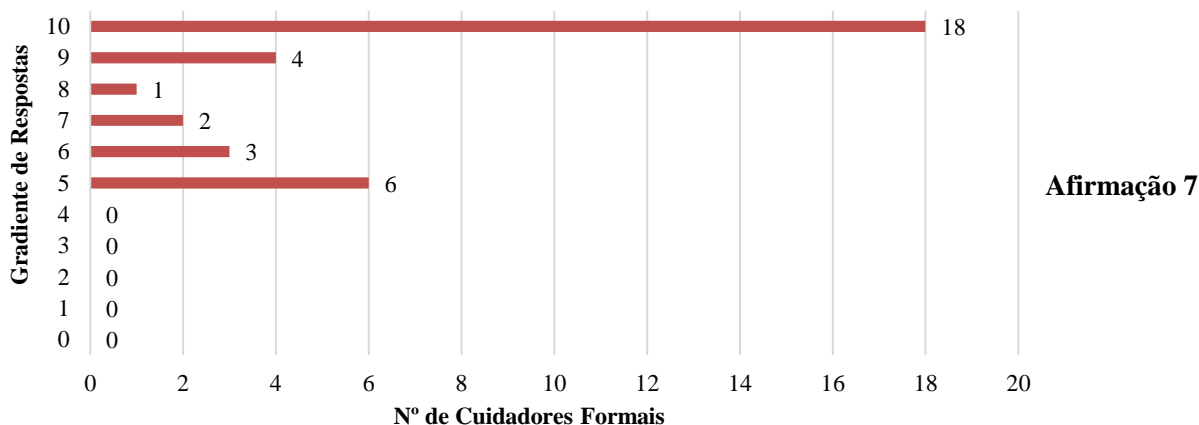


**Gráfico 30:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 6 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração do padrão de atividade dos utentes (passaram a caminhar menos, a estar mais tempo no cadeirão ou na cama):”

*Fonte:* Elaboração própria.

Apenas um dos CF relatou possuir as condições necessárias para avaliar o padrão de atividade dos pacientes em menos de metade das visitas domiciliares realizadas. No entanto, a maioria dos profissionais (58,8%) afirma ter as condições reunidas para realizar essa avaliação em todas as visitas domiciliares.

De acordo com as respostas obtidas, os CF afirmam ter as condições necessárias para avaliar as alterações no padrão de mobilidade das pessoas com dependência em metade ou mais das visitas domiciliares que realizam, gráfico 31.



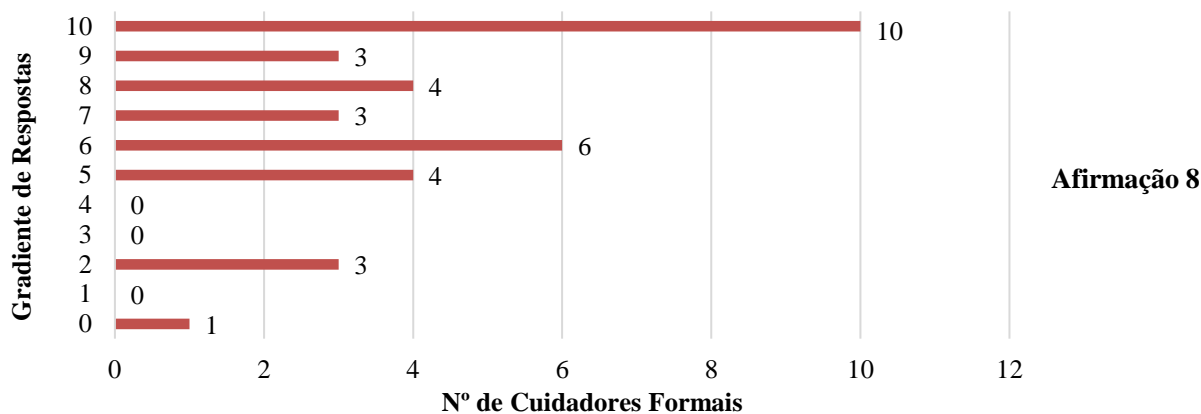
**Gráfico 31:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 7 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para a avaliar se houve alteração no padrão de mobilidade dos utentes (se passaram a ter mais dificuldade em alternar ou controlar a posição do seu corpo):”

*Fonte:* Elaboração própria.

No entanto, mais da metade dos profissionais de saúde (52,9%) afirmaram possuir as

condições necessárias para avaliar as alterações no padrão de mobilidade das pessoas com dependência em todas as visitas domiciliares realizadas.

Relativamente à avaliação de alterações no padrão de alimentação dos utentes, a maioria dos CF diz possuir condições para essa avaliação, na maioria das visitas domiciliárias, gráfico 32.

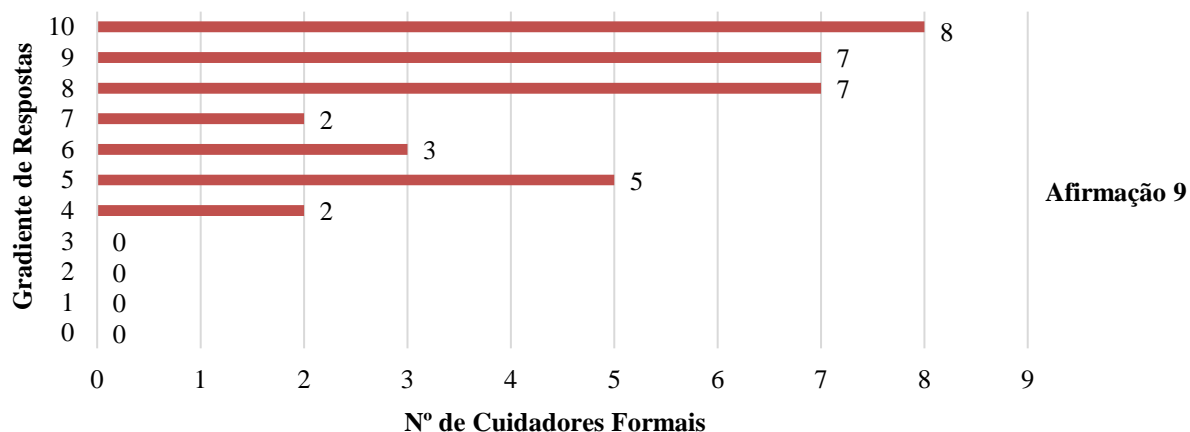


**Gráfico 32:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 8 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de alimentação dos utentes (se passaram a comer menos refeições, alteração na ingestão de líquidos):”

*Fonte:* Elaboração própria.

A maioria dos CF (88,2%) afirmaram possuir as condições necessárias para avaliar as alterações no padrão de mobilidade das pessoas com dependência em mais da metade das visitas domiciliares realizadas. Além disso, 10 CF afirmaram poder realizar essa avaliação em todas as visitas.

Em relação às condições presentes no domicílio dos utentes que permitam aos CF atuar diante de todas as alterações identificadas como potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, gráfico 33, não foi identificado nenhum CF sem acesso a tais condições.

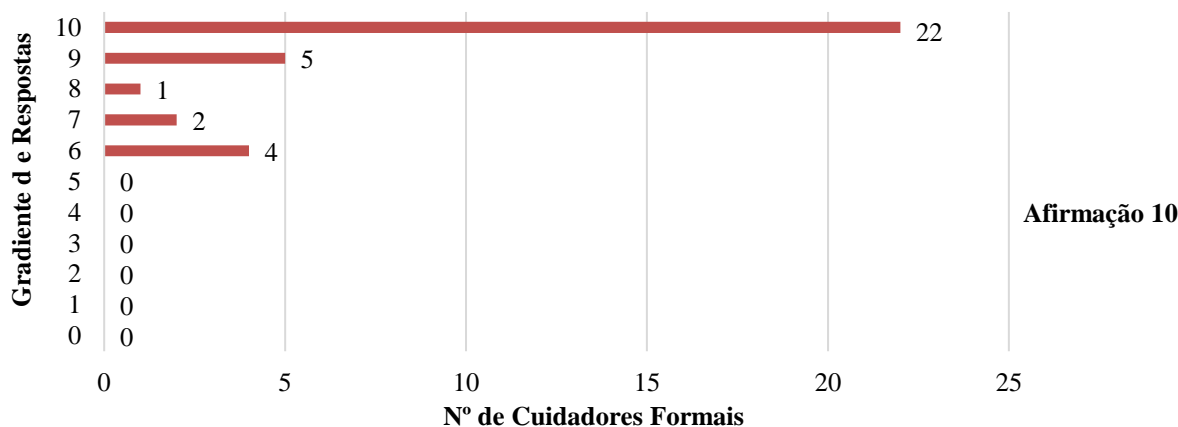


**Gráfico 33:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 9 – “Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para atuar corretamente perante todas as alterações que identifico, com potencial risco de os utentes desenvolverem UPP:”

*Fonte:* Elaboração própria.

Os CF afirmam ter condições adequadas para atuar em todas as alterações identificadas, que representam risco potencial de desenvolver UPP, entre 40 a 100% das visitas que realizam. A maioria, correspondente a 55,88%, diz ter essas condições na maior parte das vezes, enquanto apenas 2 CF afirmam ter condições em 40% das visitas domiciliárias que realizam.

Em relação à identificação do risco de UPP nos utentes, os CF sentem que, na sua prática clínica, o identificam e reportam à diretora técnica ou equipa de enfermagem, na maioria das vezes, gráfico 34.



**Gráfico 34:** Representação gráfica das respostas dos CF, relativamente à afirmação 10 – “Sinto que, na minha prática profissional, identifico a probabilidade de os utentes desenvolverem UPP e reporto a situação à diretora técnica do SAD ou à equipa de enfermagem:”

*Fonte:* Elaboração própria.

No grupo, a maioria, ou seja, 64,70%, afirma que identifica e reporta o risco de UPP em todas as visitas domiciliárias. Entretanto, é necessário perceber por que 12 CF não conseguem identificar e/ou comunicar esse risco em todas as vezes em que ele está presente.

### 3.1.7. Problemas Identificados

Ao concretizar o diagnóstico de situação é expectável que no final do mesmo se identifique um conjunto de problemas, pelo que se torna essencial compreender este conceito. Tavares (1992) define problema de saúde como o estado de saúde que é entendido como deficitário para o utente, profissional de saúde ou para uma comunidade.

A identificação das necessidades sentidas e expostas pelos indivíduos de uma comunidade são

importantes, quer no diagnóstico, quer na fase da escolha de prioridades ou ainda na organização das atividades, na estratégia ou na programação destas. Imperatori & Giraldes (1992) destacam que “as necessidades reais são aquelas que são determinadas pelos técnicos com as limitações próprias do conhecimento da realidade” (p. 45), sendo que esta percepção se complementa com as necessidades sentidas pela população alvo.

As necessidades da população-alvo podem ser classificadas em expressas e não expressas. As necessidades expressas referem-se às solicitações diretas de serviços ou cuidados de saúde, que nem sempre correspondem a necessidades reais. Por outro lado, as necessidades não expressas são identificadas por meio de análise do investigador e são resultado do equilíbrio entre as necessidades sentidas expressas, a oferta disponível e as necessidades reais existentes. É fundamental que essas necessidades sejam conciliadas com a população alvo, tendo em consideração as suas crenças, atitudes e opiniões (Imperatori & Giraldes, 1992).

Após o diagnóstico de situação realizado identificámos problemas na prestação de cuidados ao idoso e à pessoa com dependência, no que respeita à capacidade dos CF identificarem situações de risco de UPP e relativamente às suas atitudes e comportamentos de prevenção.

Por sua vez parcela significativa dos CF, demonstraram como necessidade sentida e expressa obterem formação contínua na temática da Saúde Mental do Idoso e da Prevenção das UPP.

Apresentamos uma síntese dos problemas identificados, no quadro 10.

<b>Problemas Identificados</b>
Elevado número de CF que prestam cuidados sem formação prévia.
Elevado número de CF sem formação contínua há mais de 3 anos.
Baixa motivação para procurar, individualmente, formação fora do local de trabalho.
Elevado número de CF que pesquisam e leem, sobre temas do âmbito do seu trabalho, em fontes não fidedignas.
Elevado número de CF com necessidade de formação em Prevenção de UPP.
Elevado número de CF com necessidade de formação em Saúde Mental no Idoso.
Elevado número de CF que alega ter falta de tempo para prevenção de UPP.
Elevado número de CF que alega não ter recursos, no domicílio dos utentes, para a prevenção das UPP.
Elevado número de CF que não identifica e/ou não comunica situações de risco de UPP.

**Quadro 10:** Problemas identificados pela aplicação de questionário aos CF de SAD.

*Fonte:* Elaboração própria.

Após a identificação dos problemas supracitados, concluímos existirem lacunas na formação dos CF, no âmbito da prevenção das UPP. Devemos destacar que cuidar de pessoas dependentes

requer a aquisição de habilidades gerais e específicas para prestar assistência à pessoa que apresenta incapacidade física ou mental, total ou parcial, nas atividades da vida diária e no autocuidado (Miranda, 2020).

Analisando os resultados da aplicação do instrumento de colheita de dados junto dos CF, sobre as suas atitudes e comportamentos na prestação de cuidados, julgamos ser imprescindível instruir e treinar procedimentos e técnicas, adequando-os da melhor forma possível às condições existentes no contexto do domicílio dos utentes. Nesta sequência, emerge a necessidade dos CF serem detentores de qualificação e formação profissional adequada para a realização do cuidado permanente de pessoas idosas vulneráveis (Minayo, 2019).

No entanto, estabelecer prioridades implica fazer uma escolha entre os problemas mais relevantes em um determinado momento, tornando-se imperativo proceder à priorização dos problemas identificados.

### 3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é considerada como a essência num processo de tomada de decisão (Tavares, 1992).

Encontramo-nos na fase respeitante à seleção de prioridades que consiste na ordenação dos problemas de acordo com o seu grau de importância, orientados pelo diagnóstico de situação e determinando a definição dos objetivos.

Atendendo às necessidades expressas pelos CF, a temática “Prevenção de Úlceras por Pressão”, reconhecida como prioritária pela equipa da UCC, também se reveste de interesse e prioridade para os CF das equipas de SAD. No entanto, outra necessidade identificada refere-se à “Saúde Mental no Idoso”. Ambas as áreas de intervenção se encontram incluídas no Plano de Ação da UCC.

Apesar da importância dos problemas identificados é necessário o uso de critérios para perceber quais os prioritários para a intervenção comunitária. Outro aspeto que não se pode descuidar é que os problemas identificados devem poder ser comparáveis para possibilitar a sua seleção (Imperator & Giraldes, 1993). Estes autores mencionam que durante a fase de priorização dos problemas, é importante considerar duas dimensões: uma relacionada principalmente com o tempo e outra com os recursos. A dimensão temporal deve contemplar as necessidades atuais e futuras,

sem negligenciar as recorrentes.

Para a determinação de prioridades, consideram-se como principais critérios a importância do problema, a capacidade de solucioná-lo e a exequibilidade da solução, apesar da diversidade de critérios propostos por diferentes autores, não existem normas ou métodos universais para combiná-los (Pineault & Daveluy, 1987), assim, foram escolhidos e estudados os seguintes critérios para seleção de prioridades, definidos por Imperatori e Giraldes (1993):

**Magnitude** – provavelmente o critério mais simples e conhecido, utilizado para definir a importância de um problema de saúde, este critério caracteriza o problema pela sua dimensão (Tavares, 1992), normalmente definida em função de indicadores epidemiológicos.

Neste processo de priorização foi considerado o impacto negativo que a ausência de intervenção, ao nível do projeto, poderia acarretar se não fossem considerados os dois problemas valorizados pela equipa e supracitados. Não se pode ignorar que foram estas as duas temáticas mais mencionadas pelos CF para efeitos de necessidade em formação contínua.

**Vulnerabilidade** – a vulnerabilidade, ou capacidade de solucionar um problema, corresponde à possibilidade de intervenção (Tavares, 1992), ou seja, à sensibilidade do problema à nossa intervenção (Pineault & Daveluy, 1987). Ainda em relação a este critério, os mesmos autores referem que a sua aplicação permite avaliar se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação.

Na verdade, as UPP desenvolvidas pelos utentes com dependência, podem ser prevenidas pela adoção de atitudes e comportamentos por parte dos CF, pois “cerca de 95% das úlceras por pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco (DGS, 2011).

Por outro lado, o crescente número de pessoas com demência coloca novos desafios às instituições de terceira idade e aos cuidadores formais (Barbosa et al, 2011). “A demanda de cuidado ao idoso com demência transcende o âmbito familiar e torna-se uma questão de saúde pública” (Siewert et al., 2020, p. 11).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área, pelo que este critério se torna essencial, uma vez que o processo de planeamento pretende empregar os recursos onde produzem maior resultado.

Com base nestes pressupostos, a equipa multidisciplinar da UCC considerou existirem recursos quer na comunidade quer nos cuidados de saúde, quer ainda nas parcerias geradas, para intervir e providenciar soluções ao nível dos problemas priorizados.

**Potencial de transcendência** – o potencial das áreas selecionadas para intervenção comunitária, contribuir para o sucesso noutras áreas de potencial intervenção, como sendo outros problemas de saúde, consequência das UPP, nomeadamente infeções e aumento da dependência ou ainda aumento dos custos financeiros no tratamento de feridas. As UPP são feridas dolorosas, de cicatrização lenta, podendo necessitar de cirurgias frequentes o que impõe um grande peso financeiro em todos os sistemas de saúde a nível mundial (Gefen, 2018). A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* refere que os custos diretos com os tratamentos por úlcera variam entre os 400 e os 56 mil euros, lembrando que estes custos não incluem os custos humanos de quem vive com uma UPP, associados à sintomatologia incapacitante, deslocações frequentes, absentismo laboral, aos tempos de espera para realização de tratamentos e à perda do papel familiar e social (Despacho n.º 1400- A/2015). São inegáveis os benefícios que a prevenção proporciona.

No que concerne à saúde mental no idoso, o aumento da literacia em saúde, nesta área, promove a excelência no cuidar, tal como a diminuição do desgaste psicológico, também em quem cuida.

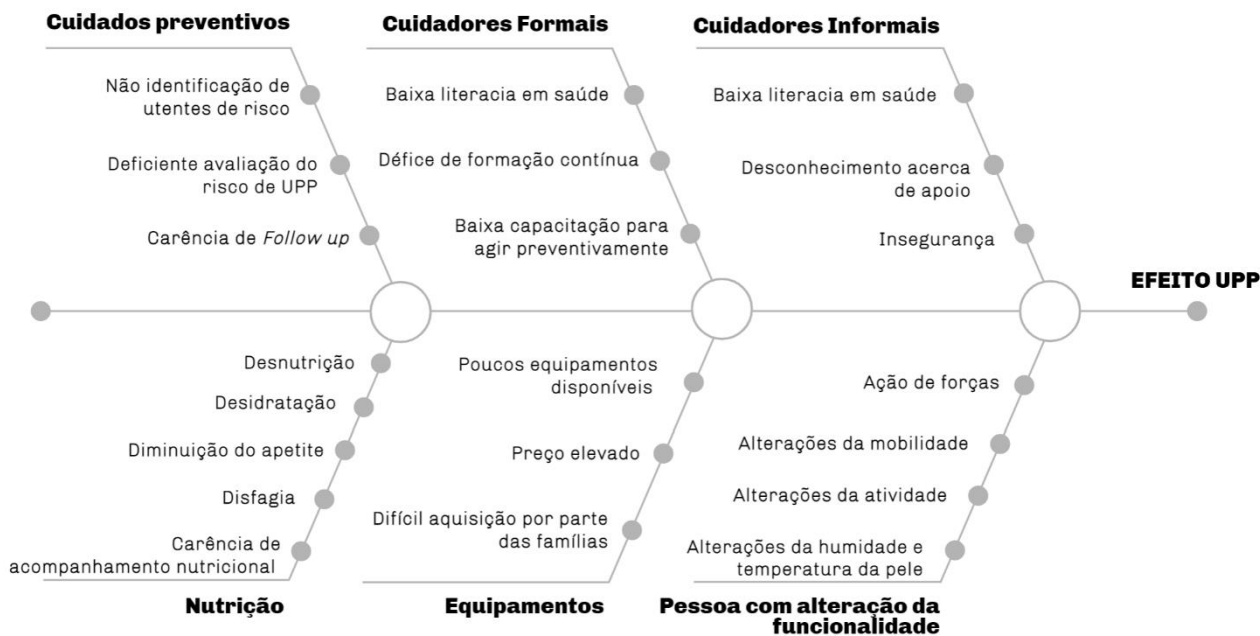
Agir na temática da saúde mental na terceira idade, ou na prevenção das UPP, vem responder a prioridades governamentais. A saúde mental está inerente a um dos eixos prioritários de ação do Programa Nacional de Saúde, constituindo um dos 12 programas de saúde prioritários da DGS, reforçando a integração da promoção da saúde mental nos cuidados de saúde do SNS. A prevenção das UPP constitui o sétimo objetivo estratégico, do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021/2026).

No entanto, atendendo aos critérios justificados anteriormente, é premente a definição de um único problema major, sobre o qual a nossa intervenção proporcionará maiores e melhores resultados, quer para o problema em si quer para a sua transcendência aos demais problemas identificados.

Atendendo a Melo (2020, p. 19), “a priorização deve ser desenvolvida com muito critério e rigor”, a fim de definir exatamente quais os problemas prioritários, sobre os quais irá recair a nossa intervenção.

Tendo por base essa premissa realizamos uma pesquisa de consenso, numa reunião com os parceiros do projeto, neste caso com as DT das instituições, onde foram apresentados os problemas identificados. Da reunião surgiu o resultado que nos aponta para a prioridade em dar resposta à área da prevenção das UPP.

Com a finalidade de analisar um problema, a construção de ferramentas visuais pode ter um impacto significativo na sua compreensão. O diagrama de *Ishikawa*, representado na figura 8, resultou da reunião com os parceiros comunitários e permitiu refletir sobre os fatores principais subjacentes ao problema da prevenção das UPP, facilitando a compreensão das causas que influenciam mais significativamente o problema.



**Figura 8:** Diagrama de Ishikawa, explicativo dos fatores relacionados com as causas do desenvolvimento de UPP na pessoa com alterações da funcionalidade.

*Fonte:* Elaboração própria.

A análise destas variáveis deixou lugar à evidência de que, atuando sobre um ou vários destes fatores, o problema poderia ser reduzido ou solucionado.

Pela sua complexidade e custos, humanos e financeiros, prevenir as UPP tem relevância inquestionável e exige de todos persistência, responsabilidade, trabalho em equipa e visão estratégica para alcançarmos ganhos a todos os níveis.

Outro fator a ter em conta para justificar o foco do projeto apenas numa das duas problemáticas relevantes, deve-se à dimensão temporal para o desenvolvimento do mesmo, embora exista o reconhecimento, de toda a equipa e parceiros comunitários, de que o ideal seria trabalhar as duas temáticas. Por outro lado, deste modo, deixamos o caminho aberto para que a equipa da UCC possa dar continuidade ao projeto, desenvolvendo a segunda temática no futuro.

Ambas as áreas de intervenção se encontram afetadas à contratualização da UCC, com metas por cumprir, no entanto, o facto de já estar a ser desenvolvido um projeto na área da saúde mental,

torna a intervenção na área da prevenção das UPP aquela que se reveste de maior prioridade.

### 3.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após o diagnóstico de situação de saúde e definidas as prioridades é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir num determinado período.

Imperatori & Giraldes (1993), consideram etapa fundamental no processo de planeamento em saúde, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada determinação de objetivos se poderá proceder a uma correta avaliação de resultados, obtidos com a execução do plano em causa e definem objetivo como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (p. 77).

Na formulação dos objetivos a atingir é importante considerar que estes sejam pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, possibilitando posteriormente uma correta avaliação (Tavares, 1992). O objetivo geral do projeto refere-se a uma situação que se pretende atingir sendo definido de forma genérica e os objetivos específicos aludem de forma particular a aspetos da situação.

Na persecução dessas premissas, definiu-se o objetivo geral do projeto e com a fixação deste, foram definidos objetivos específicos que encaminham para a necessidade de introduzir objetivos operacionais ou metas:

#### Objetivo Geral:

- Capacitar os cuidadores formais, das equipas do serviço de apoio domiciliário do concelho, para a prevenção de úlceras por pressão, nas pessoas com dependência.

#### Objetivos Específicos:

- Sensibilizar as instituições da Rede Social de Apoio, com serviço de apoio domiciliário, do concelho, para a importância da capacitação dos CF para a prevenção das UPP;
- Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP e sua prevenção;
- Instruir e treinar técnicas de posicionamentos e transferências, em pessoas dependentes.

Nesta etapa é necessário considerar quatro aspetos principais: seleção dos indicadores dos problemas prioritários; determinação da tendência dos problemas prioritários; fixação dos

objetivos a atingir e tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatóri e Giraldes, 1993). Estes autores visualizam a definição de indicadores e metas como sendo um aspeto essencial.

No quadro 11, apresentamos as metas e os indicadores criados para a avaliação do projeto.

OBJETIVO	METAS	INDICADORES
<b>Objetivo Específico 1:</b> Sensibilizar as instituições da Rede Social de Apoio do concelho, com SAD, para a importância da capacitação dos CF para a prevenção das UPP.	<b>Meta 1:</b> Reunir com 100% das instituições com SAD.	1) Taxa de realização de reuniões com instituições com SAD, do concelho. 2) N° de reuniões realizadas/n° total de instituições com SAD X 100.
<b>Objetivo Específico 2:</b> Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP e sua prevenção.	<b>Meta 1:</b> Promover a adesão de 90% da população alvo ao plano de formação. <b>Meta 2:</b> Realizar 100% das sessões de formação. <b>Meta 3:</b> Aumentar o nível dos conhecimentos dos CF sobre avaliação dos fatores de risco de aparecimento de UPP e sua prevenção.	1) Taxa de adesão dos CF às sessões formativas. 2) Taxa de realização das sessões de formação. 3) Taxa de respostas corretas na reaplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre prevenção de UPP.
<b>Objetivo Específico 3:</b> Instruir e treinar técnicas de posicionamentos e transferência, em pessoas dependentes.	<b>Meta 1:</b> Realizar 100% dos workshops programados. <b>Meta 2:</b> Atingir 80% de técnicas de posicionamentos e transferências, executadas corretamente, na mobilização de pessoas com dependência.	1) Taxa de realização dos workshops. 2) Taxa de técnicas (posicionamentos e transferências) executadas corretamente.

*Quadro 11: Metas e indicadores em função dos objetivos.*

*Fonte: Elaboração própria.*

### 3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

No processo de planeamento em saúde, a etapa de seleção de estratégias é entendida por diversos autores como basilar. Corresponde à 4ª etapa do Planeamento de Saúde e aqui pretende definir-se as técnicas específicas necessárias para alcançar os objetivos previamente fixados na etapa anterior, delineando o processo que melhor se adequa à resolução dos problemas de saúde

prioritários.

Imperatori & Giraldes (1993), versam que estratégias são um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com a finalidade de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim os problemas de saúde e, em caso de existirem várias estratégias alternativas delineadas, se os recursos forem insuficientes para permitir que todas sejam implementadas, devem ser escolhidas as mais exequíveis.

A escolha das estratégias é uma etapa que envolve alguma criatividade por parte dos gestores do projeto. Deve-se ter em conta os custos, os obstáculos, a pertinência, tal como as vantagens e inconvenientes de cada estratégia pensada. Também as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão entre as várias alternativas (Tavares, 1992).

Melo (2020, p. 28), refere que “A estratégia de intervenção é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária”.

Tendo em consideração as anteriores premissas, elencamos as estratégias definidas para o projeto:

- ***Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação de saúde e do projeto de intervenção comunitária à equipa multidisciplinar da UCC e Parceiros Comunitários***, partilhando os problemas identificados junto da população alvo e destacando a importância de uma intervenção de educação para a saúde/formação/literacia em saúde, na área específica da prevenção das UPP.

A divulgação do projeto e das suas etapas, junto de todos os *stakeholders*, é fundamental para garantir o seu envolvimento e empenho no desenvolvimento do mesmo. Os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar da UCC, as entidades parceiras e seus elementos, são considerados *stakeholders* do projeto.

O envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC é fulcral pois “(...) as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” de forma garantir uma eficaz “(...) continuidade de cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde” (Regulamento n. 128/2022, p. 8667), exigem que todos os profissionais desta UF se situem no mesmo nível de conhecimento acerca da globalidade do projeto.

Pender et al. (2015) afirmam que os programas de promoção da saúde que incluem ativamente a população-alvo são mais efetivos e bem-sucedidos. A participação dos parceiros comunitários, incluindo a população-alvo, em todas as fases do projeto, desde o início até a avaliação final, é fundamental para promover o desenvolvimento positivo do projeto.

- ***Estabelecimento de Parcerias em Saúde com diferentes instituições da Rede Social de Apoio, das várias freguesias do concelho***, para um envolvimento efetivo da população alvo e das hierarquias institucionais, aspeto fundamental para o desenrolar das atividades do projeto (através de reuniões com as Diretoras técnicas das instituições).

Os aspetos da saúde em geral são mais facilmente tratados quando se estabelecem parcerias, pois que, assim se torna possível atingir soluções que não seriam possíveis de outro modo (Pender et al., 2015). O estabelecimento de parcerias com outras entidades é fundamental para garantir a exequibilidade e dinamização do projeto.

Uma parceria para promoção da saúde é, de acordo com o glossário de promoção de saúde, um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros para trabalhar cooperativamente para alcançar um conjunto de resultados de saúde partilhados (OMS, 2021).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública refere-se ao conceito *Capacitação/Empowerment* mencionando que na promoção da saúde, a capacitação significa “atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através de mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competência pessoais (...) a fim de promover e proteger a sua saúde” (OE, 2011b).

A declaração de Jacarta, de 1997, evidenciou a importância da colaboração e estabelecimento de parcerias entre o estado, setor privado e sociedade, como forma de garantir o sucesso da promoção da saúde. As parcerias oferecem benefícios mútuos pela partilha de especializações, competências e recursos. Nesta declaração ficou patente que o acesso à educação e à informação é imprescindível para promover a participação efetiva e o empoderamento das pessoas e comunidades (OMS, 1997).

- ***Trabalho em Equipa***, o envolvimento da equipa multidisciplinar da UCC, dos CF das equipas de SAD e das direções técnicas das instituições, de forma interessada e motivada permite influenciar positivamente a promoção da saúde.

No desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitário deste âmbito é uma mais-valia

o envolvimento das equipas das instituições, trabalhando em equipa. É relevante tornar os parceiros e a população alvo parte integrante e responsável nas intervenções, com clareza de abertura para sugestões, ideias, pareceres, que vêm contribuir a estruturação de atividades.

- ***Educação para a Saúde/Formação/Promoção da Saúde***, dirigida aos CF das equipas de SAD, objetivando a importância da adoção de atitudes e comportamentos baseados em conhecimentos científicos, para a prevenção do desenvolvimento de UPP em pessoas com dependência no autocuidado. A formação dos CF constitui uma estratégia de promoção da saúde através da sua capacitação “como fase importante de empoderamento comunitário” (Melo, 2020: 37).

A educação para a saúde inclui “oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde, incluindo o melhor conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam à saúde individual e da comunidade” (OE, 2011).

Considerando a falta de formação dos CF identificada no diagnóstico de situação de saúde, é importante que sejam realizadas ações de formação dirigidas a esta comunidade, com a contribuição de vários profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Identificar as necessidades específicas de formação desta população alvo é um passo fundamental para garantir que as ações de formação sejam eficazes, a fim de capacitar esses cuidadores e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa. De facto, o Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros estabelece o dever de colaboração dos enfermeiros com outros profissionais em programas que correspondam às necessidades de uma determinada comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017), o que reforça a importância da intervenção dos enfermeiros na capacitação de cuidadores formais.

A promoção e capacitação de grupos e comunidades visa a “consecução de projetos de saúde coletivos” (OE, 2018a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) define Educação para a Saúde como qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes. Acrescenta ainda que se trata do processo de capacitar os indivíduos através de técnicas educacionais, motivacionais e de desenvolvimento de competências e de consciencialização.

- ***Divulgação dos resultados do projeto junto dos profissionais de saúde e comunidade em geral.***

Importa fomentar e reconhecer o valor da participação dos parceiros comunitários do projeto, em prol dos seus beneficiários: utentes, famílias e CF, numa visão micro e a comunidade em geral e estado, numa visão macro.

Em termos de um projeto de intervenção comunitária, importa envolver e informar toda a equipa de CF, superiores hierárquicos, utentes cuidados e suas famílias e comunidade em geral, pois todos eles exercem a sua influência direta ou indiretamente em cada tomada de decisão para agir, em termos de prevenção das UPP.

Na continuidade da fundamentação das estratégias selecionadas para o desenvolvimento do projeto importa mencionar o referencial teórico considerado para sustentar a escolha de estratégias como a promoção da saúde, o MSP de Nola Pender.

O referido modelo vê a pessoa de uma forma holística, sendo a aprendizagem individual que permite a mudança de comportamentos que vão influenciar o grupo ou comunidade onde a pessoa se integra. O processo de aprendizagem de cada indivíduo, família, grupo ou comunidade, torna-os mais capazes para o controlo dos determinantes de saúde.

Para Pender et al. (2015), a forma como cada pessoa interage com os ambientes interpessoais e físicos, na procura da saúde, resulta da inter-relação entre três pontos-chave: as suas características e experiências individuais, as cognições e os aspetos específicos do comportamento que deseja alcançar e, finalmente, o comportamento de promoção da saúde desejável.

As experiências dos CF, relacionadas com a prevenção das UPP ou com o seu próprio desempenho nesta temática, são fatores sobre os quais o enfermeiro pode exercer a sua influência, permitindo que comportamentos mais desviantes da manutenção da saúde possam ser reajustados para comportamentos promotores da saúde. O empoderamento é fundamental na promoção da saúde.

### **3.4.1. Pertinência, Vantagens e Desvantagens de cada Estratégia**

De acordo com Tavares (1992), a escolha da estratégia a ser adotada deve considerar quatro parâmetros: custos de cada estratégia, obstáculos relacionados a cada estratégia, pertinência de cada estratégia e vantagens e inconvenientes de cada estratégia.

No quadro 12 pretendemos esquematizar as estratégias escolhidas, as suas vantagens e desvantagens, tal como as dificuldades encontradas.

ESTRATÉGIA	PERTINÊNCIA	VANTAGENS	CONSTRANGIMENTOS
<p><b>1) Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação de saúde e do projeto de intervenção comunitária à equipa multidisciplinar da UCC e Parceiros Comunitários</b></p>	<p>Promover e divulgar o projeto;</p> <p>Divulgar os resultados obtidos no diagnóstico de situação relativos ao projeto;</p> <p>Potenciar a adesão ao projeto;</p> <p>Procurar colaboração entre os diferentes <i>stakeholders</i>;</p> <p>Aumentar o sentimento de pertença e o envolvimento dos cuidadores formais no projeto.</p>	<p>Maior conhecimento sobre o contexto de intervenção e sua população alvo;</p> <p>Potenciar a participação dos CF;</p> <p>Potenciar a aceitação da presença da UCC nas instituições e junto das equipas.</p>	<p>Défice de recursos audiovisuais nas instituições;</p> <p>Indisponibilidade em reunir todos os elementos da equipa multidisciplinar da UCC na mesma data;</p> <p>Indisponibilidade em reunir todos os elementos das equipas de SAD de cada instituição no mesmo horário;</p> <p>Défice de tempo referido pelas direções técnicas dos SAD.</p>
<p><b>2) Estabelecimento de Parcerias em Saúde</b></p>	<p>Promover a colaboração entre os diferentes parceiros do projeto;</p> <p>Promover o desenvolvimento do projeto;</p> <p>Aumentar o impacto do projeto;</p> <p>Obter autorizações necessárias.</p>	<p>Aproximar todos os <i>stakeholders</i> do projeto de intervenção em torno do mesmo objetivo;</p> <p>Obter maior apoio e suporte para a implementação do projeto;</p> <p>Potenciar apoios para o sucesso da implementação do projeto;</p> <p>Partilha e incremento de ideias.</p>	<p>Falta de disponibilidade dos parceiros relativamente a tempo para despender com as atividades;</p> <p>Atual contexto pandémico que ainda se sente no seio das instituições;</p> <p>Proximidade da época de Natal e Ano Novo, com CF de férias e diversas atividades de preparação das festividades, deixando menos tempo para despender com o projeto;</p> <p>O facto de uma instituição não ter aderido ao projeto.</p>
<p><b>3) Trabalho em Equipa</b></p>	<p>Aumentar a diversidade de áreas de conhecimento envolvidas;</p> <p>Facilitar o planeamento e o desenvolvimento do projeto.</p>	<p>Permitir delinear estratégias a desenvolver, ajustes e monitorização durante todo o processo de intervenção com real consciência do contexto institucional de cada parceiro;</p> <p>Aumentar o sentimento de pertença e de envolvimento no projeto de todos os intervenientes;</p> <p>Gerar sinergias entre participantes;</p> <p>Promover acréscimo de opiniões que se traduzem em mais valias para o projeto.</p>	<p>Défice de disponibilidade das hierarquias institucionais da rede social de apoio;</p> <p>Atual contexto pandémico que ainda restringe dinâmicas;</p> <p>Falta de motivação de CF para o desenvolvimento de atividades.</p>

<p><b>4) Educação para a Saúde/Formação/ Promoção da Saúde</b></p>	<p>Capacitar e empoderar para tomadas de decisão e ação na prevenção de UPP;</p> <p>Promover saúde;</p> <p>Promover a replicação de conhecimentos adquiridos, entre os CF das equipas de SAD.</p>	<p>Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao Idoso/Pessoa dependente;</p> <p>Permitir que seja extrapolada informação a outros CF, através da educação entre pares;</p> <p>Promover ganhos em saúde na comunidade;</p> <p>Promover o aumento da literacia em saúde entre os profissionais das equipas de SAD.</p>	<p>Falta de motivação dos CF para participar nas formações;</p> <p>Falta de disponibilidade para a totalidade dos profissionais assistirem à formação;</p> <p>Dificuldade em reunir todos os elementos das equipas de SAD em simultâneo;</p> <p>Défice de tempo disponibilizado pelas direções das instituições para o desenvolvimento de atividades;</p> <p>Deficientes infraestruturas em algumas instituições para criar um ambiente favorável ao desenvolvimento das formações;</p> <p>Indisponibilidade de tempo para acompanhar todos os elementos das equipas aos domicílios dos utentes.</p>
<p><b>5) Divulgação dos resultados do projeto junto dos profissionais de saúde e comunidade em geral</b></p>	<p>Promover e divulgar o projeto e as suas atividades;</p> <p>Divulgar resultados alcançados;</p> <p>Incentivar novos projetos, <i>Follow Up</i> deste projeto e novas parcerias.</p>	<p>Potenciar a participação de futuros parceiros em novos projetos.</p>	<p>Défice de tempo por parte de todos os intervenientes.</p>

**Quadro 12:** Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia.

*Fonte:* Elaboração Própria.

### 3.4.2. Estrutura de Gestão do Projeto

A estrutura analítica do projeto, representada pela *Work Breakdown Structure* (WBS), diz respeito ao processo de divisão do projeto em diferentes fases, com o objetivo principal de elaborar uma apresentação sistematizada do que deve ser partilhado para mostrar o projeto, discutir a sua pertinência e objetividade, bem como apresentar os respetivos custos e ganhos em saúde.

Nesse sentido, foi elaborado a WBS do projeto desenvolvido, de forma a podermos apresentar uma estratégia dirigida na metodologia de planeamento em saúde, figura 9.

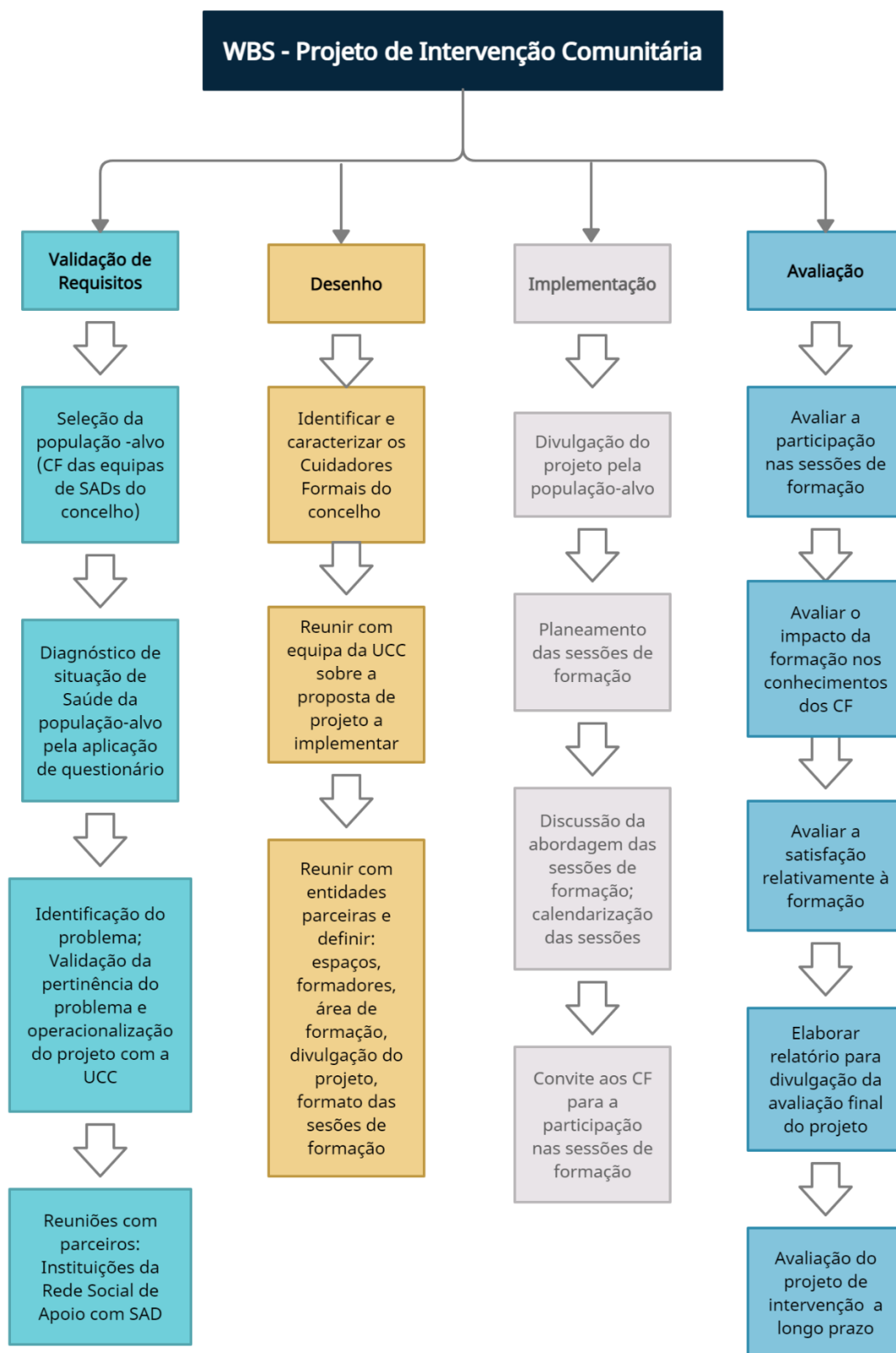


Figura 9: WBS aplicado ao Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido.

Fonte: Elaboração Própria.

### 3.5.PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Em concordância com o que nos dizem Imperatori e Giraldes (1993), a preparação operacional é uma etapa fundamental do planeamento que visa promover a identificação de relações entre diferentes atividades. Esta etapa tem como finalidade evitar sobreposições e acumulações excessivas de tarefas em determinados períodos, identificar dificuldades na execução das atividades, antecipar recursos necessários e auxiliar na realização das atividades.

É nesta fase que se descreve detalhadamente as diferentes atividades que fazem parte da programação. Os autores supracitados acrescentam que é nesta etapa que ficam estabelecidos os resultados a atingir com a elaboração do projeto, como devem ser executadas as atividades, sendo necessário descrever os recursos necessários e estabelecer um calendário de execução das mesmas.

#### **3.5.1. Execução do Projeto – Atividades**

Conforme mencionado por Tavares (1992), para que as atividades de um projeto sejam eficazes, é importante que estejam alinhadas com as metas estabelecidas, tal como não devem ser planeadas atividades que não contribuam para atingir os objetivos propostos. É fundamental estabelecer parâmetros para cada atividade, como o que será realizado, quando, onde, por quem e qual é o objetivo a ser alcançado. Além disso, se possível, é importante alocar também o custo de cada atividade.

Partindo da base conceitual do Planeamento em Saúde, enquanto processo que engloba as funções de “planear, organizar, dirigir e controlar”, e que permite a priorização e gestão eficiente de recursos e garante a eficiência das intervenções (Melo, 2020), procedemos à elaboração do quadro 13, para facilitar a preparação das atividades e a sua gestão:

Estratégia 1): Divulgação Dos Resultados Do Diagnóstico De Situação De Saúde E Do Projeto De Intervenção Comunitária À Equipa Multidisciplinar Da UCC E Parceiros Comunitários		
<b>Atividade 1:</b> <b>Reunião com a Enfª Coordenadora da UCC e Enfª Supervisora clínica</b>	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda; Enfermeira Coordenadora da UCC e Enfermeira Supervisora
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Reunião dia 27 de setembro de 2022; Instalações da UCC; Presencial (método expositivo e conversa informal); Procedeu-se a reunião com a Enfermeira Supervisora do estágio e com a Enfermeira Coordenadora da UCC onde foi apresentado à mestranda o Plano de Ação da UCC para o ano de 2022 e elencados problemas de saúde já identificados por diagnóstico de saúde realizado pela equipa multidisciplinar da UCC; Foi sugerida a abordagem a um tema já identificado pela UCC como necessidade de intervenção – Prevenção das UPP.
	<b>Finalidade</b>	Tomar conhecimento de necessidades anteriormente identificadas pela equipa da UCC; Discutir diagnóstico de situação de saúde; Conhecer o Plano de Ação da UCC para o ano de 2022. Definir atividades a desenvolver, durante o estágio. Proceder ao pedido formal para o desenvolvimento do projeto; Autorização da Enfermeira Coordenadora da UCC (Anexo IV).
<b>Atividade 2:</b> <b>1ª Reunião com a equipa multidisciplinar da UCC</b>	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda e equipa multidisciplinar da UCC.
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Reunião dia 12 de outubro de 2022; Instalações da UCC – sala de reuniões do Centro de Saúde. Presencial (método expositivo e conversa informal); Apresentação da mestranda como aluna e responsável pela implementação do projeto; Apresentação do projeto por meio de diapositivos (Apêndice VI); Procedeu-se à reunião com equipa multidisciplinar da UCC; momento que permitiu a partilha de experiências e ideias para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.
<b>Atividade 3:</b> <b>2ª Reunião com a equipa multidisciplinar da UCC</b>	<b>Finalidade</b>	Dar a conhecer o projeto de intervenção, validando a pertinência do tema; Reunir contributos para o desenvolvimento do projeto.
	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda e equipa multidisciplinar da UCC
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Reunião dia 15 de dezembro de 2022; Instalações da UCC – sala de reuniões do Centro de Saúde. Presencial (método expositivo e conversa informal); Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, adequação dos objetivos, metas e indicadores; Análise científica sobre a pertinência da temática, enquadramento estatístico e epidemiológico; Identificação do problema identificado e sua priorização; Apresentação de diapositivos (Apêndice VII).
<b>Atividade 4:</b>	<b>Finalidade</b>	Sensibilizar para os problemas identificados no diagnóstico de situação e necessidade de intervenção; Reunir contributos para o desenvolvimento do projeto.
	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda, Diretoras Técnicas das SAD e CF das equipas de SAD

<b>Reunião com os parceiros comunitários/ stakeholders</b>	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Reuniões decorridas durante o mês de janeiro de 2023; Instalações das instituições da Rede Social de Apoio do concelho Presencial (método expositivo e conversa informal); Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, adequação dos objetivos.
	<b>Finalidade</b>	Sensibilizar para os problemas identificados no diagnóstico de situação e necessidade de intervenção; Dar a conhecer outros dados colhidos pelo questionário, no diagnóstico de situação.
<b>Atividade 5: Reunião com a Diretora Técnica da instituição acolhedora do pré-teste</b>	<b>Quem</b>	Enf. <sup>a</sup> Mestranda e Diretora Técnica da ERPI, acolhedora da aplicação do pré-teste
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Reuniões decorridas durante o mês de janeiro de 2023; Instalações das instituições da Rede Social de Apoio do concelho Presencial (método expositivo e conversa informal); Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, adequação dos objetivos.
	<b>Finalidade</b>	Sensibilizar para os problemas identificados no diagnóstico de situação e necessidade de intervenção; Dar a conhecer outros dados colhidos pelo questionário, no diagnóstico de situação.
<b>Estratégia 2): Estabelecimento De Parcerias Em Saúde Com Diferentes Instituições Da Rede Social De Apoio Das Várias Freguesias Do Concelho</b>		
<b>Atividade 6: Contato telefónico com as Diretoras Técnicas responsáveis pelos Serviços de Apoio Domiciliário, das sete instituições do concelho</b>	<b>Quem</b>	Enf. <sup>a</sup> Mestranda
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Contatos realizados, telefonicamente, para agilização do projeto, nos dias 10 e 12 de outubro; Contactos telefónicos informais com as Diretoras Técnicas das sete instituições da rede social de apoio do concelho, a fim de agendar reunião de sensibilização e estabelecer parcerias para o desenvolvimento do projeto; Processo que decorreu cumprindo todos os procedimentos éticos e formais com boa adesão, dada a relação de proximidade e estreita colaboração existente entre a UCC e as instituições; Posteriormente, realizados contatos via email, para as Administrações/Direções das instituições (nomeadamente para os Presidentes das associações em questão), com o objetivo de alcançar a sua colaboração e autorização para o desenvolvimento do projeto em parceria.
	<b>Finalidade</b>	Dar a conhecer a intenção de desenvolver o projeto e convidar para a concretização de parcerias; Obter autorização para o desenvolvimento do projeto.
<b>Atividade 7: Reuniões com as Diretoras Técnicas das instituições da Rede Social de Apoio do concelho</b>	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda e Diretoras Técnicas
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Reuniões com as Diretoras Técnicas nas datas de 17 a 19 de outubro de 2022, nas instalações das instituições. Reuniões Presenciais (método expositivo, descritivo e conversa informal); Apresentação da Mestranda; Reuniões essas que constituíram o momento para apresentar os objetivos do projeto, as atividades planeadas, agendar sessões de formação, colmatar necessidades de espaço físico entre outras necessidades; Estabelecidas parcerias com seis das Instituições (uma das Instituições referiu não reunir condições para formar parceria) (85,71% de adesão ao projeto).
	<b>Finalidade</b>	Fomentar uma relação de proximidade; Obter autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, permitindo o diagnóstico de situação.
<b>Atividade 8:</b>	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda e grupo de 10 CF da ERPI

<b>Aplicação do pré-teste aos CF da ERPI</b>	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Pré-teste aplicado a 14 de outubro de 2022, projeto; Presencialmente; Questionário em formato de papel; Entrega e preenchimento do questionário e do consentimento informado.
	<b>Finalidade</b>	Validar o instrumento de colheita de dados.
<b>Estratégia 3): Trabalho Em Equipe</b>		
<b>Atividade 9: Reuniões com os CF de cada instituição</b>	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda e CF das equipas de SAD
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Aplicados questionários entre as datas de 16 e 30 de novembro de 2022, nas instalações das seis instituições aderentes ao projeto; Instrumento de colheita de dados em formato de papel (método descritivo, conversa informal). Entrega e preenchimento do questionário e do consentimento informado; Aplicados questionários a 100% dos CF das equipas de SAD.
	<b>Finalidade</b>	Promover a adesão e envolvimento dos CF ao projeto; Aplicar o instrumento de colheita de dados – Questionário
<b>Estratégia 4): Educação Para A Saúde/Formação/Promoção Da Saúde</b>		
<b>Atividade 10: Desenvolvimento das sessões de formação</b>	<b>Quem</b>	Desenvolvimento das sessões de formação
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Após análise dos resultados obtidos pela aplicação do instrumento de colheita de dados, devolveram-se e aplicaram-se estratégias de intervenção, no sentido de contribuir para a capacitação, formação e melhoria da qualidade dos cuidados prestados por este grupo, nomeadamente através de um Plano de Formação estruturado; Agendamento das sessões de formação e sua realização; Plano formativo (sessões de formação), decorrido entre as datas entre 28 de dezembro de 2022 e 11 de janeiro de 2023; Desenvolvimento das sessões de formação, nas instalações de cada instituição, a com a duração aproximada de 3 horas, sobre o tema “Prevenção da Úlceras Por Pressão”, utilizando o método expositivo através da apresentação de diapositivos (Apêndice VIII); Formação presencial (componente teórica), em horário laboral e pós-laboral; Utilização dos métodos demonstrativo, expositivo, interrogativo e ativo; Avaliação das sessões de formação com os CF; Distribuição de material didático, sobre a temática abordada, em formato digital; Plano de sessão (Apêndice IX), como documento base para apoiar e orientar, na realização das sessões formativas, onde se reúnem aspetos importantes que respeitam à discrição dos preletores, os recursos a usar, os conteúdos a abordar e as metodologias e técnicas de ensino/aprendizagem em cada sessão; Cada sessão incluiu um momento introdutório de dez minutos para o acolhimento dos formandos, apresentação da temática e dos objetivos a atingir em cada sessão. Destinados 15 minutos para a apresentação dos resultados do diagnóstico de situação, obtido pela aplicação dos questionários. No final das sessões, concedidos 10 minutos para a realização da síntese da sessão, promovendo o debate, discussão, exposição das considerações finais. Ainda em cada sessão, houve um espaço para a realização da respetiva ficha de avaliação da sessão de formação (Apêndice X), assim como para a avaliação da aquisição de conhecimentos através da reaplicação do questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prevenção de UPP (Apêndice XI). Cada participante recebeu certificado de presença na sessão formativa (Apêndice XII).

	<b>Finalidade</b>	Promover a participação nas sessões de formação; Realizar 100% das sessões de formação planeadas; Obter 90% de participação dos CF nas sessões de formação; Avaliar os resultados das sessões de formação realizadas; Avaliar o grau de satisfação dos CF relativamente às sessões formativas.
<b>Atividade 11:</b> <i>Workshop – Acompanhamento das equipas de CF das SAD, na prestação de cuidados aos utentes, em contexto domiciliário</i>	<b>Quem</b>	Workshop – Acompanhamento das equipas de CF das SAD, na prestação de cuidados aos utentes, em contexto domiciliário
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Momentos de instrução e treino, referente ao workshop, desenvolvidos nos domicílios dos utentes; Realização de workshops, entre os dias 12 e 20 de janeiro de 2023, em formato presencial, após a formação teórica; Os workshops com duração de 4 horas, em períodos da manhã, durante o desenvolvimento do normal trabalho diário.
	<b>Finalidade</b>	Reforçar e colocar em prática os conhecimentos aprendidos nas sessões teóricas. Instruir e treinar as técnicas de posicionamento e transferências; Avaliadas das práticas por preenchimento de grelha de observação; Realizar 100% dos workshops planeados; Atingir 80% de execução de técnicas de posicionamentos e transferências, realizadas de forma correta, na mobilização de pessoas com dependência; Avaliação das atividades do workshop com os CF.
<b>Atividade 12:</b> <i>Criação de dossier técnico-pedagógico</i>	<b>Quem</b>	Enfermeira Mestranda
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Durante a preparação do programa de formação, dirigido aos CF; Recurso didático para utilização da equipa da UCC; Formato digital, contendo todos os documentos elaborados.
	<b>Finalidade</b>	Facilitar a replicação do projeto.
<b>Estratégia 5): Divulgação Dos Resultados Do Projeto Junto Dos Profissionais De Saúde, E Comunidade Em Geral</b>		
<b>Atividade 13:</b> <i>Apresentação dos resultados do projeto à equipa multidisciplinar da UCC</i>	<b>Quem</b>	Enf. <sup>a</sup> Mestranda e Equipa multidisciplinar da UCC
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Reunião dia 23 de janeiro de 2023; Presencialmente e nas instalações do Centro de Saúde; Inscrição em evento de proliferação do conhecimento científico (seminário, outros).
	<b>Finalidade</b>	Dar a conhecer os resultados da implementação do projeto de intervenção comunitária; Promover o trabalho realizado com o projeto; Motivar instituições e cuidadores para acolherem e participarem em projetos no âmbito da saúde; Promover a proliferação do conhecimento científico.
<b>Atividade 14:</b> <i>Apresentação de e-poster em evento de cariz científico, abordando os resultados do diagnóstico de situação de saúde do projeto</i>	<b>Quem</b>	Enf. <sup>a</sup> Mestranda, Enfermeira Supervisora clínica e Professora Orientadora
	<b>Operacionalização (Quando/Onde/Como)</b>	Dias 30 3 31 de março de 2023 Inscrição em evento de proliferação do conhecimento científico com candidatura a apresentação de poster digital (Apêndice XIII), abordando os resultados do diagnóstico de situação de saúde do projeto. O poster foi apresentado.
	<b>Finalidade</b>	Dar a conhecer o projeto de intervenção comunitária; Promover o trabalho realizado com o projeto; Motivar instituições e profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, a participarem em projetos no âmbito da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; Promover a proliferação do conhecimento científico.

*Quadro 13: Descrição das atividades durante a execução do projeto.*

*Fonte: Elaboração própria.*

### Recursos Humanos e Materiais e Análise Orçamental

A definição discriminada dos recursos humanos, materiais e físicos, necessários durante a implementação do projeto, torna-se uma etapa de grande relevo, pois sem esse passo metódico não ficaremos a saber se o projeto é exequível (Imperatori & Giraldes, 1993).

### Recursos Humanos e Stakeholders

Na opinião de Tavares (1992), os recursos humanos deverão ser pormenorizados o quanto possível, pois que um bom planeamento de pessoal irá conduzir à elaboração de bons projetos. Acrescenta o mesmo autor que os recursos humanos devem ser utilizados da forma mais eficaz e produtiva possível, minimizando custos, mas nunca esquecendo que se trata de pessoas.

Os *Stakeholders* incluem-se no grupo dos recursos humanos do projeto, consistindo em “qualquer pessoa, grupo ou organização que de alguma forma está envolvida ou é afetada pelo desempenho do organismo (ou projeto) e/ou tem interesse no meio ambiente em que este atua” (DGS, 2017, p. 54).

É importante ter a noção dos intervenientes no projeto e com essa finalidade apresentamos o quadro 10.

<b>RECURSOS HUMANOS E <i>STAKEHOLDERS</i> DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA</b>	
<b>Equipa de Gestão do Projeto</b>	Enfermeira Mestranda Professora Orientadora do estágio e projeto
<b>Equipa de Execução do Projeto</b>	Enfermeira Mestranda Enfermeira Supervisora do estágio
<b><i>Stakeholders</i></b>	ARSLVT e ACES; Equipa multidisciplinar da UCC; Instituições da Rede Social de Apoio do concelho; Diretoras técnicas das Instituições da Rede Social de Apoio; Diretoras técnicas dos Serviços de Apoio Domiciliário; Cuidadores Formais das equipas de SAD; Idosos/Pessoas com dependência, beneficiários de SAD; Famíliares dos utentes beneficiários de SAD.

**Quadro 14:** *Intervenientes no projeto e stakeholders.*

**Fonte:** *Elaboração Própria.*

### Recursos Materiais e Físicos e Análise Orçamental

Na elaboração de um projeto de intervenção comunitária a determinação dos recursos financeiros é fundamental e deve estar devidamente equiparada à necessidade de recursos humanos e

materiais. Diz-nos Imperatori & Giraldes (1993) que a determinação do custo de um programa é componente fundamental do programa, e constitui o conjunto das despesas em pessoal, material, equipamento, instalações e encargos gerais.

Com a análise da estratégia orçamental, calculamos o encargo a suportar com o projeto, quadro 15.

<b>PREVISÃO ORÇAMENTAL</b>	
<b><u>Recursos Humanos (considerado tempo de trabalho):</u></b>	<b><u>Estimativa de custos:</u></b>
Enfª Mestranda	1 500 €
Professora Orientadora	500 €
Enfª Supervisora do Projeto (da UCC)	500 €
Diretoras Técnicas das SAD	100 €
Funcionários/as das SAD (horas extra, em alguns casos)	300 €
	<b>Total: 2 900 €</b>
<b><u>Recursos Materiais e Físicos:</u></b>	
Computador para o desenvolvimento das sessões pelo método expositivo, próprio da mestranda, (eletricidade);	
Projektor de diapositivos e apontador (pilhas), próprios da mestranda, (eletricidade);	
Tela de projeção;	
Internet para a preparação dos materiais das sessões;	
Material de escritório (folhas de papel, canetas, agraphes, envelopes, toner);	
Viatura e combustível para as deslocações (entre a UCC e as instituições e para acompanhamento das equipas de CF aos domicílios dos utentes;	
EPI's e outros no desenvolvimento dos Workshops (aventais, luvas, máscaras cirúrgicas, solução alcoólica);	
Telemóvel para comunicações;	
Salas para realização das sessões formativas presenciais, em cada uma das instituições (higienização dos espaços);	
Mobiliário, pré-existente nas salas usadas para as sessões de formação (higienização do mobiliário);	
Material de escritório de suporte á preparação e realização das sessões (folhas de papel, impressora, tinteiro, canetas, etc).	
	<b><u>Estimativa de custos:</u></b>
	<b>Total: 1 000 €</b>
<b>Total:</b>	<b>3 900 €</b>

*Quadro 15: Previsão orçamental do projeto.*

*Fonte: Elaboração Própria.*

O projeto de intervenção comunitária não teve qualquer tipo de financiamento externo, pelo que todos custos associados foram suportados pela Mestranda e pelos parceiros do projeto.

### 3.5.3. Cronograma de Atividades

Na definição apresentada por Imperatori e Giraldes (1993), os cronogramas são gráficos que representam duas dimensões, onde o tempo é representado no eixo horizontal e as diferentes atividades de um projeto são representadas no eixo vertical.

É uma ferramenta importante para planificar as diversas atividades realizadas ao longo do tempo na medida em que serve de referencial para a sua execução, acompanhamento e avaliação, permite ainda uma visão ampla em termos de gestão de tempo.

O cronograma elaborado (Apêndice XIV), sintetiza de forma gráfica e ordenada as diferentes atividades que foram desenvolvidas ao longo do projeto. Permite facilmente identificar as datas de início e término das atividades, assim como a sua duração.

### 3.6. MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E *FOLLOW UP* DO PROJETO

A avaliação do projeto não é necessariamente a última etapa do Planeamento em Saúde, pois o processo de planeamento pode ser contínuo e iterativo, envolvendo a avaliação constante das intervenções e estratégias adotadas.

É importante nesta fase lembrar que, como afirmam Imperatori & Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico, onde todas as etapas estão interligadas. Portanto, é fundamental monitorizar o planeamento para reconhecer e controlar a implementação das estratégias, a fim de identificar eventuais falhas que possam necessitar de ajustes nas medidas aplicadas (Direção Geral da Saúde, 2017).

Durante todo o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, o mesmo foi monitorizado, com a pretensão de analisar o trabalho desenvolvido a todo o instante. Identificámos aspetos que precisaram de aperfeiçoamento, outros em que foi necessário a aplicação de medidas corretivas, de forma a atingir a exequibilidade do projeto e fomentar a melhoria continua do mesmo. A avaliação deve facultar este importante ciclo de melhoria, devendo ser precisa e pertinente, no sentido de determinar o grau de sucesso na obtenção dos objetivos fixados, analisando de igual forma se as estratégias selecionadas foram as mais apropriadas ao desenvolvimento das atividades (Tavares, 1992).

Sobre isto, Imperatori e Giraldes (1982, p.127) acrescentam que “A avaliação necessitada de terminação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter”. É através da avaliação que poderemos aperfeiçoar os objetivos e caminhar no sentido da otimização de todo o processo de planeamento em saúde.

Perante o exposto, os objetivos específicos e metas do projeto, foram submetidos a avaliação de indicadores, sendo que a maior parte dos indicadores são taxas ou rácios que devem possuir as seguintes características: objetividade, sensibilidade e especificidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

O *Follow Up* do projeto também mereceu a nossa atenção, deixando a porta aberta para a sua continuidade, desta volta, a ser gerido e executado por outros elementos da equipa multidisciplinar da UCC.

Fazendo face ao descrito supra, apresentamos as tabelas constantes nas páginas seguintes onde se encontram os diferentes indicadores, utilizados na monitorização e avaliação do projeto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO	AValiação/RESULTADO
Sensibilizar as instituições da Rede Social de Apoio do concelho, com SAD, para a importância da capacitação dos CF para a prevenção das UPP.	Reunir com 100% das instituições com SAD.	Taxa de realização das reuniões com as diretoras técnicas das Instituições da Rede Social de Apoio do concelho.	$N^{\circ}$ de reuniões realizadas/ $N^{\circ}$ total de Instituições da Rede Social e Apoio x100.	Atingido. Foram realizadas 100% das reuniões planeadas com as Diretoras Técnicas das instituições com SAD, do concelho.
Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP e sua prevenção.	Promover a adesão de 90% da população alvo ao plano de formação e logo ao próprio projeto.	Taxa de adesão dos CF às sessões formativas.	$N^{\circ}$ de CF presentes nas sessões de formação/ $N^{\circ}$ total de CF participantes no projeto.	Atingido. 100% dos CF estiveram presentes nas seis sessões de formação realizadas, significando que a totalidade da população alvo beneficiou nestas atividades.
	Realizar 100% das sessões de formação programadas.	Taxa de realização das sessões de formação.	$N^{\circ}$ de sessões de formação realizadas/ $N^{\circ}$ total de sessões de formação planeadas.	Atingido. Foram realizadas todas as sessões formativas planeadas, nas seis instituições do concelho, parceiras do projeto.
	Aumentar o nível dos conhecimentos dos CF sobre fatores de risco para o desenvolvimento de UPP e sua prevenção.	Taxa de respostas corretas no teste sumativo.	$N^{\circ}$ de questões respondidas corretamente/ $N^{\circ}$ total de questões do teste sumativo x100.	Foram respondidas corretamente a 1128 afirmações no total de 1224, pela totalidade dos CF, o que representa o valor de 92,2% de respostas acertadas.
Instruir e treinar para a execução de técnicas de posicionamentos e transferências, em pessoas dependentes.	Realizar 100% dos <i>workshops</i> programados.	Taxa de realização dos <i>workshops</i> .	$N^{\circ}$ de sessões de <i>workshops</i> realizados/ $N^{\circ}$ total de <i>workshops</i> programados x100.	Atingido parcialmente Foram realizados 35,3% dos <i>workshops</i> programados.
	Atingir 80% de técnicas de posicionamentos e transferências, executadas corretamente, na mobilização de pessoas com dependência.	Taxa de técnicas (posicionamentos e transferências) executadas corretamente.	$N^{\circ}$ de técnicas executadas corretamente/ $N^{\circ}$ total de técnicas realizadas x100.	Preenchimento de grelha de observação. Atingido. Do número de procedimentos executados sobre as técnicas em treino, resultou que 84% dos procedimentos foram realizados corretamente.

Quadro 16: Indicadores de avaliação do projeto.

Fonte: Elaboração própria

O primeiro objetivo específico, apresentado no quadro 16, relaciona-se com a intenção de angariar parcerias para o desenvolvimento do projeto. Revela a adesão das instituições, medido através de um indicador. A meta faz referência à concretização de reuniões com as direções técnicas da totalidade das instituições do concelho. Efetivamente, foram realizadas todas as reuniões programadas, atingindo este objetivo na sua plenitude.

No entanto, uma das instituições demonstrou não ter condições reunidas para se comprometer com uma parceria. A constituição da população alvo do projeto, ficou definida pelo grupo dos CF das equipas dos SAD de seis instituições do concelho.

O segundo objetivo apresentado no quadro 16 traduz-se em aumentar os conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para aparecimento de UPP e sua prevenção. Para a concretização desse objetivo foram traçadas quatro metas distintas.

A primeira meta diz respeito a promover a adesão da população. O valor do indicador foi de 100%, o que significa um resultado que superou o esperado.

A segunda meta refere-se à realização das sessões de formação planeadas durante o desenvolvimento do projeto. Foram realizadas todas as sessões de formação programadas, tendo sido atingida na sua plenitude.

Relativamente aos horários das sessões formativas, foram deixados à consideração de cada instituição, tendo duas destas optado por um horário pós-laboral. Mesmo atendendo a esse constrangimento, os CF estiveram presentes.

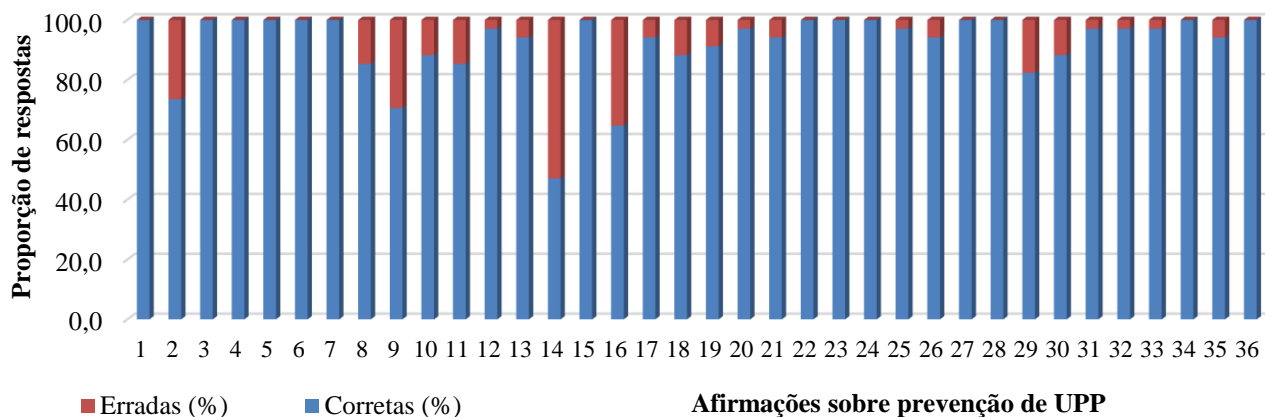
Com a finalidade de programar as sessões de formação foi elaborado um plano de sessão tal como um documento de registo de presenças (Apêndice XV).

Com a finalidade de avaliar o nível de conhecimentos adquiridos pelos CF, relativamente aos fatores de risco para o desenvolvimento de UPP e sua prevenção, foi reaplicada a parte III do questionário inicial, utilizado no diagnóstico de situação, para avaliar a aquisição dos conhecimentos sobre prevenção de UPP após as sessões de formação e os *workshops*.

Coube a cada participante responder individualmente. Esta avaliação permitiu observar um aumento de conhecimentos, conforme se pode constatar no gráfico 35.

A taxa de respostas corretas no teste sumativo regista 92,2%, enquanto da aplicação do questionário, no diagnóstico de situação, essa taxa representou apenas 61,11% (748) de respostas corretas.

Concluimos que os CF obtiveram um aumento considerável do nível de conhecimentos sobre prevenção de UPP e consequentemente na sua capacitação para decidir e agir na prevenção desta problemática.



**Gráfico 35:** Resultado da avaliação do nível de conhecimentos, dos CF, após o desenvolvimento das sessões de formação.

*Fonte:* Elaboração Própria.

Outros estudos, como em Nazário, Santos & Sarroeira (2021), em que a estratégia da formação foi também explorada, corroboram a eficácia da estratégia, comprovando ganhos médios em conhecimentos de 30% por parte dos CF participantes em ações de formação. Em Gianfrancisco et al. (2017), são demonstradas melhorias significativas nos conhecimentos e percepções dos CF, após o desenvolvimento de um programa de apoio educacional.

Por esta ordem, as estratégias iniciais de promoção da saúde e formação, terão sido adequadamente selecionadas.

Com o desenvolvimento da atividade respeitante aos *workshops* pretendeu-se não apenas observar a ação dos CF, mas essencialmente, instruir e treinar para a realização de técnicas de posicionamentos e transferências dos utentes dependentes, atendendo às condições do contexto domiciliário de cada um em particular.

Esta atividade foi desenvolvida com uma pequena parcela da população alvo, consequência do facto de cada equipa de prestação de cuidados ser constituída apenas por 2 CF, em qualquer instituição, significando que, para acompanhar a totalidade dos CF deveríamos realizar 17 dias de acompanhamento aos mesmos, o que se mostrou impossível de executar por limitação de tempo para esse efeito, sendo o valor do indicador de 35,3%.

Esta atividade foi realizada com um universo limitado de 12 CF, no entanto, estes aderiram com bastante interesse. Para além de termos conseguido executar as demais tarefas previstas pelo SAD, como a realização dos cuidados de higiene ao corpo, ainda foi possível, treinar algumas técnicas, adequando-as às limitações de cada utente e às imposições referentes aos condicionais-mos de cada ambiente domiciliar.

Relativamente à meta “atingir 80% de técnicas de posicionamentos e transferências, executadas corretamente, na mobilização de pessoas com dependência”, foi avaliada pelo preenchimento de grelhas de observação (Apêndice XVI). Também elaborámos um plano para o *workshop* (Apêndice XVII), com o intuito de planificar o seu desenvolvimento.

Com a finalidade de sustentar a avaliação desta meta o quadro 17 apresenta os valores de cada procedimento treinado com a atividade de *workshop*.

Técnicas de Posicionamento	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Total
	Não conseguiu		Incorretamente		Corretamente		
Posicionamento em DD	0	0%	0	0%	12	100%	12
Posicionamento em DL	0	0%	1	9%	10	91%	11
Correção de posicionamento no cadeirão 1 CF	0	0%	3	33%	6	67%	9
Correção do posicionamento no cadeirão 2 CF	0	0%	2	17%	10	83%	12
Técnicas de Transferência	Não conseguiu		Incorretamente		Corretamente		Total
Mover a pessoa no leito 1 CF	0	0%	1	13%	7	88%	8
Mover a pessoa no leito 2CF	0	0%	2	18%	9	82%	11
Transferência da cama para o cadeirão 1CF	1	10%	1	10%	8	80%	10
Transferência da cama para o cadeirão 2 CF	0	0%	2	17%	10	83%	12
<b>Média</b>	-	1%	-	15%	-	84%	-

**Quadro 17:** Resultados do treino de técnicas de posicionamento e transferências.

*Fonte:* Elaboração Própria.

O valor do indicador é de 84%, o que significa que foi atingida a meta estabelecida (80%).

No nosso entendimento esta atividade poderia ter sido mais explorada e poderia ter mais benefícios em termos de capacitação dos CF se tivesse sido desenvolvida junto da totalidade da população alvo. Não tendo sido possível realizar esta dinâmica com toda a população alvo, ficou proposta na continuidade do projeto.

No entanto, a demonstração de forma sólida dos ganhos em saúde obtidos, bem como a avaliação do real impacto a longo prazo, da nossa intervenção, só poderá ser possível com um *Follow Up* do projeto.

### *Follow Up* do Projeto

O projeto de capacitação dos CF para a prevenção de UPP, em contexto domiciliário, obteve uma avaliação bastante positiva, motivo pelo qual nos parece importante contribuir para a sua operacionalidade no futuro.

Como referido anteriormente, uma das atividades foi a elaboração de um dossier técnico-pedagógico que deixámos como legado na UCC, por forma a permitir que a equipa de profissionais da unidade possa fazer uso de todo o material didático, facilitando a replicação das sessões de formação e de outras atividades inerentes ao projeto, sempre que se mostre oportuno e necessário. Faz todo o sentido que os CF que não fizeram parte deste projeto também possam beneficiar de formação.

Desse *dossier* fazem parte recursos bibliográficos e didáticos, diapositivos das formações realizadas e outros documentos de suporte ao desenvolvimento das sessões formativas e também o questionário aplicado no diagnóstico de situação de saúde.

Quanto ao acompanhamento dos elementos das equipas de SAD na prestação de cuidados, os enfermeiros da UCC, especialmente os enfermeiros especialistas em reabilitação, poderão dar continuidades ao objetivo de instruir e treinar os CF para esta nobre tarefa de prestar cuidados a todos aqueles que, por velhice e/ou incapacidade funcional, necessitam de mais ou menos apoio na garantia das suas necessidades de autocuidado.

Justificando a sustentabilidade do projeto, consideramos pertinente o alargamento das atividades desenvolvidas aos CF que não tiveram oportunidade de participar.

Outras necessidades foram expressas pelos CF, identificadas na fase de diagnóstico de situação e reafirmadas na avaliação do projeto, como o défice de conhecimentos na temática da saúde mental do idoso, o que nos parece uma boa aposta para novo projeto de intervenção comunitária.

### Grau de Satisfação dos Participantes no Programa Formativo (sessões de formação e *workshop*)

O nível de satisfação dos participantes nas sessões formativas foi avaliado pelo do preenchimento individual de uma ficha elaborada para o efeito. Os itens a avaliar foram classificados numa escala tipo *Likert* (1-Fraco; 2-Insuficiente; 3-Suficiente; 4-Bom; 5-Muito bom), onde os participantes se posicionaram quanto à sua satisfação com diversos aspetos das sessões, nomeadamente a pertinência e adequação dos conteúdos, adequação dos objetivos às suas necessidades, condições físicas e de estrutura, relacionamento entre os diferentes participantes nas sessões e domínio do tema por parte do elemento facilitador das sessões.

A avaliação do grau de satisfação quanto à atividade desenvolvida em formato de *workshop*, foi realizada através de quatro questões de tipo *Likert* enviadas por meio digital, com recurso a Formulários *Google* (Apêndice XVIII), aos 12 CF abrangidos pela atividade. As opções de resposta para cada questão consistiram em “*Excelente*”, “*Bom*”, “*Regular*”, “*Pouco Adequado*” e “*Ruim*”.

A análise das respostas consta para consulta em apêndice (Apêndice XIX).

#### **4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

No final deste relatório de Estágio é fundamental refletir sobre as competências adquiridas e desenvolvidas durante esse processo, competências estas que se traduzirão na obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o grau de Mestre em Enfermagem.

A reflexão assume um papel preponderante num processo de aprendizagem. Igualmente na prática de Enfermagem, refletir de forma crítica, ajuda a delinear o caminho a seguir, promovendo a aquisição de características salutareis relacionadas com o desenvolvimento de profissionais auto-conscientes, autónomos, críticos e competentes (Peixoto & Peixoto, 2016).

Ser consistente numa prática de reflexão, permite não só pensar no que se faz, como ponderar intervenções, atitudes e comportamentos, cimentar aspetos positivos, reajustar os menos positivos, melhorando a praxis. Consideramos que refletir promove a melhoria continua e permite conduzir os cuidados na direção da qualidade e excelência.

Atualmente é esperado dos profissionais de saúde e dos cuidados que prestam, crescente exigência técnica e científica, impondo aos profissionais de saúde a sua diferenciação e especialização, sendo uma realidade para marcado número de profissionais de enfermagem (Diário da República, 2019).

Conforme publicado no Diário da República (2019), o Enfermeiro Especialista é definido como um profissional que possui competência científica, técnica e humana para oferecer cuidados de enfermagem especializados em áreas de especialidade em enfermagem.

A fim de obter a certificação de competências clínicas especializadas, o enfermeiro especialista deve desenvolver um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que possam ser aplicados em diferentes contextos de vida dos indivíduos e em diversos níveis de prevenção, mantendo sempre em consideração as necessidades de saúde da população alvo.

De acordo com o Diário da República (2019), para obter o título de enfermeiro especialista, é fundamental adquirir as competências estabelecidas no regulamento específico da especialidade em enfermagem, além do conjunto de competências comuns a todas as áreas de especialização, adequadas aos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde.

Podemos consultar no Edital da 6ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem que, com este Mestrado se pretendia:

“desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica; contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.” (IPS, Edital, 2021, p.2)

#### 4.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

“O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializada nas áreas de especialidade em enfermagem” (Diário da República, 2019, p. 4744).

O regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista foi publicado pela primeira vez com o nº 122 em 2011, republicado com alterações em 2019 (Regulamento nº 140).

As competências comuns do enfermeiro especialista estão divididas segundo os estatutos da Ordem dos Enfermeiros em quatro domínios como são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019).

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal que são duas:

“a) 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;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

No que respeita ao domínio evidenciado, consideramos que no decurso do Estágio Final

realizado, tivemos sempre a atenção e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão de Enfermagem. Mais referimos que, em todo o momento do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, as questões éticas inerentes a este processo permaneceram de forma consciente tendo anteriormente, neste documento, merecido o nosso relato.

Nas nossas ações foi preservado o sigilo e privacidade de todos os participantes no projeto e garantidos os pressupostos éticos relativos a trabalhos de investigação.

O mesmo projeto foi submetido à apreciação por parte da Comissão de Ética para a Saúde da ARS, com inerente parecer positivo.

Ao domínio da melhoria contínua da qualidade são três as competências inerentes:

“a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica;

b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

Neste domínio consideramos que no desenvolvimento do estágio, contribuímos positivamente para a melhoria contínua da qualidade na UCC, uma vez que a implementação do projeto deu significado a uma melhoria nos cuidados através da promoção da saúde no seio da comunidade do concelho abrangido pela sua influência, contribuindo para a prática segura de cuidados e para a segurança do utente. As atividades desenvolvidas mantiveram-se alinhadas com as competências supra descritas, cumprindo o regulamento da UCC, respeitando as diretrizes da DGS, sustentadas teórica e juridicamente.

Para além das atividades inerentes ao projeto, colaboramos no desenvolvimento de outras, como aquelas relacionadas com a vacinação contra a COVID-19, realizada em contexto das ERPI do concelho, suportando-nos cientificamente em normas e diretrizes da DGS, garantindo as boas práticas e a qualidade dos cuidados que prestamos.

As atividades em que participámos, relacionadas com a vacinação contra a Covid-19, decorreram em cinco Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho, localizadas em várias freguesias. Esta atividade de vacinação impôs que atendêssemos à garantia de ambientes terapêuticos seguros, tal como de gestão de recursos para a prestação de cuidados de qualidade.

Já na unidade, colaborámos na responsabilidade de supervisionar a cadeia de frio, verificação das condições de acondicionamento e transporte das vacinas contra a Covid-19, bem como as

necessárias ao controlo das temperaturas e estado dos frigoríficos de acondicionamento.

Na área da Saúde Escolar participámos em reuniões de articulação com Agrupamento de Escolas a fim de delinear estratégias e atividades nesta área, relacionadas com as necessidades da população escolar. Percebemos que são muitos os problemas identificados e as temáticas a necessitar da atenção da equipa multidisciplinar da UCC, no entanto, atendendo ao tempo limitado e ao número de elementos que a mesma equipa dispõe para a Saúde Escolar, impõe-se aqui também, a determinação de prioridades para intervir.

Participámos em reuniões multidisciplinares da UCC, onde se discutiu diversos assuntos relacionados com a gestão da unidade e das atividades que lhe são inerentes em articulação com outras entidades, ao nível da intervenção comunitária, como exemplos, do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Núcleo Local de Inserção, Comissão de Proteção de Jovens em Risco ou Equipa de Prevenção da Violência em Adultos.

Ainda nos referindo a essas reuniões, concluímos que a equipa da UCC rentabiliza as mesmas no sentido de as transformar em momentos formativos, pois que após a discussão dos assuntos agendados para cada reunião, houve sempre a apresentação de temáticas com a finalidade de desenvolver formação contínua, sendo os preletores os profissionais da unidade apresentando temas da sua intervenção. Concordamos que esta estratégia tem benefícios, rentabilizando momentos de reunião da equipa para aprendizagem e formação.

No terceiro domínio referido, gestão de cuidados, as competências comuns do enfermeiro especialista passam por:

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745)

Por forma a aprofundar conhecimentos e adquirir as competências relativas a este domínio, a nossa participação na vacinação contra a Covid-19 quanto à gestão de recursos em termos de material de uso clínico e vacinas, para a atividade de vacinação nas ERPI e Unidade de Cuidados Continuados Integrados do concelho, foi um contributo.

Em todos os momentos do estágio foi possível e aceite a minha opinião, tal como participar nas decisões da equipa multidisciplinar. Tivemos oportunidade de colaborar na preparação da execução das atividades, prestar cuidados ao lado dos restantes colegas, participar na gestão de

espaços físicos, recursos materiais, no acolhimento aos utentes vacinados, no registo da vacinação efetuada na plataforma informática E-Vacinas.

Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as competências são:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

No desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, foi necessária a minha adaptação a diferentes cenários e pessoas, uma vez que, trabalhando em parceria com seis instituições diferentes da Rede Social de Apoio e tendo cada uma delas cuidadores diferentes, hierarquias distintas e contextos laborais e dinâmicas diversas, foi necessário refletir sobre a forma de abordagem, articulação e comunicação com cada instituição em particular, atendendo às suas assimetrias.

Para além do aspeto descrito acima, a necessária flexibilidade quanto a algumas exigências, apresentadas pelas direções técnicas das instituições, foi outro aspeto que contribuiu para o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade.

Ainda para a concretização do projeto, foi necessária pesquisa bibliográfica que sustentasse a minha ação e contribuísse para o aumento dos meus conhecimentos técnicos.

As atividades do projeto ligadas à realização das sessões de formação e dos *workshops*, direcionadas aos CF das equipas de SAD, foram preparados com suporte na evidência científica, através de pesquisa sistemática em publicações recentes em bases de dados fidedignas, em normas e diretrizes da DGS e de outras entidades oficiais, nacionais e internacionais.

Durante o Estágio final foi também redigido um artigo científico original (Apêndice XX), com base no diagnóstico de situação de saúde, cumprindo todas as regras de elaboração deste formato de trabalho científico e que se pretende publicar após a discussão de presente relatório.

#### 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O regulamento nº 428/2018 inserido no Diário da República em 2018, enumera e descreve as quatro competências específicas atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros aos Enfermeiros

### Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico” (Diário da República, 2018, p.19354).

No que respeita à primeira competência referida, podemos associar o projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o estágio, realizado no âmbito de uma UCC, pois este foi efetivamente suportado pela Metodologia do Planeamento em Saúde dos autores Emílio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes, amplamente referenciados ao longo do presente relatório.

Percorrendo as etapas desta metodologia, desenvolvemos um diagnóstico do estado de saúde da comunidade delineada como população alvo do projeto, os Cuidadores Formais das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário das Instituições da Rede Social de Apoio de um concelho, possibilitando indagar as suas necessidades. Tendo estas sido identificadas, tal como identificados problemas, estabeleceram-se prioridades, delinearam-se objetivos, selecionaram-se estratégias e atividades em função das primeiras. Na realização das atividades tivemos em atenção recursos necessários/existentes e parcerias comunitárias, com vista à consecução de um projeto de saúde coletivo.

Atendendo o próprio título deste relatório, “Prevenção de Úlceras por Pressão em Contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais”, consideramos que a segunda competência foi trabalhada ao longo de todo o processo, identificando as necessidades de formação da população alvo relacionadas com a prevenção das UPP, selecionando a estratégia que diz respeito à formação/capacitação dos CF, almejando contribuir para o *empowerment* deste grupo através do aumento da literacia em saúde nesta temática.

Este processo de capacitação dos CF foi estabelecido pelo cumprimento de um plano de formação composto por sessões de formação e *workshop*, de que os CF participantes do projeto beneficiaram.

Usámos como fundamento um modelo teórico de enfermagem pois sabemos que os pressupostos teóricos nos guiam, e nomeadamente o MPS de Nola Pender, acerca da estratégia de promoção da saúde, no âmbito da prestação de cuidados, constituindo um meio para alcançar a qualidade de vida e um estado de completo bem-estar físico, mental e social das pessoas e

comunidades, através da sua interação com o meio ambiente. Podemos afirmar que a educação para a saúde/formação surgiu como estratégia fundamental para atingir os objetivos previamente delineados para o projeto de intervenção comunitária desenvolvido.

Com a monitorização e avaliação da implementação do projeto podemos considerar que o objetivo de capacitar este grupo comunitário foi atingido sem, no entanto, nos esquecermos da necessidade de sua continuidade e *Follow Up*.

O facto de termos colaborado, de forma ativa, no cumprimento das diretrizes da DGS quanto ao cumprimento da vacinação contra a Covid-19 e de termos participado em atividades do âmbito do Programa de Saúde Escolar, concretiza a terceira competência elencada.

Relativamente ao Programa de Saúde Escolar, participámos em reuniões de gestão e planeamento, como já anteriormente referido, mas também desenvolvemos sessões de educação para a saúde, assinalando a data comemorativa do Dia da Alimentação, numa escola do Pré-escolar e primeiro ciclo do Ensino Básico, na área do concelho, num total de seis sessões, a grupos de diferentes anos de escolaridade. Esta última atividade também diz respeito ao cumprimento da segunda competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Consideramos as atividades junto da comunidade escolar de importância primordial para a promoção de estilos de vida saudáveis. A receptividade da população escolar em relação às intervenções desenvolvidas pela UCC mostrou que existe uma relação próxima e colaborativa entre os dois setores, o que contribuiu para facilitar esta articulação, ainda que condicionadas pelo contexto pandémico. A existência de parcerias na comunidade é um aspeto facilitador para as intervenções profícuas, por parte da enfermagem, na construção de comunidades salutaras.

A quarta competência específica, referindo-se a vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico, também foi desenvolvida, pois utilizámos instrumentos de colheita de dados para concretizar o diagnóstico e situação de saúde da população alvo do projeto e dessa forma foi permitida a sua vigilância epidemiológica.

No mesmo sentido, com a consulta dos dados da plataforma E-Vacinas podemos aferir dados epidemiológicos relacionados com a vacinação contra a Covid-19 por forma a planearmos a administração das doses de vacinas para cada residente das ERPI e cada CF dessas Instituições, atendendo ao esquema de vacinação individual e ao plano nacional de vacinação.

Além do descrito antes, à luz do projeto de intervenção comunitária, procedemos a pesquisa de dados sociodemográficos, entre outros, da área geográfica em estudo tendo sido tratados e analisados diversos indicadores demográficos, sociais, de saúde ou profissionais, para caracterizar a

população em estudo e possibilitar a identificação das suas necessidades em saúde.

#### 4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O trajeto acadêmico realizado possibilitou não somente adquirir as competências comuns do Enfermeiro Especialista, juntamente com competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem comunitária e saúde pública, mas também desenvolver competências de Mestre em Enfermagem.

Segundo o Decreto-Lei no 63/2016 de 13 de setembro do Diário da República, o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Diário da República, 2016, p.3174).

Reconhecemos que durante o estágio adquirimos conhecimentos e competências para a resolução de problemas de ordem diversa, aprendendo a contornar obstáculos e a repensar soluções que gerassem o resultado almejado com a implementação do projeto de intervenção comunitária. O trabalho desenvolvido com o projeto, baseado na metodologia do planeamento em saúde, tal como a redação de um artigo científico, veio permitir-nos ganhar novos conhecimentos e mobilizar conhecimentos anteriormente adquiridos, durante a frequência das unidades curriculares, na área da investigação e outras de igual importância. Esses conhecimentos contribuíram igualmente para o trabalho desenvolvido com a implementação do projeto, permitindo adequarmos os nossos comportamentos, linguagem, postura, na prestação de cuidados e na interação com a comunidade, atendendo às suas características e especificidades.

No estágio, pudemos treinar as capacidades de comunicação e interação com grupos e comunidades, com o intuito de influenciar positivamente as suas atitudes e comportamentos e contribuirmos para a sua formação e literacia em saúde.

A prestação de cuidados implicou a nossa reflexão crítica sobre a prática clínica, permitindo, assim, lidarmos com questões complexas. Essa reflexão incidiu sobre as implicações éticas, profissionais e sociais, e levaram à aquisição de novos conhecimentos e à aplicação destes, com vista a uma melhor prestação e gestão de cuidados.

Consideramos que todo o percurso académico constituiu o caminho para alcançar as competências de Mestre em Enfermagem. Os conhecimentos prévios, resultantes do grau de Licenciatura serviram de alicerce para a construção dos conhecimentos que detemos hoje. Os conhecimentos e competências alcançados durante a elaboração dos trabalhos académicos e as vivências, experiências e o estudo durante o estágio, tornaram-se as peças-chave para edificar o trabalho que apresentamos e esperamos ser merecedor da aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A enfermagem comunitária e de saúde pública tem uma abordagem globalizante e centrada na comunidade, baseada num profundo entendimento das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e uma capacidade destacada para atender às necessidades dos diferentes públicos-alvo de cuidados (pessoas, grupos ou comunidades), promovendo ganhos efetivos em saúde.

Durante o nosso estágio na UCC, aplicamos esses pressupostos para implementar um projeto de intervenção comunitária, aprimorar as nossas habilidades e desenvolver competências para melhorar a prática de cuidados.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido afigura-se pertinente tendo em conta o facto de vivermos numa sociedade marcada pelo envelhecimento populacional, com conseqüente aumento de doenças crónicas e incapacidades inerentes ao envelhecimento biológico e psicológico, que concorrem para o sofrimento, a vulnerabilidade e dependência da pessoa idosa.

Se considerarmos o domicílio como o local de eleição para a prestação de cuidados à pessoa idosa/dependente, acresce a responsabilização dos cuidadores formais na prestação de cuidados oferecidos pelo serviço de apoio domiciliário da rede social de apoio, sendo indispensável a intervenção do enfermeiro na capacitação destes cuidadores para o apoio às famílias, utentes, identificação de fatores de risco e prevenção de doenças.

É bem conhecido que as UPP em pessoas com dependência, seja física ou psicológica, e limitação de mobilidade, são um problema de saúde pública.

Cientificamente comprovado está o facto de que a ação sobre a sua prevenção é a solução para minimizar este flagelo de saúde.

A prevenção das UPP requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, consistindo dessa forma um desafio organizacional, comunitário e governamental, exigindo uma cultura organizacional e metodologia de trabalho que promova a prevenção deste

problema de saúde, numa dinâmica de trabalho em equipa entre saúde, apoio social, famílias e utentes.

Por essa razão, priorizamos a capacitação dos cuidadores formais para a prevenção de UPP em pessoas com alterações da funcionalidade. Desenvolvemos um programa de formação composto por sessões de formação e *workshops* que contribuíram para a capacitação e *empowerment* desses cuidadores.

A realização do estágio permitiu a consecução de um projeto de saúde coletivo, utilizando a metodologia do planeamento em saúde, contemplando sinergias entre o setor da saúde e setor social, famílias e utentes, que esperamos, contribua para a continuidade do envolvimento e da proximidade entre a UCC e a comunidade onde se insere e presta cuidados.

Além disso, o estágio proporcionou-nos outras experiências clínicas relevantes, permitindo-nos observar e colaborar em projetos de saúde em diversas áreas, como reabilitação, saúde mental, abordagem paliativa, doença crónica, apoio social, cuidados continuados integrados, saúde escolar, saúde do adulto, saúde reprodutiva, vacinação, intervenção precoce, apoio a crianças e jovens em risco, formação contínua em serviço, planeamento, governação e gestão clínica.

A disponibilidade e envolvimento de toda a equipe multidisciplinar da UCC, juntamente com a imagem extremamente positiva da UCC na comunidade, contribuíram para o sucesso do nosso trabalho em parceria com instituições de apoio social e com os cuidadores formais. A colaboração da enfermeira supervisora clínica e a orientação da professora orientadora também foram fundamentais para a realização do estágio, desenvolvimento do projeto e elaboração do relatório.

Entre as dificuldades enfrentadas, podemos citar a limitação temporal para a implementação do projeto e o consequente desenvolvimento de estratégias e atividades. Neste caso particular, uma abrangência mais ampla e a aplicação em outros contextos de cuidados poderiam ter resultado em ganhos em saúde ainda maiores. Além disso, algumas condições impostas pelas instituições parceiras limitaram o tempo disponível para as sessões de formação dos funcionários, o que exigiu medidas corretivas e criatividade para cumprir o programa formativo. No entanto, como mencionado anteriormente, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz e ter a competência de se adaptar a diferentes situações para garantir o cumprimento dos diversos programas de saúde.

Em suma, o nosso projeto de intervenção comunitária e o estágio como um todo permitiram-nos adquirir e desenvolver as competências da enfermagem comunitária e de saúde pública em benefício da comunidade, melhorar habilidades e aprofundar conhecimento em diversas áreas de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (2015). *Perfil de Saúde e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo*. <https://www.am-lisboa.pt/documentos/1518981276X2qFB7xj2Vv65KE2.pdf>
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (s.d.). *Plano Regional de Saúde 2018-2020*. [https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/06/PRSLVT\\_-\\_Plano\\_Regional\\_Sa\\_de\\_LVT.pdf](https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/06/PRSLVT_-_Plano_Regional_Sa_de_LVT.pdf)
- Antón, M. (2016). *Curso Online Para Cuidadores De Pessoas Com Dependência. 2.ª Edição*. Madrid: Grupo IMC.
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades percebidas pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12 (1), 119-129. <https://ria.ua.pt/handle/10773/22445>
- Boff, E., & Gregory, T. (2019). Avaliação em idosos matriculados em um programa universitário para idosos. *Revista Ouricuri*, 9 (1), 27-41. <https://doi.org/10.29327/ouricuri.v9.i1.a3>
- Câmara Municipal de [REDACTED] (2009). *Plano Estratégico de Desenvolvimento – [REDACTED] 2020*. [https://www.cm-\[REDACTED\].pt/docman/portal-do-investidor/247-plano-estrategico-de-desenvolvimento-\[REDACTED\]-2020/file](https://www.cm-[REDACTED].pt/docman/portal-do-investidor/247-plano-estrategico-de-desenvolvimento-[REDACTED]-2020/file)

Câmara Municipal de [REDACTED] e (2020). Relatório sobre o Estado do Ordenamento do Território – [REDACTED]. [https://www.cm-\[REDACTED\].pt/atividade-municipal/ordenamento-do-territorio/revi-sao-do-pdm-de-\[REDACTED\]10532-reot-relatorio-estado-do-ordenamento-do-territorio/file](https://www.cm-[REDACTED].pt/atividade-municipal/ordenamento-do-territorio/revi-sao-do-pdm-de-[REDACTED]10532-reot-relatorio-estado-do-ordenamento-do-territorio/file)

Chambel, D. A. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais* (Dissertação de Mestrado), Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação - Escola Superior de Saúde de Portalegre). Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17845>

Campos, A. V., Gonçalves, L.T. (2018). Perfil demográfico do envelhecimento nos municípios do estado do Pará, Brasil. *Revista Brasileira Enfermagem*, 71 (1), 636–643. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0070>

Cantante, A.P., Fernandes, H.I., Teixeira, M.J., Frota, M.A., Rolim, K.M. & Albuquerque, F.H. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & saúde coletiva*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Carvalho, P.S., Aguiar, E.S., Brito, K. K., Antas, E. M., Andrade, S. S., silva, M. A., Soares, M. G. (2018). Conhecimento de cuidadores formais de idosos para manter a pele do idoso livre de lesão por pressão. *Enfermagem Brasil*, 17 (3), 190-198. <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.1092>

Cavalcanti, A. D., Moreira, R.S., Diniz, G.T., Vilela, M.R. & Silva, V. L. (2018). O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 12 (1), 15-23. DOI: 10.5327/Z2447-211520181700078

Correia, H. (2019). *Capacitação de Cuidadoras Formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32156>

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2006). Diário da República - I Série-A, n.º 109. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República – Série I, de 200-02-22. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 99/2011. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2011). Diário da República n.º 187/2011, Série I de 2011-09-28 páginas, 4546 – 4554. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/99-2011-671204>

Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, Lei Orgânica das ARS IP do Ministério da Saúde (2012). Diário da República n.º 21/2012, Série I de 2012-01-30. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/22-2012-543922>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro do Ministério da Saúde. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II de 2015-02-10. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Diário da República (2016). Decreto-Lei no 63/2016 de 13 de setembro do Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>

- Diário da República (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. D.R. n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Diário da República (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2.ª Série. N.º 26. 6 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)*, Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Plano Estratégico 2017-2019*. <https://www.dgs.pt/a-direcao-geral-da-saude/instrumentos-de-gestao/ficheiros-externos/plano-estrategico-dgs-2017-2019-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Direção Geral da Saúde. [https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030\\_FINAL-para-Edicao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf)
- Dixe, M.A. & Querido, A. (2020). Cuidador Informal de Pessoa Dependente no Autocuidado: Fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (3), 1-8. [https://www.researchgate.net/publication/343354111\\_Cuidador\\_informal\\_de\\_pessoa\\_dependente\\_no\\_autocuidado\\_fatores\\_de\\_sobrecarga](https://www.researchgate.net/publication/343354111_Cuidador_informal_de_pessoa_dependente_no_autocuidado_fatores_de_sobrecarga)
- Duarte, M. (2018). *Formar para Cuidar* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém). Politécnico de Santarém, repositório científico. <https://repositorio.ipsantarrem.pt/handle/10400.15/2251?locale=en>

Dzhankarashvili C. (2017). *Formação de Cuidadores - Um Passo para a Regulamentação da Profissão* (Dissertação de Mestrado, Politécnico do Porto). Repositório P. Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/10750>

Espanha, R., Á vila, P., Mendes, R. (2016). *Literacia em Portugal - Relatório Síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>

Estevão, S.M. (2017). *Qualidade de Vida de Idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário* (Tese de Mestrado). Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10692/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Susana%20Final%20PDF.pdf>

European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: Guia de consulta Rápida*. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>

Figueiredo, D. S. T. O. (2019). *Fatores individuais e contextuais associados à incapacidade em idosos brasileiros*. (Tese Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais). Repositório Institucional da UMFG. <http://hdl.handle.net/1843/31421>

Firmino, H., Simões, M. & Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental das Pessoas mais velhas*. LIDEL, Edições Técnicas, Lda

Fonseca, A. M. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place - Divulgar para valorizar. Guia de Boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/25680>

Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta

Gabira, F., Oliveira, G., & Oliveira, E. (2019). Determinantes sociais do consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde*, 21(1), 156–178. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/26479/18219>

Gama, G. A. (2017). *Modelo de promoção da Saúde de Nola Pender na consulta de enfermagem à gestante* (Tese de Mestrado). Universidade Federal de Alagoas – Escola de Enfermagem e Farmácia. <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/1936/1/Modelo%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20de%20Nola%20Pender%20na%20Consulta%20de%20Enfermagem%20%C3%A0%20gestante.pdf>

Gefen, A. (2018).. The future of pressure ulcer prevention is here: Detecting and targeting inflammation early. *Ewma Journal*, 19(2), pp. 7-13. [https://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA.org/EWMA\\_Journal/articles\\_previous\\_issues/Gefen\\_A.pdf](https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/EWMA_Journal/articles_previous_issues/Gefen_A.pdf)

GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2021). *Carta Social Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2020*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e>

Gianfrancisco I, Dietrich G, Garcia C, Batistoni S, Gutierrez B & Falcão D. (2017). Crenças Sobre o Bom Cuidador Profissional de Idosos Dependentes no Contexto Domiciliar. *Psicologia em Estudo*, 22 (3), 313-323. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i3.32508>

Gouveia, D. D. C., & Rodrigues, L. M. S. (2019). Enfermagem e o envelhecer saudável. *Revista Pró-Universus*, 10 (1), 97-101. <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1624>

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

Imperatori E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento de Saúde: manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2020a, mar 30). *Projeções de População Residente em Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdestbou=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdestbou=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística (2021a). *Censos 2021 - Relatório Provisório*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdestbou=526271534&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdestbou=526271534&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Dia Mundial da Saúde - 07 de abril*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdestbou=471121097&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdestbou=471121097&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística (2022). *Censos – Resultados Definitivos – 2021*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpubbou=65586079&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpubbou=65586079&PUBLICACOESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *CENSOS 2021 – Resultados Definitivos*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdestbou=541064323&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdestbou=541064323&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), (2021). Curso de Mestrado em Enfermagem – Edital, Abertura do Mestrado em enfermagem, Ano Letivo de 2021/2022.

<https://www.ipbeja.pt/RepositorioDocumentosOficiais/Lists/Editais/Attachments/235/Edital%20Mestrado%20em%20Enfermagem%2021%2022%20%20FINAL%20%20Set%20C3%20BAbal%20homologado.pdf>

Laranjeiro, A. & Loureiro, S. (2017). Fatores de risco das úlceras de pressão em doentes internados num hospital português. *Rev. Salud Pública*, 19(1), 99-104. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.42251>

Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, Assembleia da República. (2009). Diário da República n.º 30/2009, Série I de 2009-02-12. Aprova a revisão do Código do Trabalho. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/7-2009-602073>

Lei nº 93/2019 de 4 de setembro de assembleia da República. (2019). Diário da república 1ª série nº 169. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/93-2019-124417106>

Martins, T., Araújo, M.F., Peixoto, M. J.; Machado, P. P. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Matos, S., Souza A., Aguiar E., Silva, M., Soares, M., Oliveira, S. (2016). Prevenção de Úlcera por Pressão: Saberes de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10 (11), 3869-3874. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i11a11467p3869-3874-2016>

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

Mendes, J. L. V., da Silva, S. C., da Silva, G. R., & dos Santos, N. A. R. (2018). O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: Uma revisão da literatura. *REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*, 8(1), 13-26.

- Miranda, A. M. (2020). *Impacto de um programa de apoio educativo a cuidadores formais de pessoas idosas com demência em contexto institucional* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/132382>
- Miranda A, Dias M. & Gunes A. (2019). The Impact of an Educational Support Program on Formal Caregivers of Elderly People with Dementia in the Institutional Context. *Journal of Social Science Research*. 14, 2321-1091. <https://doi.org/10.24297/jssr.v14i0.8496>
- Minayo, M. C. (2019). O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 247-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018>
- Nazário D, Santos I & Sarroeira C. (2021). Intervenção Comunitária: Capacitação das Auxiliares de Ação Direta sobre Suporte Básico de Vida. *Revista da UI\_IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde*. 9(1), 42-56. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24831>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Edição: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem Campus do IPS. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- OECD/European Union (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age\\_9789264194564-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page1)
- OMS (s.d., para.1). *Determinantes Sociais da Saúde*. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1997). *Declaração de Jacarta*. [https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/declaraodejakarta\\_1997.pdf](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/declaraodejakarta_1997.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012). Escritório Regional do Mediterrâneo Oriental. Educação em saúde: conceitos teóricos, estratégias eficazes e competências essenciais: um documento básico para orientar o desenvolvimento de capacidades de educadores em saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119953>
- OMS, (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde - Resumo*. Publicações da OMS [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=A04D8A2A93FDED8810CB6EB1DD62E347?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=A04D8A2A93FDED8810CB6EB1DD62E347?sequence=6)
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2021). *Glossário de termos de Promoção da Saúde 2021*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- ONU (s.d.). *Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- ONU, (2019). *World Population Prospects, The 2019 Revision - Volume I: Comprehensive Tables*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/15994a82-en>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classificac%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011b). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaude-Publica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária – na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – na área de Saúde Familiar*. (Aprovado por maioria, sem alterações, na 3ª assembleia do colégio da especialidade de enfermagem comunitária, reunida em sessão extraordinária, a 25 de novembro de 2017, em Leiria). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2\\_padrõesqualidadece\\_comun\\_sfamiliar\\_sp%3%BAblica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padrõesqualidadece_comun_sfamiliar_sp%3%BAblica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%3%A1ria-e-de-sa%3BAde-p%3%BAblica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). *Regulamento n.º 140, de 18 de janeiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Paixão, F; Somage, L.; Valiate, J.; Pampolim, G. (2022). Tópicos Atuais em Saúde I: abordagens sobre saúde, doença e cuidado. In *Funcionalidade de Idosos Residentes na Comunidade: Um Olhar Sobre os Determinantes Sociais da Saúde* (pp. 115-130). Editora Científica Digital. <https://downloads.editoracientifica.com.br/books/978-65-5360-116-1.pdf> ou DOI 10.37885/978-65-5360-116-1

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 121 – 132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pender, N. J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice 7ª edição*: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Pineault, R., Daveluy, C. (1987). *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1.<sup>a</sup> edição. Masson, S.A. y Salud y Gestión.

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026*. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Politécnico de Leiria (2021). *Guia para orientação de citações e referências bibliográficas - Normas APA*. 7.<sup>a</sup> Edição. Bibliotecas do Politécnico de Leiria

Portaria n.º 161/2012, de 22 de maio dos Ministérios das Finanças e da Saúde (2012). Diário da República n.º 99/2012, Série I de 2012-05-22. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/161-2012-552007>

Portaria n.º 394-B/2012. De 29 de novembro da Presidência do Conselho de Ministros e Ministério das Finanças e da Saúde (2012). Diário da República n.º 231/2012, 1.<sup>a</sup> Suplemento, Série I de 2012-11-29. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/394-b-2012-603767>

Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2013). Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2013. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/38-2013-258278>

Pordata (2022, março, 29). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+ou+tros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525> <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24092/1/Carla%20Ribeirinho%20TESE.pdf>

Regulamento nº128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República nº 35/2011, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/128-2011-3477017>

Regulamento nº 428/2018, 16 de julho, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ribeirinho, C. M. (2017). A Supervisão Profissional como Locus da (re)construção da Intervenção do Serviço Social em Serviços de Apoio Domiciliário (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. J. V. (2020). *Um tempo sem idades: ensaio sobre o envelhecimento da população*. Edições Tinta-da-china.

Ruivo, A. M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1–38. [https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Santos, S. L., Turra, C., Noronha, K. (2018). Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 35 (2), 1-30.

- São José, J. (2016). What are we talking about when we talk about care? A conceptual review of the literature. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 81, 57-74. <https://journals.openedition.org/spp/2330>
- Segurança Social (2011). *Manual de Processos - Chave Serviço de Apoio Domiciliário*, 2ª edição. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs\\_apoio\\_domiciliario\\_processos-chave/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_apoio_domiciliario_processos-chave/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f)
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) (s.d.). Transparência SNS. *Prevalência de Quedas e Incidência de Úlceras de Pressão*. [https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/prevalencia-de-quedas-e-incidencias-de-ulceras-de-pressao/export/?flg=pt&disjunctive.semestre\\_ano&disjunctive.regiao](https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/prevalencia-de-quedas-e-incidencias-de-ulceras-de-pressao/export/?flg=pt&disjunctive.semestre_ano&disjunctive.regiao)
- Serviço Nacional de Saúde (SNS) (s.d.). Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/Pages/default.aspx>
- Siewert, J.S., Alvarez, A.M., Santos, M. A., Brito, F.A., Hammerschmidt, K.S., (2020). Idosos com demência institucionalizados: revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (3), 1-11. <https://www.scielo.br/j/reben/a/6PCTSQ4XyGbTgLqdr65WMpn/?lang=pt&format=pdf>
- Sousa, M. M. G., Menezes, M. (2015). *Humanização dos Cuidados na Terceira Idade: Melhorar a Prática e o Desempenho Profissional no CSCRQ* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga.

Spasova, S.; Baeten, R.; Coster, S.; Ghailani, D.; PeNa-Casa, R.; Vanhercke, B. (2018). Challenge in long-term care in Europe, *Eurohealth*, 24 (4), 7 - 12. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332533>

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7.ª ed. Lusodidata

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

UCC [REDACTED] (2022). *Plano de Ação 2022 UCC [REDACTED], Carta de Compromisso de 2022 – UCC [REDACTED] – ACES [REDACTED] - ARS Lisboa e Vale do Tejo*.

UCC [REDACTED], (2022). *Manual de Acolhimento da UCC [REDACTED]*

World Health Organization (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65576>

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **APÊNDICES**

**Apêndice I – Requerimento ao Diretor Executivo de ACES**

## Requerimento ao Diretor Executivo de ACES

Ao Diretor Executivo do ACES xxxxxx

Exm. Sr. xxxxxxxxxxxxxxxx

Carla Natália Rodrigues do Carmo, mestranda no 6º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontra-se a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade xxxxxxxxxxxxxxxx e, onde está a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, na área da prevenção de Úlceras por Pressão e Capacitação de Cuidadores Formais, com o título : Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais.

O docente orientador é a professora Isaura Serra da Universidade de Évora e a enfermeira Supervisora clínica é a Sra. Enfermeira Especialista xxxxxxxxxxxxxxxx, da UCC xxxxxxxxxxxxxxxx.

Pretende-se, para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária referido supra, aplicar um instrumento de colheita de dados, nomeadamente um questionário, a fim de perceber as necessidades formativas dos Cuidadores Formais das respostas sociais do concelho de xxxxxxxxxxxx, especificamente dos elementos das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário, durante o mês de novembro de 2022.

Vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup>. uma declaração relativa à disponibilidade para a realização do estudo, de acordo quanto às condições logísticas e humanas para a realização do projeto em condições éticas adequadas, nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo, documento este a enviar em anexo ao pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Pede Deferimento

xxxxxxx, 03 de outubro de 2022

*Carla Natália Rodrigues do Carmo*

\_\_\_\_\_  
(Carla Natália Rodrigues do Carmo)

**Apêndice II – Pedido de Parecer à Comissão de Ética da ARS**



**Mestrado em Enfermagem em Associação**



**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**  
**6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação**  
**Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**  
**Ano Letivo 2022/2023**  
**Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública II**

**SUBMISSÃO DE PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA  
PARA A SAÚDE DA ARSLVT**

**Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto Domiciliário:  
Importância da Capacitação de Cuidadores Formais**

**Orientador Científico-Pedagógico**

Professora Doutora Isaura Serra

**Orientador Clínico**

Enf.ª Especialista em Enfermagem Comunitária: |

**Aluna Mestranda**

Carla Natália Rodrigues do Carmo

Setúbal, 25 de outubro de 2022

**Lista de Siglas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
CF – Cuidadores Formais  
DCNT - Doenças Crónicas não Transmissíveis  
EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel  
ERPI – Estrutura Residencial para Idosos  
NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel  
PPPIA - Pan Pacific Pressure Injury Alliance  
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UPP – úlceras por pressão

<b>ÍNDICE</b>	
<b>1. DESCRIÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	5
1.1 Título do Projeto .....	5
1.2 Identificação, Contacto e Curriculum vitae do investigador principal.....	5
1.3 Instituição e Contexto em que se insere o Projeto .....	5
1.4 Orientador Científico Pedagógico .....	5
1.5 Orientador Clínico .....	5
1.6 Data Prevista para a execução do Projeto.....	6
1.7 Local do Estudo .....	6
<b>2. Introdução</b> .....	6
<b>3. Enquadramento Teórico</b> .....	8
<b>4. Metodologia</b> .....	12
4.1 Objetivo Geral.....	12
4.2 Tipo de Estudo .....	12
4.3 Local.....	12
4.4 População.....	12
4.5 Método de Seleção dos Participantes.....	13
4.6 Instrumentos de Colheita de Dados.....	13
4.7 Processo de Recolha de Informação .....	14
4.8 Tratamento de Dados .....	14
<b>5. Considerações Éticas</b> .....	14
<b>6. Estimativa de Recursos</b> .....	15
<b>7. Cronograma</b> .....	15
<b>8. Divulgação dos Resultados</b> .....	15
<b>9. Referências Bibliográficas</b> .....	16
<b>Anexos</b> .....	18
Anexo I - Declaração do Orientador Científico-Pedagógico.....	19
Anexo II - Curriculum Vitae do Orientador Científico-Pedagógico.....	21
Anexo III – Curriculum Vitae do Supervisor Clínico.....	51
Anexo IV - Declaração do Diretor Executiv .....	59
Anexo V – Declaração da Coordenadora d .....	61
<b>Apêndices</b> .....	63
Apêndice I - Curriculum Vitae da Mestranda/ Investigadora .....	64
Apêndice II -Pré Teste do Questionário.....	70

Apêndice III – Autorização para aplicação do questionário de pré teste.....	80
Apêndice IV - Consentimento Informado.....	82
Apêndice V - Correspondência trocada com as Instituições do concelho.....	86
Apêndice VI – Declaração de Conflito de interesses.....	94
Apêndice VII – Cronograma.....	96
Apêndice VIII – Declaração relativa à propriedade de Dados.....	98
Apêndice IX – Declaração de compromisso de publicação dos Resultados do Estudo.....	100
Apêndice X – Declaração de Compromisso de Entrega do Relatório Final à Comissão de ética para a Saúde.....	102

Índice de Quadros

Quadro 1 – Custos previstos para a execução do projeto.....	15
---	----

## **1. DESCRIÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

### **1.1 Título do Projeto**

O presente projeto terá como título Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais.

### **1.2 Identificação, Contacto e Curriculum vitae do investigador principal**

Este projeto será desenvolvido por Carla Natália Rodrigues do Carmo, enfermeira de cuidados gerais no Serviço de Atendimento Permanente/Urgências Básicas de Vendas Novas, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central, Administração Regional de Saúde (ARS) Alentejo, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Para esclarecimentos e outras considerações, a investigadora poderá ser contactada através do telemóvel 961949460 ou, em alternativa, através do seguinte endereço de email [210531016@estudantes.ips.pt](mailto:210531016@estudantes.ips.pt).

Em apêndice junta-se o respetivo curriculum vitae (Apêndice I).

### **1.3 Instituição e Contexto em que se insere o Projeto**

O presente projeto surge no âmbito das Unidades Curriculares - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e II, integradas respetivamente no primeiro e segundo ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

### **1.4 Orientador Científico Pedagógico**

O projeto em presença estará sob orientação científico-pedagógica da Professora Doutora Isaura Serra, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, cuja declaração de orientador se encontra em anexo (Anexo I), bem como o respetivo curriculum vitae (Anexo II).

### **1.5 Orientador Clínico**

Integrado nas Unidades Curriculares Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e II, o referido projeto terá orientação clínica da Enfermeira

Especialista Maria Carla Sousa, atualmente a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) I , e como vogal de enfermagem do Conselho Clínico e de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde cujo respetivo curriculum vitae se encontra em anexo (Anexo III).

#### 1.6 Data Prevista para a execução do Projeto

A implementação do projeto terá início a 19 de setembro de 2022 e terminará a 27 de janeiro de 2023.

#### 1.7 Local do Estudo

O Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e II decorrerá na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) uma das unidades funcionais . Posteriormente, o projeto de intervenção comunitária será implementado junto das Instituições com equipas de Serviço de Apoio Domiciliário pertencentes ao cor nas suas várias freguesias.

## 2. Introdução

O presente estudo surge no âmbito das Unidades Curriculares - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e II, integradas no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Pretende-se com a concretização deste estágio realizar um Diagnóstico da Situação de Saúde do concelho de Coruche, visando identificar as necessidades em saúde da população, proceder à priorização dos problemas existentes e definir objetivos, implementando um Projeto de Intervenção Comunitária.

Numa perspetiva conjunta com a unidade acolhedora do estágio, considerou-se como prioritária a implementação de um projeto de intervenção comunitária na área da capacitação de cuidadores formais para a prevenção de úlceras por pressão, em pessoas com dependência, em contexto de prestação de cuidados no domicílio, por constituir uma problemática local já identificada, e também pelo facto das úlceras por pressão constituírem um problema de saúde atual, de âmbito alargado, a nível nacional e internacional.

O envelhecimento da população portuguesa tem aumentado, quer através da redução do número de jovens, quer pelo aumento da população idosa. Há uma inversão da estrutura etária normal, piramidal, com a diminuição da natalidade e aumento da longevidade (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021). Associado a esse facto, contamos com uma população mais propensa às doenças, devido às alterações físicas e biológicas deste grupo etário. As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) são prevalentes nesta população, a qual possui as maiores taxas de morbilidade e mortalidade. A dificuldade na mobilidade nesta fase da vida também é um problema presente e concorre para o isolamento social e falta de acesso aos bens e serviços, como atendimentos de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação de saúde.

Em idosos com alguma limitação física (pessoas com deambulação prejudicada que passam a maior parte ou o dia inteiro sentadas ou na cama), verifica-se que a precária mobilização associada a outros fatores de risco, torna-os vulneráveis ao desenvolvimento de lesões, como a lesão por pressão (Carvalho et al, 2018).

Este problema de saúde deve ser encarado como suscetível de ser prevenido e não como uma complicação inevitável da doença ou da imobilidade. Para que essa prevenção seja efetiva, o papel dos cuidadores, quer sejam informais, formais ou profissionais, deve ser crucial aos níveis do planeamento e execução de acordo com problemas identificados e continuamente avaliados.

Devido às limitações impostas pelo envelhecimento, que provocam alterações do estado cognitivo e a dependência na realização das atividades diárias, algumas famílias recorrem a instituições para garantir o apoio na realização dessas atividades, no ambiente do domicílio do próprio idoso. Essas instituições oferecem cuidados prestados por equipas de cuidadores formais, através de um serviço remunerado, auxiliando no atendimento das necessidades de vida diárias dos idosos dependentes.

No apoio ao idoso dependente, o cuidador formal, deve possuir conhecimento que o processo de envelhecimento é acompanhado por alterações tanto a nível cognitivo como biológico, sendo especialmente marcado pelas modificações da pele e estruturas subjacentes (Matos, et al. 2016). Torna-se fundamental para a prestação de cuidados de excelência, que os cuidadores formais aprimorem os seus conhecimentos através de capacitações relacionadas à prevenção de lesões na pele do idoso, como as úlceras por pressão (UPP), de forma a focalizar cuidados que englobem desde a manutenção da integridade da pele do idoso, a prevenção da capacidade funcional à prevenção de agravamento do estado de saúde/doença (Matos, et al. 2016).

Neste entendimento, surge a questão de investigação. "Quais os

conhecimentos dos Cuidadores Formais (CF), das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), relativamente à prevenção do aparecimento de úlceras por pressão, nas pessoas com dependência?”

Esta problemática merece a melhor atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que possui o perfil e as competências especializadas para o acompanhamento e gestão de cuidados, como por exemplo garantir a melhoria da literacia em saúde, para a população em geral, e em especial a literacia em saúde dirigida aos cuidadores formais de pessoas com dependência, visando estratégias educacionais para instruir os cuidadores formais, a fim de serem colaboradores determinados na prevenção das UPP, pela adoção de medidas preventivas.

Pretendemos, com o presente projeto, promover a capacitação de CF, mas também sensibilizar as entidades locais detentoras de respostas e equipamentos sociais, tal como outros parceiros da comunidade e famílias, para a relevância e impacto deste problema de saúde e conjuntamente criar condições para a realização das intervenções que o mesmo necessita contemplar.

### 3. Enquadramento Teórico

A origem das úlceras por pressão remonta aos primórdios da humanidade, existindo referências situadas entre 2050 e 1800 a.C. Com o avançar do tempo, termos como “escara” e “úlceras de decúbito” foram usadas para definir estas lesões, tendo, a partir da década de 70, surgido o conceito de Úlcera por Pressão. Este foi largamente difundido, levando ao desuso dos seus predecessores (Batista & Alves, 2012).

As UPP são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, prejudicando de forma significativa, não só a qualidade de vida dos doentes, mas também a dos seus cuidadores, para além de constituir uma enorme sobrecarga económica para os serviços de saúde. Assim se entende que as sérias repercussões do aparecimento de UPP espelham-se a nível individual e global (aumento do tempo de internamento hospitalar, risco de infeções, imobilidade, quedas, isolamento familiar e social, baixa autoestima e aumento dos custos (diretos e indiretos).

Uma 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 (National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)/ European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) / Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA), 2014). A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode

ainda ser afetada pelo microclima, nutrição e perfusão (Mazzo et al, 2018).

Em doentes com longos períodos de imobilidade, na grande maioria das vezes, o aparecimento de úlceras por pressão, está associado a vários fatores nomeadamente a não identificação do risco e a não alternância adequada de decúbito. Sabe-se que a prevalência de UPP continua elevada, principalmente nos doentes que permanecem no leito.

As localizações mais frequentes destas lesões são, nomeadamente: isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea (8%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%), e região escapular. (J. A. Rocha et al, 2006).

Os fatores de risco das UPP dividem-se em extrínsecos e intrínsecos. Assim, os primeiros são a pressão, fricção, cisalhamento, humidade, posicionamento e tratamentos com alguns tipos de medicamentos (por exemplo, analgésicos e sedativos). Os segundos englobam idade, peso, inatividade, incontinência urinária e/ou fecal, fluxo sanguíneo reduzido, baixa pressão arterial, neuropatia motora e/ou sensitiva, desnutrição e condições psicológicas (Benevides et. al, 2017).

As NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) acrescentam que na avaliação do risco, deve ser tido em consideração o aumento da temperatura corporal, a idade avançada, a perceção sensorial, as avaliações hematológicas e o estado geral de saúde, como fatores de grande impacto no desenvolvimento de UPP.

A prevalência de UPP tem aumentado nos últimos anos devido ao aumento da esperança média de vida da população, somada aos avanços da medicina moderna, o que tornou possível a sobrevivência de doentes com doenças graves e anteriormente letais, as quais foram transformadas em doenças crónicas e lentamente debilitantes (Benevides et. al, 2017).

A Direção Geral da Saúde na orientação nº 017/2011 de 9/5/11, refere que "as úlceras de pressão, são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados ... estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco".

Segundo Pini e Alves (2012), a comunidade científica advoga que as UPP são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que a prevalência e incidência das mesmas se mantêm significativa, sugerindo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento.

A prevenção da sua ocorrência, é um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Prevenir a ocorrência de UP é essencial, sendo um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança para o Doente 2021-2026 (Ministério da Saúde,

2021), o que per si é motivo suficiente para motivar os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários a desenvolver estratégias que assegurem a melhoria contínua de práticas que concorram para a diminuição da incidência deste problema de saúde.

Será importante e indispensável, adotar estratégias práticas que potencializem a prevenção das UPP e para tal, utilizar avaliação de risco individualizada (Benevides et. al, 2017).

Como consequência do aumento da esperança média de vida, observa-se um crescente aumento das doenças crónicas e incapacidades oriundas dessas doenças que exigem maior rigor no processo da prestação de cuidados, provocando aos idosos e aos cuidadores maior atenção, tempo e dedicação. Assim, com o aumento da longevidade observa-se também pessoas, previsivelmente, mais dependentes. Uma pessoa dependente é aquela que durante um período, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outrem para realizar certas atividades da vida diária (Andrade, 2009).

O Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho de 2006, no artigo 3º, alínea h), define dependência como uma:

situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.  
(Decreto-Lei no 101/2006 de 6 de junho, 2006)

Para fazer face a essa necessidade crescente de tempo e dedicação, no apoio às pessoas com algum grau de dependência, a família torna-se pouco eficaz a cuidar dos seus idosos ou pessoas dependentes e quando os familiares e/ou cuidadores informais desejam manter o seu ente querido em casa o maior tempo possível, recorrem a serviços de instituições que promovem o apoio na prestação de cuidados a vários níveis (alimentação, higiene, conforto, etc). Nesses cenários, os cuidados domiciliários prestados pelos serviços de apoio formal são a possibilidade que resta para as pessoas com dependência se manterem a viver no domicílio. Atualmente, essas instituições são consideradas o suporte formal da prestação de cuidados, substituindo a rede de cuidados informais e familiares. Os cuidados domiciliários tornaram-se uma alternativa à institucionalização das pessoas com dependência em Lares, pois os cuidados são, dessa forma, facultados no domicílio por cuidadores formais.

Os cuidadores formais são definidos como profissionais contratados, com remuneração, para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, tendo de haver uma preparação específica para este papel, estando integrados numa atividade profissional, que inclui tarefas inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias (Sousa, 2011).

O mesmo autor acrescenta ainda, relativamente aos cuidadores formais, que estes, geralmente, têm pouca escolarização, não têm formação específica e têm uma baixa remuneração. A soma de todos estes fatores afeta a qualidade do desempenho, já que produz desmotivação e influencia negativamente a prestação de cuidados ao utente.

Os CF pouco qualificados são insuficientemente acompanhados na fase de integração nas instituições, sendo responsáveis pelos cuidados mais diretos aos utentes. A instabilidade laboral, as saídas frequentes das instituições, a ausência de motivação, a insatisfação no trabalho, o deficiente desempenho profissional, o distanciamento e desumanização nas relações pessoas e profissionais, geram um comprometimento do nível da qualidade dos cuidados prestados à população idosa (Sousa, 2011).

Sousa (2011), refere que "a formação em ordem à profissionalização e ao reconhecimento desta categoria profissional encontra-se ainda condicionada por fatores comuns a outras áreas" (Sousa, 2011:29), como são a escassez ou ausência de oferta formativa direcionada, escassez ou inexistência de quadro técnico nas instituições que dê respostas formativas, número reduzido de funcionários para o volume de trabalho, pouca motivação dos funcionários para formação pós-laboral, órgãos de gestão com pouca sensibilidade para a importância da formação e falta de formadores com preparação técnico pedagógica na área.

Os CF presentes nas instituições para idosos têm como principal função, entre outras, acompanhar e auxiliar os idosos na execução das suas atividades de vida diária (Gratão *et al.*, 2013). Estes cuidadores devem promover a manutenção de uma pele íntegra para evitar maiores danos à saúde do idoso. Se os cuidadores formais estiverem capacitados para prevenir as úlceras por pressão, contribuem para a qualidade dos serviços prestados e para a qualidade de vida dos idosos.

Para tal, é fundamental aumentar a literacia em saúde destes profissionais, proporcionando-lhes o envolvimento, a formação e a capacitação como estratégia de prevenção de problemas de saúde nas pessoas que cuidam, nomeadamente e neste projeto em específico, no âmbito da prevenção das úlceras por pressão na pessoa com dependência, cuidada por cuidadores formais, no contexto do domicílio.

#### **4. Metodologia**

Em ordem à concretização do presente projeto serão considerados os principais aspetos que a seguir se discriminam.

##### **4.1 Objetivo do Estudo**

Como objetivo considera o seguinte:

- Avaliar o nível de conhecimentos, atitudes e comportamentos dos cuidadores formais das equipas de SAD, relativamente à prevenção das UPP nas pessoas com dependência.

##### **4.2 Tipo de Estudo**

Para responder ao objetivo do estudo em presença, o desenho de estudo selecionado corresponderá a um estudo descritivo, transversal, de natureza exploratória, com recurso a questionários.

##### **4.3 Local**

O presente estudo desenvolver-se-á no concelho de Coruche, onde os cuidadores formais laboram em Instituições do mesmo concelho, abrangidas pela UCC na articulação da prestação de cuidados.

##### **4.4 População**

A população alvo do estudo diz respeito aos Cuidadoras Formais que prestam Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), a pessoas com dependência, no concelho de Coruche.

Consideram-se assim como critérios de inclusão os seguintes:

- 1) Cuidadores Formais das instituições com SAD e que prestam cuidados a pessoas com dependência no seu domicílio;
- 2) Cuidadores Formais com idade superior a 18 anos de idade;
- 3) Cuidadores Formais de Instituições que aceitem participar no estudo.

Consideram-se como critérios de exclusão:

- 1) Cuidadores Formais de Instituições que não prestem Serviço de Apoio Domiciliário;
- 2) Cuidadores Formais de Instituições que recusem participar no estudo;

3) Cuidadores Formais que não respondam à totalidade do questionário.

#### **4.5 Método de Seleção dos Participantes**

Serão incluídos todos os CF que correspondam aos critérios de inclusão na população do projeto.

#### **4.6 Instrumentos de Colheita de Dados**

Para a recolha de dados foi realizado um questionário composto por IV partes: I parte referente a dados que permitam a caracterização sociodemográfica; II parte para a caracterização profissional e de formação; III parte que permite uma avaliação dos conhecimentos dos CF, relacionados com a prevenção das úlceras por pressão e finalmente uma IV parte que permite perceber as atitudes e comportamentos dos CF relativamente à mesma problemática.

Na I parte, referente aos dados sociodemográficos, são utilizadas algumas questões fechadas de resposta múltipla ou dicotómica e ainda questões fechadas de resposta única.

Na II parte, faz-se uma caracterização do perfil profissional e de formação da população alvo, com algumas questões de resposta aberta, outras fechadas dicotómicas ou de escolha múltipla e ainda fechadas de resposta única.

Na III parte, são avaliados os conhecimentos dos inquiridos relativamente aos seus conhecimentos relacionados com a prevenção do aparecimento de UPP em pessoas com dependência. Para a obtenção destes dados são utilizadas questões de escolha dicotómica (de verdadeiro ou falso), que abrangem todas as dimensões da avaliação do risco de aparecimento de UPP.

Na IV parte do questionário, encontra-se um conjunto de perguntas fechadas, com opções de resposta pré-preenchidas, com as quais se pretende perceber as atitudes e comportamentos face à prevenção das UPP, por parte dos CF, com recurso a escala tipo Likert, abrangendo, mais uma vez, as diferentes dimensões de avaliação do risco de UPP, nomeadamente as dimensões encontradas na Escala de Braden.

Há a necessidade de se recorrer à aplicação de pré-teste (Apêndice II) uma vez que o questionário foi elaborado originalmente pela investigadora. O pré teste será aplicado a Cuidadores Formais da equipa de SAD de uma Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), numa amostra de idênticas características, não incluída no estudo. A

autorização para aplicação do pré-teste encontra-se em apêndice próprio (Apêndice III).

#### **4.7 Processo de Recolha de Informação**

A colheita de dados decorrerá de 15/11/2022 e 25/11/2022, nas Instituições com SAD, após autorização das entidades competentes, e mediante a aplicação do questionário supra descrito.

Os formulários serão respondidos pelos Cuidadores Formais, após assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido elaborado para o efeito (Apêndice IV).

#### **4.8 Tratamento de Dados**

Os dados resultantes da aplicação do questionário aos participantes serão analisados com recurso a meios informáticos, mais especificamente o Microsoft Excel 365.

#### **5. Considerações Éticas**

No âmbito da implementação do referido estudo serão tomadas todas as precauções em ordem a serem garantidas as condições de confidencialidade relativas à recolha de informação necessária à elaboração do presente estudo, conforme preconizado na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo.

Desta forma, será disponibilizado, em suporte de papel uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido aos participantes do projeto (Apêndice IV), assegurando a confidencialidade, o anonimato e o sigilo em todo o processo, salientando que a participação é voluntária, pelo que existe a possibilidade de anular a participação em qualquer momento sem prejuízo das partes.

Ainda no âmbito das considerações éticas a respeitar, foram solicitadas autorizações para a aplicação do questionário, encontrando-se em apêndice a correspondência respetiva, efetuada até ao momento (Apêndice V) que levará necessariamente à obtenção da respetiva autorização de utilização.

Convém ainda referir que será garantido o anonimato no que respeita ao local onde o estudo será desenvolvido, nomeadamente cada uma das Instituições aderentes ao projeto, não sendo igualmente identificável a UCC Ponte para a Saúde, na medida em que, para efeitos de Relatório Final de Estágio, todos os nomes serão ocultados.

Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos ou de publicação de carácter científico, garantindo-se a sua destruição assim que tal se verifique.

Mais se informa que não existem conflitos de interesse por parte da investigadora principal (Apêndice VI), seja a nível pessoal, financeiro, económico ou outro, que possam comprometer a imparcialidade do projeto.

#### 6. Estimativa de Recursos

Os recursos materiais necessários à implementação do projeto serão da responsabilidade da aluna mestranda ou dos parceiros envolvidos, não constituindo fonte de despesa para os participantes nem para a unidade funcional onde decorre o estágio.

O quadro seguinte reúne os principais custos previstos para a execução do projeto.

Descrição	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Esferográficas BIC Cristal Azul	2 embalagem (10 unidades)	2,08€	4,16€
Papel multíusos Staples	2 resmas	3,99€	7,98€
Tinteiros impressora	1 unidade	24,99€	24,99€
Pen-drive	1 unidade	12,49€	12,49€
Deslocações		110€	
Total: 159,62€			

Quadro 1 – Custos previstos para a execução do projeto. Fonte: Própria.

#### 7. Cronograma

O cronograma respeitante ao projeto em questão encontra-se em apêndice (Apêndice VII).

#### 8. Divulgação dos Resultados

Os resultados deste estudo serão divulgados em Relatório Final de Estágio, encontrando-se em apêndice as seguintes declarações: Declaração relativa à Propriedade dos Dados (Apêndice VIII); Declaração de compromisso relativo à Publicação dos Resultados do Estudo (Apêndice IX); Declaração de compromisso para a entrega do Relatório Final à Comissão de Ética para a Saúde (Apêndice X).

### 9. Referências Bibliográficas

Andrade, F. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Universidade do Minho.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%20Andrade-Vers%20final.pdf>

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2021, Fev 02). Avaliação nacional de risco. 1ª atualização -julho de 2019. Proteção Civil.

<http://www.procivil.pt/ptp/RISCOSPREV/AVALIACAONACIONALRISCO/Paginas/default.asp>

Batista, M, Dixe, M, & Alves, P (2013). Atitude Towards Pressure Ulcers Instrument: Validação e adaptação transcultural para a população portuguesa de enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 10. 25-33.

<https://scielo.pt/pdf/ref/vserlln10/serlln10a04.pdf>

Benevides, J., et al. (2017) Estratégias de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE on Line* 11(5).

1943-1952. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i5a23344p1943-1952-2017>

Carvalho, P.; Aguiar, E.; Brito, K.; et al. (2018). Conhecimento de cuidadores formais de idosos para manter a pele do idoso livre de lesão por pressão. *Enfermagem Brasil*; 17(3): 190-198.

<https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.1092>.

Direção Geral da Saúde (2011) – Orientação 017/2011,

[https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)

Gratão ACM, et al. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista Esc Enferm USP*. 47(1):137-44.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>

- J. A. Rocha; M. J. Miranda; M. J. Andrade. (2006) Abordagem terapêutica das úlceras por pressão - intervenções baseadas na Evidência. *Ata Médica Port* 19:29-38. <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332096873Ulceras.pdf>
- Matos, S.; Souza A.; Aguiar E.; et al.(2016) Prevenção de Úlcera por Pressão: Saberes de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 10 (11): 3869-74. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i11a11467p3869-3874-2016>
- Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei no 101/2006 de 6 de junho: Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República No 109/06, Série I-A, nº 101, 3856 – 3865. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Ministério da Saúde (2021). Gabinete do Secretário de Estado Ajunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 9390 /2021 de 24 de setembro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Pini, L., Alves, P. (2012) *Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>
- Mazzo, A., et al (2018). Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. *Esc. Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0182>
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Príncipe.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749>

**Anexos**

**Anexo I - Declaração do Orientador Científico-Pedagógico**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio da Estudante Carla Natália Rodrigues do Carmo, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que versa sobre a temática "Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais".

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Setúbal, 26 de outubro de 2022

O Orientador(a)

Assinado por: ISaura da CONCEIÇÃO  
CASALHO SERRA  
N.º de Identificação: B108368951

Isaura Serra  
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora

**Anexo IV - Declaração do Diretor Executivo do ACES Lezíria**



**DECLARAÇÃO**

\_\_\_\_\_, Diretor Executivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT, IP), declaro que autorizo a realização do estudo de investigação intitulado **"Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais."** a aplicar no ACES

Mais informo q \_\_\_\_\_ apresenta todos os recursos humanos e logísticos essenciais à realização do referido estudo, em condições éticas adequadas.

Por ser verdade e ter sido pedido, passo a presente declaração que dato e assino sendo autenticada com o carimbo em uso nesta instituição.

Santarém, 27 de outubro de 2022

  
**Hugo de Sousa**  
Diretor Executivo

Modelo 2 (ACES) (utilizar apenas no âmbito institucional)

 **ACES Lezíria**  
Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria  
Avenida José Sarmento nº 15-17, 2005-143 Santarém  
Telef.: 243 300 700 | [aces.leziri@arslvt.min-saude.pt](mailto:aces.leziri@arslvt.min-saude.pt)

**Apêndice II -Pré teste do Questionário**



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM INVESTIGAÇÃO

DATA \_\_\_/\_\_\_/2022

**Questionário aos Cuidadores Formais das Equipas de Serviço de Apoio Domiciliário**

Caro(a) Senhor(a),

Chamo-me Carla do Carmo, sou enfermeira e aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e Especialização na área da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, sob a orientação da Professora Isaura Serra da Universidade de Évora e da enfermeira especialista \_\_\_\_\_ que pretende obter a caracterização e identificação de necessidades dos Cuidadores Formais das Equipas de Serviço de Apoio Domiciliário do concelho de Évora, há a necessidade de validação desse questionário, com a aplicação de um pré-teste a \_\_\_\_\_, com as mesmas características. Desta forma e por este meio, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do presente questionário, que servirá exatamente como pré teste.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, não existindo respostas certas ou erradas. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião de forma clara e legível, para que o questionário seja válido.

As respostas são totalmente **anónimas** e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua **confidencialidade**, sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

Carla Natália R. do Carmo

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<b>I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>			
<p>Nas questões seguintes, assinale apenas uma resposta. Pode colocar um X dentro da quadricula que corresponde à sua resposta, <u>por exemplo</u>: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino</p>			
<p><b>1. Sexo</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Masculino             <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Feminino</span> </p>			
<p><b>2. Idade</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Menos de 25 anos             <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> De 25 a 40 anos</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 40 a 60 anos</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Mais de 60 anos</span> </p>			
<p><b>3. Estado Civil:</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Solteiro(a)             <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Casado(a)</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</span> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Viúvo(a)             <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> União de facto</span> </p>			
<p><b>4. Qual o seu grau de escolaridade?</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever  <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever  <input type="checkbox"/> Ensino Básico 1º ciclo (atual 4º ano/antiga 4ª classe)  <input type="checkbox"/> Ensino Básico 2º ciclo (atual 6º ano/antigo ciclo preparatório)  <input type="checkbox"/> Ensino Básico 3º ciclo (atual 9º ano/antigo 5ª liceal)  <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (atual 12º ano/antigo 7ª liceal/ano propedéutico)  <input type="checkbox"/> Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica não superior)  <input type="checkbox"/> Curso técnico superior profissional  <input type="checkbox"/> Bacharelato (inclui antigos cursos médios)  <input type="checkbox"/> Licenciatura  <input type="checkbox"/> Mestrado ou Doutoramento             </p>			
<p><b>5. Quanto tempo demora, em média, na sua deslocação casa-trabalho (somente ida)?</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Até 15 minutos             <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> De 16 a 30 minutos</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos</span> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> De 61 a 90 minutos             <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Mais de 90 minutos</span> </p>			
<p><b>6. Tem algum dos seguintes problemas de saúde? Assinale quais.</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial             <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Diabetes</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Dores articulares ou musculares</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Varizes</span> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Dores de cabeça             <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Insónias</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Outro(s). Quais _____</span> </p>			
2			

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>II PARTE – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO</b>
<b>7. Qual a sua categoria Profissional?</b> <input type="checkbox"/> Auxiliar de ação direta <input type="checkbox"/> Ajudante de Lar e Centro de Dia <input type="checkbox"/> Ajudante familiar <input type="checkbox"/> Operadora de Lavandaria <input type="checkbox"/> Encarregada de Setor <input type="checkbox"/> Cozinheira ou Ajudante de Cozinha <input type="checkbox"/> Trabalhadora de Serviços Gerais
<b>8. Qual o seu tipo de vínculo profissional com a Instituição?</b> <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho a Termo Certo <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Trabalho Temporário <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho de muito curta duração <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho a Tempo Parcial
<b>9. Quantos anos de experiência tem no cuidado à pessoa com dependência?</b> <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> Entre 1 e 5 anos <input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos
<b>10. Quantas horas trabalha por semana?</b> <input type="checkbox"/> Menos de 25 horas <input type="checkbox"/> Entre 25 e 35 horas <input type="checkbox"/> Entre 35 e 40 horas <input type="checkbox"/> Mais de 40 horas
<b>11. Qual o seu tipo de horário?</b> <input type="checkbox"/> Rotativo/ turnos <input type="checkbox"/> Fixo
<b>12. Se pudesse, mudava de profissão?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>13. Tem outra atividade profissional?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>14. Realizou formação profissional na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>14.1. Se respondeu SIM na questão anterior, há quanto tempo ocorreu essa formação?</b> <input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> Entre 1 e 3 anos <input type="checkbox"/> Mais de 3 anos
3

<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
<p><b>15. A Instituição onde trabalha disponibiliza formação?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>			
<p><b>16. Quais as áreas em que já frequentou formação?</b></p> <p>Nesta questão, assinale todas as áreas em que já teve formação.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Processo de Envelhecimento</li><li><input type="checkbox"/> Normas de higiene e conforto, controlo de infeção (limpeza e arrumação dos espaços, roupas...)</li><li><input type="checkbox"/> Saúde e segurança no trabalho (equipamentos de proteção individual...)</li><li><input type="checkbox"/> Primeiros Socorros</li><li><input type="checkbox"/> Cuidados humanos básicos (higiene pessoal, alimentação...)</li><li><input type="checkbox"/> Cuidados específicos de saúde (nebulização, oxigenoterapia, BIPAP...)</li><li><input type="checkbox"/> Técnicas de mobilização, transferências e posicionamentos</li><li><input type="checkbox"/> Prevenção de úlceras por pressão</li><li><input type="checkbox"/> Gestão Terapêutica</li><li><input type="checkbox"/> Nutrição e hidratação (sonda nasogástrica, problemas da deglutição...)</li><li><input type="checkbox"/> Problemas relacionados com o sono</li><li><input type="checkbox"/> Prevenção de riscos e acidentes (quedas, desidratação, infeção urinária...)</li><li><input type="checkbox"/> Saúde mental (depressão, demências...)</li><li><input type="checkbox"/> Sexualidade</li><li><input type="checkbox"/> Animação e lazer</li><li><input type="checkbox"/> Morte e luto (cuidados em fase terminal, cuidados ao corpo...)</li><li><input type="checkbox"/> Gestão de emoções</li><li><input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____</li></ul>			
<p><b>17. Considera que as ações de formação que já frequentou foram suficientes para realizar as tarefas que lhe são atribuídas no seu local de trabalho?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>			
<p><b>18. Procura formação na área do seu trabalho, nomeadamente na área do envelhecimento e prestação de cuidados, fora da Instituição onde trabalha?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>			
4			

--	--	--

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

5

75

--	--	--

**III PARTE – PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO**

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

Nº	AFIRMAÇÕES	V	F
1	Existe relação entre as Úlceras por Pressão e a desidratação.		
2	A perda de peso que coloca a pessoa abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de aparecimento de Úlceras por Pressão.		
3	Uma dieta adequada pode melhorar o estado físico geral de um doente, o que pode contribuir para uma redução do risco de Úlceras por Pressão.		
4	Ajustar a ingestão de proteínas para pessoas com risco de Úlceras por Pressão, que estão desnutridas ou em risco de desnutrição, não vai contribuir para diminuir o risco de aparecimento de Úlceras por Pressão.		
5	Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover uma pessoa na cama.		
6	As rugas no lençol de baixo não provocam lesões na pele quando uma pessoa passa grande parte do dia no leito.		
7	A força de torção aumenta quando a pele da pessoa sentada fica "cotada" ao cadeirão.		
8	É verdade que se deve evitar a fricção vigorosa na pele em risco de Úlceras por Pressão.		
9	Para prevenir as Úlceras por Pressão a água do banho deve ser bem quente e deve-se friccionar bastante nas proeminências ósseas.		
10	A massagem das zonas em risco de Úlceras por Pressão ajuda a diminuir esse risco.		
11	Não constitui problema arrastar uma pessoa sobre a cama se for uma pessoa com mais peso.		
12	Quando uma pessoa está no cadeirão não é necessário tomar precauções relacionadas com rugas na roupa nem no alívio da pressão.		
13	Quando a pele se encontra ruborizada deve ser massajada com creme hidratante.		
14	A cama de um doente deve estar sempre limpa, seca, sem rugas e sem migalhas de comida.		
15	É errado considerar que pessoas com mobilidade limitada, atividade limitada e um alto potencial de atrito e cisalhamento têm risco de lesões por pressão.		
16	Uma posição sentada, inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés, é a posição sentada com menor pressão de contato entre o corpo e o assento.		
17	É importante não elevar a cabeceira da cama mais de 30º, de forma a evitar a pressão na região sagrada.		
18	Deve colocar-se o doente no leito em posições "naturais" (respeitando o alinhamento corporal).		

6

№	AFIRMAÇÕES	V	F
19	Para posicionar uma pessoa no leito não devem ser usadas almofadas.		
20	Numa pessoa que consegue exprimir dor ou desconforto é mais fácil prevenir as Úlceras por Pressão.		
21	Uma pessoa que não reage a estímulos dolorosos tem menor risco de desenvolver uma Úlcera por Pressão.		
22	A humidade da pele e o calor são fatores que contribuem para o aparecimento de Úlceras por Pressão, numa pessoa com dependência.		
23	A higiene imediata, após evacuação ou micção, e colocação de uma fralda limpa, não contribui para evitar as Úlceras por Pressão.		
24	Não é importante manter a pele limpa e seca para prevenir as Úlceras por Pressão.		
25	Deve ser evitado o contato da pele com superfícies plastificadas colocadas na cama.		
26	Devem ser usados produtos para incontinência com elevada capacidade de absorção em indivíduos com incontinência urinária ou com incontinência fecal.		
27	Quando observadas manchas vermelhas na pele (rubor), nos locais anatómicos que exercem maior pressão na cama, não é sinal de alerta para alívio da pressão.		
28	Numa pessoa sem capacidade para se mobilizar não se deve inspecionar a pele diariamente.		
29	Usar um creme hidratante na pele não ajuda a prevenir as Úlceras por Pressão.		
30	Os dispositivos de alívio de pressão ajudam na prevenção de Úlceras por Pressão e promovem a distribuição da pressão.		
31	Quando há risco de aparecimento de uma Úlcera por Pressão é importante que se repositone a pessoa no leito a cada 6 horas.		
32	É aconselhado o uso de almofadas ou curvas de espuma para evitar o contato das superfícies ósseas na prevenção das Úlceras por Pressão numa pessoa com a mobilidade limitada.		
33	Num doente que fica deitado no leito, a elevação dos calcanhares é importante para reduzir o risco de Úlceras por Pressão.		
34	O reposicionamento de uma pessoa dependente no leito não será mais eficaz na prevenção das Úlceras por Pressão se for realizado a cada 2 horas.		
35	Manter a cabeceira da cama o mais plana possível é desaconselhado.		
36	Numa pessoa dependente, que não se consegue mobilizar na cama, não é importante registar as alternâncias de posicionamentos, realizadas pelos cuidadores.		

7

<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
<b>IV PARTE – ATITUDES E COMPORTAMENTOS NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO</b>			
<p><b>23</b> - Nesta parte do questionário não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda com sinceridade refletindo sobre o que é a vossa prática no dia-a-dia.</p> <p>"Nas próximas afirmações, assinale com um círculo à volta de um dos números de 0 a 10 de acordo com a sua atitude mais frequente na prestação de cuidados diários aos utentes da SAD (em que 0 corresponde a "em nenhuma visita domiciliária" e o 10 corresponde a "em todas as visitas domiciliárias")"</p>			
<p>1- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão e coloco-os em prática nas visitas domiciliárias.</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>2- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão e penso que devo aplicá-los no domicílio dos utentes com uma periodicidade de:</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>3- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de tempo.</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>4- Tenho conhecimentos de como prevenir as úlceras por pressão, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de recursos em casas dos utentes (material de apoio para posicionamentos e transferências).</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>5- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar a humidade e coloração da pele de todos os utentes.</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>6- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de atividade dos utentes (passaram a caminhar menos, a estar mais tempo no cadeirão, ou na cama).</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>7- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de mobilidade dos utentes (se passaram a ter mais dificuldade em alterar ou controlar a posição do corpo)</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>8- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de alimentação dos utentes (se passaram a comer menos refeições, alteração no tipo de refeições, alteração na ingestão de líquidos)</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<p>9- Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para atuar corretamente perante todas as alterações que identifique, com potencial risco de os utentes desenvolverem úlceras por pressão.</p> <p style="text-align: center;">0 <u>  </u> 1 <u>  </u> 2 <u>  </u> 3 <u>  </u> 4 <u>  </u> 5 <u>  </u> 6 <u>  </u> 7 <u>  </u> 8 <u>  </u> 9 <u>  </u> 10 <u>  </u></p>			
<b>8</b>			

--	--	--

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O preenchimento do questionário terminou.

Obrigada pela sua colaboração!

9

79

**Apêndice VI- Declaração de Conflito de Interesses**

#### Declaração de Conflito de Interesses

Eu, Carla Natália Rodrigues do Carmo, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a desenvolver um estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade

sob orientação académica da Professora Doutora Isaura Serra e da Srª Enfermeira Especialista I

Neste entendimento, declaro por este meio não estar abrangida por qualquer interesse económico/ financeiro ou outro, que possa comprometer a imparcialidade e a evolução do presente estudo.

Coruche, 26 de outubro de 2022

A requerente

*Carla Natália Rodrigues do Carmo*

**Apêndice VIII - Declaração relativa à Propriedade dos Dados**

#### Declaração relativa à Propriedade dos Dados

Eu, Carla Natália Rodrigues do Carmo, enfermeira no Serviço de Atendimento Permanente/Serviço de Urgências Básicas de Vendas Novas, ACES Alentejo Central , ARS Alentejo, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a desenvolver um estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Ponte para a Saúde - Coruche, ACES Lezíria, sob orientação académica da Professora Doutora Isaura Serra e da Enfermeira Especialista I

Declaro, por minha honra, que os dados obtidos no presente estudo serão confidenciais e apenas utilizados para fins académicos ou de publicação de carácter científico, garantindo a sua destruição assim que tal se verifique.

Coruche, 26 de outubro de 2022

A requerente

*Carla Natália Rodrigues do Carmo*

**Apêndice IX - Declaração de compromisso relativo à Publicação dos Resultados do Estudo**

100

**Declaração de compromisso relativo à publicação dos resultados do estudo**

Eu, Carla Natália Rodrigues do Carmo, enfermeira no Serviço de Atendimento Permanente/Serviço de Urgências Básicas de Vendas Novas, ACES Alentejo Central, ARS Alentejo, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a desenvolver um estágio na Unidade de Cuidados na sob orientação académica da Professora Doutora Isaura Serra e da Enfermeira Especialista

Na sequência do estudo a realizar, comprometo-me a proceder à divulgação e publicação dos resultados do mesmo.

, 26 de outubro de 2022

A requerente

*Carla Natália Rodrigues do Carmo*

**Apêndice X - Declaração de compromisso para a entrega do Relatório Final à  
Comissão de Ética para a Saúde**

Eu, Carla Natália Rodrigues do Carmo, enfermeira no Serviço de Atendimento Permanente/Serviço de Urgências Básicas de Vendas Novas, ACES Alentejo Central, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a desenvolver um estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade sob orientação académica da Professora Doutora Isaura Serra e da Srª Enfermeira Especialista

Após conclusão dos estudos respetivos, comprometo-me a proceder à entrega do Relatório Final à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, bem como toda a documentação relativa à evolução do estudo.

26 de outubro de 2022

A requerente

*Carla Natália Rodrigues do Carmo*

---

**Apêndice III – Email Enviado às Instituições Parceiras**

## Email Enviado às Instituições Parceiras



Carla Carmo <carla.carmo55@gmail.com>

### Colaboração com a UCC Ponte para a Saúde para projeto de Intervenção Comunitária Carla Carmo <carla.carmo55@gmail.com>

10 mensagens

Carla Carmo <carla.carmo55@gmail.com>

3 de outubro de 2022 às 16:04

Para: g

Exma. Presidente (

O meu nome é Carla Natália Rodrigues do Carmo, sou enfermeira e mestranda do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Neste momento encontro-me a realizar um projeto de intervenção comunitária no concelho de Setúbal no decurso de um estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Setúbal.

O projeto em presença estará sob a orientação científico-pedagógica da Professora Doutora Isaura Serra, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, e terá orientação clínica da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária a exercer funções na Unidade de Cuidados na Comunidade de Setúbal.

A implementação do projeto terá início durante o mês de outubro de 2022 e terminará em janeiro de 2023.

O projeto de intervenção comunitária será implementado junto das Instituições com equipas de Serviço de Apoio Domiciliário pertencentes ao concelho de Setúbal, nas suas várias freguesias.

Numa perspetiva conjunta com a unidade acolhedora do estágio, considerou-se como prioritária a implementação de um projeto de intervenção comunitária na área da capacitação de cuidadores formais para a prevenção de úlceras pressão, em pessoas com dependência, em contexto de prestação de cuidados no domicílio (serviço de apoio domiciliário), por constituir uma problemática local já identificada, e também pelo facto das úlceras de pressão constituírem um problema de saúde atual, de âmbito alargado, a nível nacional e internacional. Outros temas poderão vir a ser abordados sob formação contínua, após a identificação das necessidades em formação da população alvo após a colocação de um questionário.

Para a recolha de dados foi realizado um questionário composto por IV partes: I parte referente a dados que permitam a caracterização sociodemográfica; II parte para a caracterização profissional e de formação; III parte que permite uma avaliação das necessidades de formação da população alvo; IV parte que permite uma avaliação dos conhecimentos relacionados com a prevenção das úlceras por pressão, que se pretende ser aplicado à totalidade da população-alvo.

A colheita de dados está planeada, em princípio, para o período entre 20/10/2022 e 31/11/2022, junto das Instituições com SAD, após autorização das entidades competentes, e mediante a aplicação do questionário supra descrito.

Os formulários serão respondidos pelos Cuidadores Formais, após assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido elaborado para o efeito. No âmbito da implementação do referido estudo serão tomadas todas as precauções em ordem a serem garantidas as condições de confidencialidade relativas à recolha de informação.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=6ca63f4096&view=pt&search=all&permthid=thread-a:r3555023041471144000&simpl=msg-a:r731884483018...> 1/5

necessária à elaboração do presente estudo, conforme preconizado na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo.

Desta forma, será disponibilizado, em suporte de papel uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido aos participantes do projeto assegurando a confidencialidade, o anonimato e o sigilo em todo o processo, salientando que a participação é voluntária, pelo que existe a possibilidade de anular a participação em qualquer momento sem prejuízo das partes.

Convém ainda referir que será garantido o anonimato no que respeita ao local onde o estudo será desenvolvido, nomeadamente cada uma das Instituições aderentes ao projeto.

Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos ou de publicação de carácter científico, garantindo-se a sua destruição assim que tal se verifique.

Dado que o processo de realização de todo o projeto ainda está numa fase inicial, ainda não poderei informar sobre datas ou horários, certo que estas serão combinados em particular com cada instituição, logo que possível.

Venho então solicitar a vossa autorização para implementar o projeto supra junto da vossa Instituição e saber da vossa disponibilidade e interesse em participar.

Para esclarecimentos e outras considerações, a investigadora poderá ser contactada através do telemóvel ou, em alternativa, através do seguinte endereço de email [carla.carmo55@gmail.com](mailto:carla.carmo55@gmail.com).

Fico a aguardar a vossa resposta

Encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento

Sem outro assunto, inteiramente grata, subscrevo-me

Carla Natália Rodrigues do Carmo

## **Apêndice IV – Consentimento Informado**

## Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Exmo.(a)s Sr.(a)s

Sou uma estudante do VI Mestrado em Associação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e solicito a sua participação voluntária neste questionário. Este questionário insere-se no âmbito do referido Mestrado, intitulado, “Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto domiciliário: Importância da capacitação de Cuidadores Formais”.

Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, torna-se pertinente desenvolver e implementar estratégias que assentem na promoção da saúde e prevenção da doença e na obtenção de ganhos em saúde. A temática do projeto incide na capacitação dos cuidadores formais das equipas do Serviço de Apoio Domiciliário, do concelho de xxxxxxxx, sendo que, numa primeira fase o objetivo é avaliar o nível de conhecimento dos cuidadores formais das equipas de SAD, relativamente à prevenção das úlceras por pressão nas pessoas com dependência e posteriormente desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária de acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Situação, sendo fundamental a sua participação.

Todos os dados disponibilizados por si são confidenciais, anónimos e para utilização exclusiva do trabalho em questão, pelo que apenas a investigadora principal e a orientadora terão acesso aos mesmos. Os resultados serão apresentados através de um Relatório Final, que será de consulta pública.

O estágio e o relatório final são orientados respetivamente pela En<sup>h</sup>xxxxxxxxxxxx da UCC xxxxxxxxxxxxxxxx e pela Professora Isaura Serra.

---

Carla Natália Carmo

(na qualidade de estudante do 6º Mestrado em Enfermagem)

---

Enfermeira Especialista XXXXXXXXX

(na qualidade de supervisora clínica do estágio)

Assinado por : ISAUARA DA CONCEIÇÃO  
CASALHO SERRA

Num. de Identificação: B108368951

---

Professora Isaura Serra

(na qualidade de orientadora de estágio)

Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado. Mais informo que a sua participação não acarreta qualquer custo. Acrescento ainda que no caso de querer abandonar o projeto, não terá qualquer repercussão ou qualquer fator discriminatório, prevalecendo a sua manifestada vontade em frequentar, ou não, as atividades formativas inerentes ao projeto.

Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para quem consente).

No caso de surgirem dúvidas e/ou necessidade de qualquer esclarecimento poderá entrar em contacto com a investigadora e/ou supervisora clínica.

	Investigadora (Carla Carmo)	Enfermeira Supervisora Clínica (Enf.xxxxxx)
E.mail	210531016@estudantes.ips.pt	
N.º telemóvel / telefone	961949460	
Morada	UCC xxxxxx	UCC xxxxxx

Se pretender esclarecimento sobre algum assunto em relação ao tratamento do seus dados pessoais, poderá entrar em contacto com o Encarregado de proteção de dados da ARS Lisboa e Vale do Tejo, através do correio eletrónico: [dpo@arslvt.min-saude.pt](mailto:dpo@arslvt.min-saude.pt) e com o Encarregado de Proteção de dados do Instituto Politécnico de Setúbal-[protecaodados@ips.pt](mailto:protecaodados@ips.pt)

Caso pretenda apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, deverá apresentar a mesma através do correio eletrónico: [geral@enpd.pt](mailto:geral@enpd.pt)

Na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

---

Carla Carmo

**Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no projeto  
“Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto domiciliário: Importância da  
capacitação de Cuidadores Formais “nos termos da norma n.º 015/2013 da  
Direção-Geral da Saúde atualizada a 04/11/2015**

**Parte declarativa da Investigadora**

“Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.”

Carla Natália Rodrigues do Carmo, portadora de cédula da Ordem dos Enfermeiros nº0143

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Ao Participante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

**Parte declarativa do participante**

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

Nome:

\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nota: Este documento é composto por duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

## Apêndice IV – Questionário

## Questionário



DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

### Questionário aos Cuidadores Formais das Equipas de Serviço de Apoio Domiciliário

Caro(a) Senhor(a),

Chamo-me Carla do Carmo, sou enfermeira e aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e Especialização na área da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária na Unidade de Saúde Familiar da Universidade de Évora e da Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária. Pretendo obter a caracterização e identificação de n.º de cuidadores formais do Serviço de Apoio Domiciliário do concelho de Coruc e gostaria de contar com a sua colaboração no preenchimento do presente questionário que será um instrumento de trabalho para perceber quais as necessidades formativas na área da prevenção das úlceras por pressão.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, não existindo respostas certas ou erradas. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião de forma clara e legível, para que o questionário seja válido.

As respostas são totalmente **anónimas** e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua **confidencialidade**, sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

Carla Natália R. do Carmo

--	--	--

### I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

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

<p><b>1. Sexo</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Masculino                 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Feminino</span> </p>
<p><b>2. Idade</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Menos de 25 anos                 <span style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> De 25 a 40 anos</span> <span style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 40 a 60 anos</span> <span style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Mais de 60 anos</span> </p>
<p><b>3. Estado Civil:</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Solteiro(a)                 <span style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Casado(a)</span> <span style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Divorciado(a)</span> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Viúvo(a)                 <span style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/> União de facto</span> </p>
<p><b>4. Qual o seu grau de escolaridade?</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever  <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever  <input type="checkbox"/> Ensino Básico 1º ciclo (atual 4º ano/antiga 4ª classe)  <input type="checkbox"/> Ensino Básico 2º ciclo (atual 6º ano/antigo ciclo preparatório)  <input type="checkbox"/> Ensino Básico 3º ciclo (atual 9º ano/antigo 5º liceal)  <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (atual 12º ano/antigo 7º liceal/ano propedêutico)  <input type="checkbox"/> Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica não superior)  <input type="checkbox"/> Curso técnico superior profissional  <input type="checkbox"/> Bacharelato (inclui antigos cursos médios)  <input type="checkbox"/> Licenciatura  <input type="checkbox"/> Mestrado ou Doutoramento                 </p>
<p><b>5. Quanto tempo demora, em média, na sua deslocação casa-trabalho (somente ida)?</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Até 15 minutos                 <span style="margin-left: 60px;"><input type="checkbox"/> De 16 a 30 minutos</span> <span style="margin-left: 60px;"><input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos</span> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> De 61 a 90 minutos                 <span style="margin-left: 60px;"><input type="checkbox"/> Mais de 90 minutos</span> </p>
<p><b>6. Tem algum dos seguintes problemas de saúde? Assinale quais.</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial                 <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Diabetes</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Dores articulares ou musculares</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Varizes</span> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Dores de cabeça                 <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Insónias</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Outro(s). Quais _____</span> </p>

2

--	--	--

**II PARTE – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO**

**7. Qual a sua categoria Profissional?**

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

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

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

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

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

**10. Quantas horas trabalha por semana?**

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

**11. Qual o seu tipo de horário?**

- Rotativo/ turnos     Fixo

**12. Se pudesse, mudava de profissão?**

- Sim     Não

**13. Tem outra atividade profissional?**

- Sim     Não

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

- Sim     Não

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

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

<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
<p><b>15. A Instituição onde trabalha disponibiliza formação?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim                      <input type="checkbox"/> Não</p>			
<p><b>16. Quais as áreas em que já frequentou formação?</b></p> <p>Nesta questão, assinale todas as áreas em que já teve formação.</p> <p><input type="checkbox"/> Processo de Envelhecimento</p> <p><input type="checkbox"/> Normas de higiene e conforto, controlo de infeção (limpeza e arrumação dos espaços, roupas...)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde e segurança no trabalho (equipamentos de proteção individual...)</p> <p><input type="checkbox"/> Primeiros Socorros</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados humanos básicos (higiene pessoal, alimentação...)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados específicos de saúde (nebulização, oxigenoterapia, BIPAP...)</p> <p><input type="checkbox"/> Técnicas de mobilização, transferências e posicionamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Prevenção de úlceras por pressão</p> <p><input type="checkbox"/> Gestão Terapêutica</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrição e hidratação (sonda nasogástrica, problemas da deglutição...)</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas relacionados com o sono</p> <p><input type="checkbox"/> Prevenção de riscos e acidentes (quedas, desidratação, infeção urinária...)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde mental (depressão, demências...)</p> <p><input type="checkbox"/> Sexualidade</p> <p><input type="checkbox"/> Animação e lazer</p> <p><input type="checkbox"/> Morte e luto (cuidados em fase terminal, cuidados ao corpo...)</p> <p><input type="checkbox"/> Gestão de emoções</p> <p><input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____</p>			
<p><b>17. Considera que as ações de formação que já frequentou foram suficientes para realizar as tarefas que lhe são atribuídas no seu local de trabalho?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim                      <input type="checkbox"/> Não</p>			
<p><b>18. Procura formação na área do seu trabalho, nomeadamente na área do envelhecimento e prestação de cuidados, fora da Instituição onde trabalha?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim                      <input type="checkbox"/> Não</p>			
4			

--	--	--

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

Sim

Não

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

Redes Sociais

Livros

Revistas científicas

Internet

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

Sim

Não

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

---

---

---

--	--	--

**III PARTE – PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO**

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

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

6

Nº	AFIRMAÇÕES		
		V	F
19	Deve colocar-se o doente no leito em posições "naturais" (respeitando o alinhamento corporal).		
20	Nas pessoas que conseguem exprimir dor ou desconforto é mais fácil prevenir as Úlceras por Pressão.		
21	Uma pessoa que não reage a estímulos dolorosos tem menor risco de desenvolver uma Úlcera por Pressão.		
22	Em pessoas com perda de autonomia, a humidade da pele e o calor são fatores que contribuem para o aparecimento de Úlceras por Pressão.		
23	Após eliminação (fezes e urina) a higiene imediata e a colocação de uma fraída limpa, contribui para evitar as Úlceras por Pressão		
24	É pouco importante manter a pele limpa e seca para prevenir as Úlceras por Pressão.		
25	Deve ser evitado o contacto da pele com superfícies plastificadas colocadas na cama.		
26	Devem ser usados produtos para incontinência com elevada capacidade de absorção em indivíduos com incontinência urinária (com úlceras ou em risco de as desenvolver).		
27	Numa pessoa dependente, que não se consegue mobilizar na cama, é importante registar as alternâncias de posicionamentos, realizadas pelos cuidadores.		
28	Para posicionar uma pessoa no leito devem ser usadas almofadas.		
29	Numa posição sentada, é mais provável que as Úlceras por Pressão apareçam na área pélvica, cotovelos e calcanhares.		
30	Quando há risco de aparecimento de uma Úlcera por Pressão é importante que se reposicione a pessoa no leito a cada 4 horas.		
31	É aconselhado o uso de almofadas ou cunhas de espuma para evitar o contato das superfícies ósseas na prevenção das Úlceras por Pressão.		
32	Num doente que fica deitado no leito, a elevação dos calcanhares é importante para reduzir o risco de Úlceras por Pressão.		
33	Numa pessoa sem capacidade para se mobilizar não se deve inspecionar a pele diariamente.		
34	Usar um creme hidratante na pele ajuda a prevenir as Úlceras por Pressão.		
35	Para prevenir as Úlceras por Pressão a água do banho deve ser bem quente e deve-se friccionar bastante nas proeminências ósseas.		
36	É importante saber que se deve evitar a fricção vigorosa na pele em risco de úlceras por pressão.		

--	--	--

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

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

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

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

--	--	--

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

0 \_ 1 \_ 2 \_ 3 \_ 4 \_ 5 \_ 6 \_ 7 \_ 8 \_ 9 \_ 10

O preenchimento do questionário terminou.

Obrigada pela sua colaboração!

**Apêndice V – Diapositivos da Apresentação do Projeto à Equipa da UCC**

## Diapositivos da Apresentação do Projeto à Equipa da UCC

**Estágio na UCC xxxxxxxx**  
(16.09.2022 a 27.01.2023)

**Projeto de Estágio / Projeto da UCC**

Carla Natália R. do Carmo  
SAP/SUB de Vendas Novas

Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública  
Ano letivo de 2022 -2023

**APRESENTAÇÃO**

01 Carla do Carmo

Estágio Final da Especialização

- Enfermeira desde 1997; percurso profissional em Cuidados de Saúde Primários CS, UCSP, USF, SAP/SUB.
- Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde;
- Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública ... (em processo)

02 Objetivo do estágio; Contribuir para responder a necessidades da UCC e da comunidade

**Objetivo do Estágio**

Elaborar um projeto de estágio realizando a apreciação do contexto, definição dos objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação e controlo .

**Acréscimo :**

- Colaborar com a UCC, indo de encontro aos objetivos do Plano de Ação para 2022;
- Contribuir para o aumento da saúde de grupos/comunidade do concelho de abrangência ;

**Carta de Compromisso 2022**

Atividades de Prevenção

Atividades Formativas

Atividades de Apoio

**Outras validações da importância de agir sobre a prevenção das UPP e na literacia em saúde (sobre ÚPP):**

Plano Nacional para o Seguro da Saúde

Plano Nacional de Saúde 2021-2030

**Problemática para o projeto**

Literacia em Saúde sobre prevenção de úlceras por pressão, dos cuidadores formais das equipas de SAD do concelho de xxxxx x.

**Título do Projeto:**

“Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais”

**Etapas do Planeamento em Saúde**

O processo de planeamento em saúde

Diagnóstico de situação

Problemas Necessidades em saúde

Fixação das prioridades

Fixação dos objetivos

Seleção das estratégias

Planeamento da intervenção Programação

Identificação das atividades, métodos e recursos

Preparação da execução e da avaliação

Intervenção

Monitorização e avaliação

PLANEAMENTO EM SAÚDE (processo contínuo)

Adaptado: Imperatori & Giaccone (1993)

**STAKEHOLDERS do Projeto**

ACES xxxxx x/ ARSLVT

UCC xxxxx x e todos os seus Profissionais

Cuidadores Formais (CF) das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário

Instituições com SAD do Concelho de xxxxx x (equipamentos e respostas sociais)

Outros

**P R O J E T O**

## Objetivos do projeto

### Principal:

- Prevenir a incidência de úlceras por pressão em pessoas com dependência, apoiados por cuidadores formais, em contexto de serviço de apoio domiciliário.

### Específicos:

- Melhorar o nível de conhecimentos dos CF na identificação do risco de aparecimento de UPP;
- Capacitar os CF na prevenção das UPP;
- Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção da UPP.



## Cronograma do Projeto

Estratégia	setembro 2022			outubro 2022			novembro 2022			dezembro 2022			janeiro 2023		
	01	05	09	13	17	21	25	29	03	07	11	15	19	23	27
<b>Fases Planeamento</b>															
Definição de parâmetros à Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT															
Diagnóstico de Situação															
Aplicação da Pré-Teste e Questionários															
Identificação de Problemas															
Determinação de prioridades															
Fixação de Objetivos															
Seleção de Estratégias															
Preparação Operacional															
Sessões de formação															
Execução															
Avaliação															
Divulgação de Resultados															

## Dúvidas?? Sugestões??

Obrigada pela Atenção!

*"Todos somos atores de saúde e temos a possibilidade e a responsabilidade de participar na sua construção"*  
PNS 2021-2030



## Referências Bibliográficas

Imperatori E. & Giraldes, (1993) *Metodologia do Planeamento da Saúde* Manual para uso de serviços centrais, regionais e locais. Escola Nacional de saúde Pública.

Direção Ceral da Saúde (2021) *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Serviço Nacional de Saúde. <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/>

**Apêndice VII – Diapositivos da Apresentação dos Resultados do Diagnóstico de Situação à  
Equipa da UCC**



### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização do ACES e concelho

**Aces localizado na lezíria do rio Tejo do qual fazem parte 9 concelhos;**

**Aces com área de 3500 km2, engloba 73 freguesias**

**Aces presta cuidados a aprox 200.000 utentes**

**Concelho com área de 1120 km2, sendo o concelho mais extenso do distrito;**

**Concelho com 5 freguesias independentes e 1 União de freguesias;**

**Concelho com 17.356 habitantes ( população residente à data dos Censos 20219**




Figura nº - Mapa representativo da localização do concelho em Portugal Continental. Fonte: Wikipédia (4), consultado em 19 de setembro de 2022

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização do concelho – aspetos relevantes (da caracterização demográfica e socioeconómica)

**Redução da densidade populacional na última década**

**Aumento da envelhecimento da população**  
**Dados dos censos 2021, número de 579 mil residentes com idades iguais ou superiores a 65 anos, significando 33,2% da população total**

**Território com elevada dispersão populacional**

**Território de ruralidade vinculada**  
**Índices de urbanização pouco expressivos**

**Aumento do índice de dependência de idosos**  
**Passando de 39,4% para 59,1% nas últimas duas décadas (Censos, 2021)**

**Diminuição da população jovem e ativa**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da Rede Social de Apoio da concelho

**Equipamentos de Solidariedade e Ação Social existentes no concelho grupos morfológicos**

- Apoio à população idosa
- Apoio à infância
- Apoio a pessoas em situação de dependência
- Apoio a população portadora de deficiência
- Apoio à família e comunidade

**Respostas apoiadas, sobretudo, em associações/instituições da rede solidária e na rede particular (REOT, 2020).**

**Têm um papel determinante no combate às situações de pobreza, assim como na promoção da inclusão social e da conciliação entre a atividade profissional e a vida pessoal e familiar (Carta Social/ 2020, 2021)**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da Rede Social de Apoio do concelho

**7 Centros de Dia**

**7 Serviços de Apoio Domiciliário**

**3 Estruturas Residenciais para Idosos**

**Respostas Sociais**

**Maior número de respostas sociais estão relacionadas com o apoio aos idosos**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização dos Recursos de Saúde e UCC

**Cuidados de Saúde Primários 1 UCC**

**Cuidados de Saúde Primários 1USF (2 polos)**

**Cuidados de Saúde Primários 1 SAP**

**Cuidados de Saúde Primários 1 UCSP**

**Consultórios privados**

**Hospital de referência**

**4 farmácias**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da UCC

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
≤ 6 Anos	366	418	784
07 - 64 Anos	5.271	5.396	10.667
65 - 74 Anos	3.222	1.400	2.622
≥ 75 Anos	1.226	1.941	3.167

**17.240 utentes, dos quais 8.085 são do sexo masculino e 9.155 do sexo feminino, conforme se verifica na pirâmide etária abaixo representada (SNS, 2022)**

**UCC Equipa Multidisciplinar**

- 2 EEEEC
- 1 EESMO
- 1 EESMP
- 2 EER
- 4 E e Esp.
- Outros

**1 Secretário Clínico**  
**1 Assistente Social**  
**1 Fisioterapeuta**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**A população-alvo do projeto diz respeito aos Cuidadores Formais que prestam Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), a pessoas com dependência, no concelho.**

**Não esquecer que a intervenção do projeto é na área da prevenção das UPP**

**Crítérios de exclusão:**

- CF das instituições que não dependem do SAD
- CF de instituições que não tenham participado no projeto
- CF que não tenham participado voluntariamente no projeto

**Crítérios de inclusão:**

- CF das instituições que prestam SAD
- CF com idade > 18 anos
- CF das instituições que tenham participado no projeto

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**Para a caracterização populacional foi necessário criar um instrumento de coleta de dados e testá-lo aplicando um pré-teste numa população que não iria entrar no projeto mas com as mesmas características.**

**1** Elaboração do questionário  
**2** Aplicação pré-teste  
**3** Revisão do questionário  
**4** Aplicação do questionário junto da população-alvo

**Também foi utilizado o documento de consentimento informado**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**1 parte - Dados sociodemográficos**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Grupo etário:** 14,70% (25-40), 14,70% (40-50), 70,59% (> 50)

**Grau de escolaridade:** Licenciatura, Bacharelato, Curso Tecnológico, Ensino Pós-Básico, Ensino Secundário, Ensino Básico - 3º ciclo, Ensino Básico - 2º ciclo, Ensino Básico - 1º ciclo, Não sabe ler e escrever

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**1 parte - Dados sociodemográficos**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Tempo gasto na deslocação casa - trabalho (minutos):** 28 (< 15), 7 (15-30), 31 (30-60), 1 (> 90)

**Problemas de saúde que afetam os CF:** 21 (Hiperensão arterial), 4 (Diabetes), 4 (Doença articular crónica), 9 (Lúmen), 6 (Doença do estômago), 0 (Intestino), 3 (Cancro)

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**II parte - Caracterização Profissional e formação**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Categoria Profissional:** a maioria CF são auxiliares de ação direta;

**Vínculo Profissional:** maioria dos CF ou é efetivo ou detém contrato de trabalho a termo certo;

**Nº de horas de trabalho semanal:** 32 CF trabalham 35 h/semana;

**Tipologia de trabalho:** 30 CF têm horário fixo e 4 rotativo (ERPI)

**Quanto a mudar de profissão:** 28 CF não o fariam, se pudessem;

**Quanto a desenvolverem outra atividade profissional:** 31 CF têm apenas este trabalho;

**Tempo de experiência no cuidado à pessoa com dependência**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**II parte - Caracterização Profissional e formação**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Quanto a mudar de profissão:** 28 CF não o fariam, se pudessem;

**Quanto a desenvolverem outra atividade profissional:** 31 CF têm apenas este trabalho;

**Formação na área da prestação de cuidados à pessoa com dependência**

**Tempo decorrido desde a formação**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**II parte - Caracterização Profissional e formação**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**São 55,9% os CF que consideram que a formação frequentada não é suficiente para o seu desempenho laboral;**

**Apenas 29,4% dos CF procuram formação externa à instituição onde trabalham;**

**São 85,3% os CF que afirmam pesquisar e ler sobre temas relacionados com o trabalho;**

**São 33 CF que consideram importante a formação contínua.**

**Locais de pesquisa sobre temas relacionados com o trabalho**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**II parte - Caracterização Profissional e formação**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Áreas em que sentem necessidade de formação**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**III parte - Prevenção de UPP**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Conhecimentos sobre a prevenção de UPP**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**IV parte - Prevenção de UPP**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Atitudes e comportamentos na prevenção de UPP**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Caracterização da população-alvo do projeto

**IV parte - Prevenção de UPP**

**34 Cuidadores Formais das equipas de SAD**

**Principais conclusões da análise descritiva**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Determinação de prioridades

#### Determinação das prioridades

**Problemas**

- Baixo número de CF com formação em prevenção de UPP
- Baixo número de CF com formação em Saúde mental no Idoso

**Dar resposta a :**

- Formação dirigida aos CF em Prevenção de UPP
- Formação dirigida aos CF em Saúde Mental no Idoso

\*A definição de prioridades tem pelo menos duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos. A dimensão temporal é a resultante das necessidades recorrentes, devendo satisfazer as presentes e não esquecer as futuras (Preparator e Giraldes, 1982, p. 30).

### Etapas do Planeamento em Saúde – Determinação de Prioridades

#### Determinação das prioridades

**Foram estudados os seguintes critérios para seleção de prioridades, as possíveis áreas de intervenção, definidos por Imperatori e Giraldes (1982):**

- Magnitude
- Vulnerabilidade
- Exequibilidade
- Acettabilidade
- Alinhamento estratégico a nível nacional e internacional
- Potencial de transcendência
- Ausência da capacidade interna para a sua realização

**Foi aplicado o método da grelha de análise:**

**Intervenção em formação, sobre prevenção das Úlceras por Pressão, dirigida aos CF dos SAD do concelho.**

### Etapas do Planeamento em Saúde – Definição de Objetivos

#### Objetivo geral

**Contribuir para a capacitação dos (ou Capacitar os) Cuidadores Formais, das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário, para a prevenção de Úlceras por Pressão, nas pessoas com dependência.**

**Objetivos específicos**

1 - Sensibilizar as instituições da Rede Social de Apoio (com SAD), do concelho, para a importância da capacitação dos CF para a prevenção das UPP.	2 - Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP.	3 - Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre a prevenção de UPP.	4 - Instruir e treinar para a execução de técnicas de posicionamentos e transferência, em pessoas dependentes.
---	--	--	--

### Etapas do Planeamento em Saúde- Definição de Objetivos

**Objetivo específico - 1**

Sensibilizar as instituições da Rede Social de Apoio (com SAD), do concelho, para a importância da capacitação dos CF para a prevenção das UPP.

**Meta**  
Reunir com 100% das instituições com SAD

**Indicadores**  
 $\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de instituições}} \times 100\%$

### Etapas do Planeamento em Saúde- Definição de Objetivos

**Objetivo específico - 2**

Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP.

**Metas - 1**  
Promover a adesão de 90% da população alvo ao plano de formação  
Realizar 100% das sessões de formação e workshops programados

**Indicadores**  
Taxa de adesão dos formandos ao ciclo formativo.  
Taxa de realização das sessões de formação e workshops

Cont

### Etapas do Planeamento em Saúde- Definição de Objetivos

**Objetivo específico - 2**

Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP.

**Metas - 2**  
Aumentar 20% o nível dos conhecimentos dos CF sobre avaliação dos fatores de risco de aparecimento de UPP

**Indicadores**  
Taxa de respostas corretas no teste sumativo, relacionadas com:  
Avaliar a humidade e coloração da pele;  
Avaliar alterações do padrão de atividade;  
Avaliar alterações do padrão de mobilidade;  
Avaliar alterações no padrão alimentar;  
Avaliar a perceção sensorial;  
Identificar forças de fricção, torção e cisalhamento.

### Etapas do Planeamento em Saúde- Definição de Objetivos

**Objetivo específico - 3**

Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre a prevenção de UPP.

**Metas**  
Promover a adesão de 90% da população alvo ao plano de formação  
Aumentar 20% o nível dos conhecimentos dos CF sobre prevenção das UPP  
Realizar 100% das sessões de formação e workshops programados

**Indicadores**  
Taxa de adesão dos formandos ao ciclo formativo.  
Taxa de respostas corretas no teste sumativo  
Taxa de realização das sessões de formação e workshops

### Etapas do Planeamento em Saúde- Definição de Objetivos

**Objetivo específico - 4**

Instruir e treinar para a execução de técnicas de posicionamentos e transferências, em pessoas dependentes.

**Metas**  
Promover a adesão de 90% da população alvo ao plano de formação  
Aumentar 20% o nível de precisão na execução de técnicas de posicionamentos e transferências, em pessoas dependentes  
Realizar 100% das sessões de formação e workshops programados

**Indicadores**  
Taxa de adesão dos formandos ao ciclo formativo.  
Taxa de execução correta das técnicas de posicionamentos e transferências  
Taxa de realização das sessões de formação e workshops

### Etapas do Planeamento em Saúde- Seleção de Estratégias

Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação de saúde ao projeto de intervenção comunitária à equipa multidisciplinar da UCC, restantes profissionais de saúde das UF, e as Instituições parceiras do projeto e comunidade em geral

Estabelecimento de Parcerias em Saúde com diferentes instituições da Rede de Apoio Social das várias freguesias do concelho

Educação para a Saúde/ formação

Imperativo: Giraldes (1982, p. 65) define seleção de estratégias como "...estabilidade saudável com um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas em torno de um fim de alcançar um determinado objetivo visando assim um ou mais problemas de saúde".

### Etapas do Planeamento em Saúde- Preparação Operacional

Reuniões com Enº Coordenadora da UCC e Enº Supervisora Clínica

Reuniões com a equipa multidisciplinar da UCC

Aplicação do préteste

Aplicação do instrumento de coleta de dados (questionário)

Reuniões com as Diretoras Técnicas responsáveis pelos SAD das instituições do concelho

Contatos telefónicos para agilização do projeto

### Etapas do Planeamento em Saúde- Preparação Operacional

Criação Dossier TP para deixar na UCC

Desenvolvimento de sessões de formação, cumprindo cronograma a definir

Desenvolvimento de workshops, cumprindo cronograma a definir

Avaliação das sessões de formação e dos conhecimentos/ capacitação dos CF

Elaboração de um guia prático de consulta sobre a temática e facultar aos CF (formato digital)


Apresentação dos resultados do projeto à equipa multidisciplinar da UCC, restantes UF, direções das instituições parceiras, congresso ou seminário.

### Etapas do Planeamento em Saúde Cronograma

Duração	setembro 2022	outubro 2022	novembro 2022	dezembro 2022	janero 2023
<b>Fases Planeamento</b>					
Diagnóstico de Situação					
Determinação de Prioridades					
Fixação de Objetivos					
Seleção de Estratégias					
Preparação Operacional					
Execução					
Avaliação					
Divulgação de Resultados					

"O maior pecado para com os nossos semelhantes, não é odiá-los mas sim tratá-los com indiferença; é a essência da desumanidade."

Bernard Sha



## Bibliografia

- Direcção-Geral da Saúde(2011). Escala de Braden Versão Adulto e pediátrico@bradenQ Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 012010G de 19/05/2011 Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Fagoso, V. (2008). Humanizaçãodos cuidadores prestar aos idosos institucionalizadosRevistaGT, 5, 51-61 Retrieved from <http://www.igtp.pt/br>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). Metodologia do planeamentoda saúde Manual para usocem serviçoscentrais regionais e locais Obras avulsas
- Ministério do Trabalho(2021). Carta Social Rede de Serviços EquipamentosRelatório 2020. [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)
- Ruivo, A. M., Fentlo, C. & Nunes, L. (2019). Metodologia de projecto: Colecção descritiva de etapas Percurso (15-1-38) [http://web.usip.pt/Ferrousos/br/Revista\\_FerrousosG.pdf](http://web.usip.pt/Ferrousos/br/Revista_FerrousosG.pdf)
- Câmara Municipal de Cozchoe (2020). Relatório sobre o Estado do Ordenamento do Território (REOT) <https://www.cmccozchoe.pt/atividade-municipal/ordenamento-territorial/relatorio-reot>
- Wikipédia (s.d.). consultadem 19 de setembro de 2022 [https://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Princ%C3%ADpios\\_b%C3%A1sicos](https://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Princ%C3%ADpios_b%C3%A1sicos)

Obrigada

**Apêndice VIII – Recursos Didáticos para Exposição da Formação aos CF**

## Recursos Didáticos para Exposição da Formação aos CF

**Prevenção de Úlceras por Pressão**

Formadora: Enfermeira Carla do Carmo  
janeiro 2023

3 horas de formação com workshop

**Temáticas a desenvolver**

- 1 Definição de UPP;
- 2 Epidemiologia/etiologia das UPP;
- 3 Fatores de risco;
- 4 Localização e Classificação das UPP;
- 5 Complicações das UPP;
- 6 Prognóstico das UPP;
- 7 Tratamento das UPP;
- 8 Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP;
- 9 Prevenção de UPP;
- 10 Posicionamentos e transferências.

**Objetivos**

Pretende-se que no final da formação sobre prevenção de úlceras por pressão, os profissionais formados estejam aptos a:

- Desenvolver estratégias de prevenção de úlceras por pressão (UPP), no contexto da prestação de cuidados em serviço de apoio domiciliário, à pessoa com dependência.

**Objetivos**

Pretende-se que no final da formação sobre prevenção de úlceras por pressão, a formação tenha contribuído para:

1. Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP.
2. Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre a prevenção de UPP.
3. Instruir e treinar para a execução de técnicas de posicionamentos e transferência, em pessoas dependentes.

**Resultados da análise dos questionários**

**Diagnóstico da Situação de Saúde**

Conhecimentos sobre a prevenção de UPP

34 Cuidadores Formais das equipas de SAD

**Diagnóstico da Situação de Saúde**

Atitudes e Comportamentos sobre a prevenção de UPP

1 - Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP e coloco-os em prática nas visitas domiciliárias.

2 - Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP e penso que devo aplicá-los no domicílio dos utentes com uma periodicidade de:

**Diagnóstico da Situação de Saúde**

Atitudes e Comportamentos sobre a prevenção de UPP

3 - Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de tempo:

4 - Tenho conhecimentos de como prevenir as UPP, mas tenho dificuldade em colocá-los em prática por falta de recursos em casa dos utentes (material de apoio para posicionamentos e transferências):

**Diagnóstico da Situação de Saúde**

Atitudes e Comportamentos sobre a prevenção de UPP

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

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

**Diagnóstico da Situação de Saúde**

Atitudes e Comportamentos sobre a prevenção de UPP

7 - Sinto que, na minha prática profissional, tenho condições para avaliar se houve alteração no padrão de mobilidade dos utentes (se passaram a ter mais dificuldade em alternar ou controlar a posição do seu corpo):

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

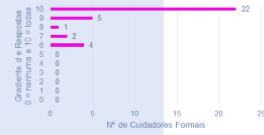
### Diagnóstico da Situação de Saúde

#### Atitudes e Comportamentos sobre a prevenção de UPP

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



10 - Sinto que, na minha prática profissional, identifico a probabilidade de os utentes desenvolverem UPP e reporto a situação à diretora técnica do SAD ou à equipa de Enfermagem:



### Úlceras por Pressão

Cerca de **95%** das úlceras de pressão podem ser evitadas através da identificação precoce do grau de risco.

O conhecimento das causas e dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras por pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção.



### O que são UPP



### Definição de úlcera por pressão (UPP)

Uma úlcera por pressão também chamada habitualmente, de úlcera de decúbito ou escara.

De acordo com o National Pressure Ulcer Advisory Panel, a UPP é uma lesão localizada na pele e/ou tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento.

Uma UPP é uma lesão localizada na pele ou dos tecidos subjacentes que ocorre quando há uma diminuição da circulação sanguínea provocada pela pressão aplicada a uma área específica.



As úlceras de pressão localizam-se habitualmente sobre as proeminências ósseas (como o occipital, sacro, cóccix, ancas e calcanhares) e são classificadas tendo em conta a extensão dos danos nos tecidos. As escaras variam de danos superficiais nos tecidos da pele a "craquelas" profundas com exposição de músculo e osso.

### Definição de úlcera por pressão (UPP)

Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguínea devida a danos dos tecidos moles, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por tecido que se apresenta doloroso, endurecido ou amolecido, esponjoso e mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente.



### Epidemiologia e etiologia das UPP



### Epidemiologia das UPP

A prevalência de úlceras por pressão tem aumentado nos últimos anos, devido ao aumento da expectativa de vida da população, associada aos avanços da medicina moderna, que tornaram possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais, transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes.

Estudo brasileiro com pacientes idosos internados em clínicas geriátricas, observou-se incidência de 35% de úlceras por pressão avançadas, com indicação para tratamento cirúrgico.

No Brasil, a incidência e prevalência de úlceras por pressão são semelhantes às relatadas na literatura mundial com incidência de 39,8% em pacientes de risco, internados em hospital universitário.

Um estudo no Canadá, com pacientes vítimas de trauma medular, mostrou prevalência de 28% de UPP, por período de 12 meses.

Um estudo realizado num hospital universitário na China, refere que a incidência de surgimento de UPP em pacientes internados é de 0,63%.

O mesmo estudo compara dados europeus, os quais apresentam incidência de 13,27%. De acordo com a NPUAP a prevalência de úlcera por pressão, nos hospitais dos Estados Unidos, varia de 3% a 14%.

Fonte: Revista de Administração em Saúde. <https://icq.org.br/qjs-24/index.php/raa/article/view/189309>

### Epidemiologia das UPP

As UPP são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, prejudicando de forma significativa, não só a qualidade de vida dos doentes, mas também a dos seus cuidadores, para além de constituir uma enorme sobrecarga económica para os serviços de saúde.



A Direção Geral da Saúde na orientação nº 017/2011 de 9/5/11, refere que "as úlceras de pressão, são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados (...) estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco".

### Etiologia das UPP

Quando falamos em etiologia das UPP estamos a falar do que está no origem do seu aparecimento; as suas causas.

Fatores de risco



Quais são as causas da úlcera de pressão?

A principal causa que leva ao desenvolvimento de UPP é a acumulação de pressão. Os danos nos tecidos são proporcionais à intensidade de pressão e à duração da compressão dos vasos capilares dessa zona. O risco de úlcera de pressão pressupõe a existência de fatores intrínsecos e extrínsecos.

### Fatores de risco



### Fatores que contribuem para o aparecimento de UPP

#### Fatores intrínsecos

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Mobilidade diminuída             | Tetraplegia  |
| Doença renal em fase terminal    | Sépsis   |
| Desnutrição                      | Câncer terminal                                      |
| Coma                             | Doença cardíaca ou hepática                          |
| Envelhecimento                   | Imunossupressão relacionada com doença ou medicação. |
| Incontinência urinária e fecal   | Gesso corporal                                       |
| Doença vascular periférica grave | Drogas   |
| Diabetes                         | Dor  |
| DPOC grave                       | Baixa tolerância tecidual                            |
| Paraplegia                       | Magreza acentuada                                    |
| Tabagismo                        | Higiene deficiente                                   |
| Más condições da pele (secura)   |  |



### Fatores que contribuem para o aparecimento de UPP

#### Fatores extrínsecos

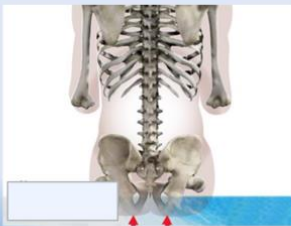
Fatores químicos (desinfetantes e sabões)

5 Forças Externas:

1. Pressão,
2. Cisalhamento,
3. Compressão,
4. Fricção,
5. Temperatura/humidade.

#### Pressão

Uma força vertical que ocorre a um ângulo de 90°.



Quando as partes moles são comprimidas por longos períodos entre as proeminências ósseas e as superfícies externas, ocorre oclusão microvascular com isquemia tecidual e hipoxia.

#### Cisalhamento

Forças paralelas, às vezes descritas como forças de tensão que ocorrem no interior dos tecidos junto das proeminências ósseas.



Forças de cisalhamento (p. ex., quando um paciente é colocado em uma superfície inclinada) estressam e danificam os tecidos de suporte, fazendo com que as forças dos músculos e tecidos subcutâneos que são puxados para baixo pela gravidade se oponham aos tecidos mais superficiais que permanecem em contato com superfícies externas. Forças de cisalhamento contribuem para lesão por pressão, mas não são as causas diretas.

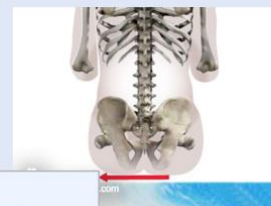
#### Compressão

Colapso postural que pode impedir a função dos órgãos internos.



#### Fricção

A resistência que surge quando uma superfície toca na outra.



Forças de fricção ou atrito (fricção contra roupas ou roupas de cama) pode ajudar a desencadear ulceração cutânea causando erosão local e rompimentos na epiderme e derme superficial.

#### Temperatura/humidade

A temperatura corporal aumentada mais humidade podem contribuir para danos dos tecidos.



A humidade (p. ex., transpiração, incontinência) leva à rutura e maceração tecidual, o que pode iniciar ou agravar as lesões por pressão.

## Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP



## Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP

### Como prevenir o aparecimento de úlceras por pressão ?



O primeiro passo para a prevenção de úlceras de pressão é **identificar as pessoas em risco** a fim de programar a melhor estratégia e impedir o aparecimento da lesão.

De forma a prevenir o desenvolvimento das úlceras de decúbito é necessário realizar uma **avaliação contínua dos doentes**.

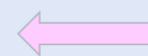
## Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP

Existem escalas de avaliação de risco e estas são instrumentos valiosos porque permitem aumentar a atenção aos fatores de risco, estruturar estratégias e prestação de cuidados, e fornecer um indicador preciso do risco do doente.

A NPUAP/EPUAP considera que a Escala de Branden é a que apresenta maior fiabilidade, aceitabilidade, segurança e simplicidade.

A Escala de Branden avalia seis subescalas:

1. Percepção sensorial,
2. Humidade,
3. Atividade,
4. Mobilidade,
5. Nutrição,
6. Fricção e forças de deslizamento.



**É nestes 6 itens que devemos focar a nossa avaliação do risco dos utentes desenvolverem UPP.**

## Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP

### Como prevenir o aparecimento de úlceras por pressão

Percebemos, assim que, os seguintes fatores aumentam o risco de desenvolver úlceras por pressão:

Fatores de risco

1. Pessoas com perda da sensibilidade (com lesão medular ou idosos)
2. Pessoa com reduzida atividade
3. Pessoa incapaz ou com dificuldade de mobilidade do corpo
4. Doenças degenerativas
5. Tolerância tecidual reduzida (pele frágil)
6. Incontinência urinária ou intestinal
7. Desnutrição ou obesidade

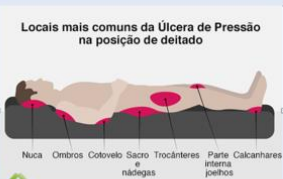
Fatores de risco

## Localização das UPP



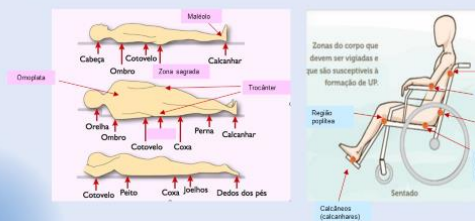
## Locais mais comuns da Úlcera de Pressão

As úlceras de pressão tem maior tendência a surgir em zonas do corpo com proeminências ósseas. A figura acima, demonstra os principais locais do corpo onde habitualmente se desenvolvem escaras.



- Locais mais comuns da Úlcera de Pressão na posição de deitado
- Occipital (nuca)
  - Orelha
  - Ombro
  - Cotovelos
  - Omoplatas
  - Crista ilíaca
  - Sacro
  - Trocânter
  - Região isquiática (nádegas)
  - Parte interna dos joelhos
  - Tornozelos
  - Calcânhares
  - Dedo grande do pé
  - Região lateral do pé

As úlceras de pressão localizam-se habitualmente sobre as proeminências ósseas (como o occipital, sacro, cóccix, ancas e calcânhares) e são classificadas tendo em conta a extensão dos danos nos tecidos.



### Região occipital

Cerca de 10% das úlceras de pressão surgem na região occipital.



### Omoplatas

Cerca de 5% das úlceras de pressão ocorrem na região das omoplatas.



### Sacro, isquiática e trocânteres

Cerca de 50% das úlceras de pressão desenvolvem-se na região sacrococcígea, na região isquiática e nos trocânteres.



### Calcâneos

Aproximadamente 35% das úlceras de pressão aparecem na zona dos calcânhares.



## Classificação das UPP



Segundo o Sistema de Classificação NPUAP (abril de 2016)

### Estádios das UPP

As úlceras de pressão são normalmente classificadas usando o seguinte sistema de classificação por graus da NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) / EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel):

**Categoria/Grau 1:** Pele íntegra com eritema não branqueável

**Categoria/Grau 2:** Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

**Categoria/Grau 3:** Perda da pele em sua espessura total

**Categoria/Grau 4:** Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

**Lesão por pressão não classificável:** Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível

**Lesão por pressão tissular profunda:** Descoloração vermelho-escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

### Categoria/Grau 1: Eritema não branqueável



Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. (Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele da área circundante).

Estas lesões por pressão manifestam-se como pele íntegra com eritema (vermelhidão) que não desaparece à pressão.

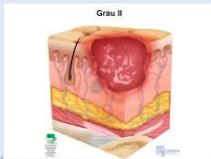
A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.

Ainda não ulceração, contudo, acontecerá se a evolução for demorada e irreversível.

### Categoria/Grau 1: Eritema não branqueável



### Categoria/Grau 2: Perda parcial de espessura da pele



Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelhoso. Pode também apresentar-se com flictena (bolha de água) fechada ou aberta preenchida por líquido seroso.

Aqui não há tecido com crostas ou necrose na base.

Este estadio 2 não deve confundido com fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

### Categoria/Grau 2: Perda parcial de espessura da pele



### Categoria/Grau 3: Perda total da espessura da pele



Perda total da espessura dos tecidos.

O tecido adiposo subcutâneo (camada de gordura) pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos.

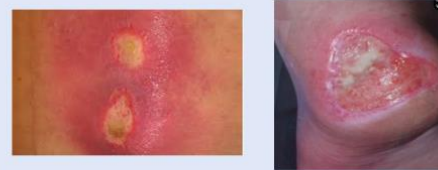
Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados.

A profundidade de uma úlcera por pressão de grau 3 varia de acordo com a localização anatómica.

A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e as úlceras de Grau 3 podem ser superficiais.

Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão Grau 3 extremamente profundas. Tanto o osso como o tendão não são visíveis nem diretamente palpáveis.

### Categoria/Grau 3: Perda total da espessura da pele



### Categoria/Grau 4: Perda total da espessura dos tecidos



Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos.

Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (húmido) ou necrose (seca).

Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.

A profundidade de uma úlcera por pressão de Categoria/Grau 4 varia de acordo com a localização anatómica.

A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e estas úlceras podem ser superficiais.

### Categoria/Grau 4: Perda total da espessura dos tecidos



Uma úlcera de Categoria/Grau 4 pode atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte (ou seja, fásia, tendão ou cápsula articular) como podemos ver na imagem, tornando possível a osteomielite.

Tanto o osso como o tendão expostos são visíveis ou diretamente palpáveis.

### Categoria/Grau 4: Perda total da espessura dos tecidos



### Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade indeterminada



Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.

Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser determinados.

Um tecido necrótico (seco, aderente, íntegro e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como "penso (biológico) natural" e não deve ser removido.

**Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade indeterminada**



**Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade indeterminada**



Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento.

A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente.

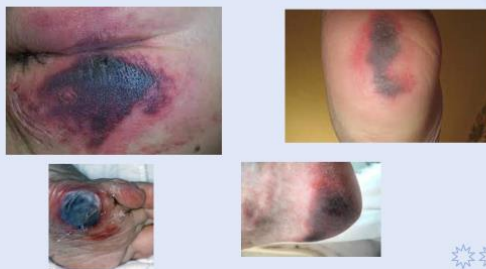
A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.

A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura.

A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico.

A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais, mesmo que estas recebam o tratamento adequado.

**Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade indeterminada**



**Complicações das UPP**



**Complicações nas UPP**

As UPP são um reservatório de microrganismos intra-hospitalares resistentes a antibióticos. Uma alta contagem de bactérias no interior da ferida pode dificultar a cicatrização tecidual.

Infeções são as complicações mais comuns da lesão por pressão. Essa infecções incluem celulites, abscessos, bursites infecciosas, artrites infecciosas e fasciite necrosante.

Sem tratamento adequado, deve considerar-se osteomielite ( presente em até 32% dos casos) ou, mais raramente, carcinoma de células escamosas dentro da úlcera ( úlcera de Marjolin).

Complicações infecciosas sistêmicas ou metastáticas podem incluir bacteremia, meningite e endocardite.

**Prognóstico das UPP**



**Prognóstico das UPP**

O prognóstico nas fases iniciais das úlceras de pressão (grau 1) é excelente com o tratamento adequado, embora a cura requeira semanas.

Depois de 6 meses de tratamento, > 70% das lesões por pressão em estágio 2, 50% das lesões por pressão em estágio 3 e 30% das lesões em estágio 4 se resolvem.

As UPP, geralmente, agravam em pacientes que não recebem tratamento ideal e/ou têm distúrbios significativos que prejudicam a cicatrização de feridas (p. ex., diabetes, desnutrição, doença arterial periférica).

Se não for possível melhorar os cuidados da lesão e o tratamento das doenças concomitantes, o prognóstico no longo prazo é grave, mesmo se as úlceras de decúbito estiverem cicatrizadas.

**Tratamento das UPP**



**Tratamento das UPP**

- Redução da pressão
- Tratamento direto de lesões
- Tratamento da dor
- Controle da infecção
- Avaliação das necessidades nutricionais
- Terapia concomitante ou cirurgia

**Prevenção de UPP**



## Prevenção das UPP

### Prevenir as UPP, requer:

- Identificação dos pacientes de alto risco
- Reposicionamento
- Cuidados adequados da pele e higiene
- Evitar imobilização



## Prevenção de UPP

### Mudança frequente de decúbitos (Posicionamentos) (1)

A medida básica mais importante na prevenção de úlceras de pressão é a mudança periódica de posicionamento da pessoa.

Uma das medidas mais simples e eficaz é mudar frequentemente a posição do doente.

Caso o doente não consiga mudar de posição sozinho, os cuidadores deverão ajudá-lo.

As pessoas consideradas em risco de desenvolverem UPP devem mudar (ou ser mudadas) de posição pelo menos uma vez de duas em duas horas, de forma a aliviar a pressão nas proeminências ósseas.

Uma pessoa em cadeira de rodas deve mudar de posição pelo menos a cada 15 a 30 minutos.

Caso já exista a formação de uma úlcera por pressão, é importante evitar que a mesma seja sujeita a pressão adicional, quer através do reposicionamento quer através da utilização de dispositivos para o alívio de pressão. Assim, a ferida terá mais hipóteses de cicatrizar.

## Prevenção de UPP

### Mudança frequente de decúbitos (Posicionamentos) (2)

Ter em conta o estado clínico do doente e a superfície de apoio de redistribuição de pressão (colchões e sobre-colchões) em uso, no momento de decidir se o reposicionamento deve ser feito como estratégia de prevenção.

Estar atento à existência de zonas ruborizadas aquando dos posicionamentos. Se mantiverem rubor passados 30 minutos, após alívio da pressão, deve-se vigiar com maior acuidade e evitar/diminuir o tempo de permanência nesse decúbito.

Posicionar os doentes usando preferencialmente o decúbito semi-dorsal (com inclinação lateral de sensivelmente 30º) e o semi-ventral, para alívio de pressão, se tolerados e indicados.

Proteger proeminências ósseas não permitindo o contato direto entre superfícies duras (exemplo: joelho com joelho; calcanhar com colchão).

Reposicionar o doente de forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Ao escolher uma determinada posição para o doente, é importante avaliar se a pressão é realmente aliviada ou redistribuída.

## Prevenção de UPP

### Mudança frequente de decúbitos (Posicionamentos) (3)

Evitar posicionar o doente sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável.

Utilizar ajudas de transferência manual para reduzir a fricção e o cisalhamento.

Levantar, não arrastar, o doente enquanto é posicionado. Podem ser utilizadas técnicas simples como resguardos de levantamento.

Os sistemas de assistência na área de posicionamento devem ser considerados como um complemento de apoio na prevenção e no tratamento de úlceras de pressão. Eles ajudam a posicionar corretamente o doente, proporcionando uma postura correta e reduzindo parcialmente ou totalmente a pressão em zonas de risco de escaras.

Em situações de doentes totalmente dependentes de ajuda para realizar transferências, quando são transferidos da cama articulada para a poltrona ou cadeirão ou para uma cadeira de rodas, sempre que possível, utilizar um elevador ou grua de elevação elétrica.

## Prevenção de UPP

### Mudança frequente de decúbitos (Posicionamentos) (4)

Evitar posicionar o doente em contato direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagens, cateteres venosos, sonda nasogástrica.

Não deixar o doente numa arrastadeira mais tempo do que o necessário.

Não posicionar um doente diretamente sobre uma úlcera de pressão.

Usar roupas da cama sem rugas e preferencialmente de algodão.

## Prevenção de UPP

### Cuidados à pele do doente

A pele deve ser avaliada diariamente e frequentemente pelo cuidador formal, dando especial atenção às áreas próximas das proeminências ósseas, incluindo a região da nuca, as omoplatas, os ombros, os cotovelos, a região da sacro, tuberosidades isquiáticas, trocânteres e calcanhares.

Manter a pele seca e limpa.

Lavar com água morna sem causar fricção.

Secar a pele, sem friccionar e utilizar toalhas ou outros tecidos suaves e lisos

Proteger a pele da humidade excessiva com a aplicação de pomadas especiais. Em situações de incontinência, a zona afetada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível e aplicados produtos para proteger a pele.

Não utilizar álcool. Usar gel de banho não irritante e hidratante.

Aplicar creme hidratante, pelo menos 1X/dia.

## Prevenção de UPP

### Cuidados à pele do doente

Não massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas (os capilares já estão afetados) porque pode provocar novo dano nos tecidos.

Proteger a pele da humidade excessiva com a aplicação de pomadas especiais. Em situações de incontinência, a zona afetada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível e aplicados produtos para proteger a pele.

Usar meios de proteção que não danifiquem ou irrite a pele.

Vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos tais como, cateteres venosos, tubos de oxigénio, tubos do ventilador, sonda nasogástrica, entre outros.

A pele deve ser protegida da lesão. Podem ser utilizados para proteger as proeminências ósseas, penso como películas, hidrocolóides, espumas, pensos almofadados ou rolos de gazes.

Pode utilizar um espelho para ver as partes do corpo mais difíceis de observar, como as coxas e os calcanhares.

## Prevenção de UPP


### Produtos de apoio

Existem vários produtos de apoio que podem dar uma ajuda muito importante na prevenção de úlceras de pressão, para além, de proporcionarem mais conforto, melhor mobilidade e segurança aos doentes.

Por outro lado, alguns destes produtos de apoio têm a designação de superfícies de apoio nas guidelines nacionais e internacionais de úlceras de pressão: Colchões, sobre-colchões e almofadas de assento, são exemplos de superfícies de apoio.

Pretende-se com a utilização das superfícies de apoio:

- o redistribuição da pressão
- o controlo da humidade e temperatura
- o melhor conforto
- a melhor estabilidade
- a minimização das forças envolvidas no posicionamento deitado ou sentado.



## Prevenção de UPP

### Produtos de apoio

A cama hospitalar elétrica facilita os posicionamentos nos doentes proporcionando posições de maior conforto.

O comando permite o controlo eletrónico da posição do tronco e das pernas o que ajuda a aliviar as zonas de pressão e a otimizar a respiração do doente.

As guardas (arades) laterais garantem segurança e ajudam no posicionamento do doente.

A regulação e controlo da altura do estrado da cama ao chão, facilita as transferências do doente e as entradas e saídas da cama, bem como, facilita os cuidados dos cuidadores evitando lesões sobretudo ao nível das costas.

Existem camas articuladas elétricas que têm um sistema de rastof que permite a elevação dos pés quando o doente está deitado, ajudando a diminuir o inchaço (edema) e ajudando a circulação sanguínea nos membros inferiores.



Cama Articulada Elétrica



**Produtos de apoio**

### Prevenção de UPP

Sempre que for possível o levante da cama, pode providenciar-se uma **poltrona de repouso** que garanta que o doente esteja numa posição correta e confortável.

Existem **poltronas que têm controlo eletrónico** das posições de sentado e de deitado e outras poltronas também têm a posição de ajuda a levantar.

Quando o doente estiver sentado numa poltrona (cadeirão) ou numa cadeira de rodas, é importante que mantenha os pés apoiados de modo a manterem uma postura adequada que impeça a pressão exagerada na região sacrococcígea e calcanhares.

Sempre que possível incentivar os doentes sentados na **poltrona ou cadeirão**, a aliviarem a pressão frequentemente, mediante a técnica de lateralização do tronco.



**Poltrona**



**Produtos de apoio**


### Prevenção de UPP

Em doentes com o risco de úlceras de pressão deve utilizar-se **colchões de espuma reativa de alta especificidade** em vez de **colchões com espumas de baixa densidade**, como por exemplo, os colchões tripartidos.

Sempre que não for possível um posicionamento manual frequente, deve utilizar-se um **colchão dinâmico** em doentes com elevado risco de desenvolver úlceras de pressão. **Não é recomendado** a utilização de colchões de ar nem **sobre-colchões de pressão alterna com células pequenas**.

São recomendados **colchões** com o mínimo de 15 cm de altura com a composição de espumas de alta resiliência (com pelo menos 40 kg/m<sup>3</sup>) e com espuma viscoelástica de 50 kg/m<sup>3</sup> para garantir todo o conforto e eficácia na redistribuição da pressão e na minimização das forças externas.

A capa do colchão deve ser impermeável, viscoelástica, facilmente lavável e com adequada gestão do microclima (temperatura e humidade).



**Colchão**



**Produtos de apoio**

### Prevenção de UPP

Existem **almofadas especiais** para pessoas que estão sentadas em cadeiras de rodas ou poltronas (cadeirões) e que têm o risco de desenvolverem úlceras de pressão.

A almofada deve ajudar na redistribuição da pressão, no controlo da humidade e temperatura, proporcionar o melhor conforto e estabilidade, e deve minimizar as forças envolvidas quando o doente está sentado numa cadeira de rodas ou numa poltrona.

Deve optar-se por uma capa de almofada flexível, respirável e que seja capaz de se ajustar aos contornos do corpo.

As **almofadas de assentos** devem ser inspeccionadas frequentemente para identificação de sinais de desgaste.

Existem vários modelos de almofadas de assento e as mais utilizadas são: almofadas de gel, almofadas em viscoelástico, almofadas com contornos anatómicos, almofadas de viscoelástico e gel e almofadas de ar.



**Almofada de assento**



**Alimentação adequada**


### Prevenção de UPP

Sempre que possível, importante o apoio de um nutricionista para avaliar o estado nutricional do doente e prescrever uma dieta personalizada.

Oferecer e disponibilizar alimentos naturais e frescos.

Vigiar a dieta prescrita dando especial importância a alimentos proteicos.

Evitar gordura animal.




**Alimentação adequada**

### Prevenção de UPP

Observar se há suplementos nutricionais prescritos para administração oral.

Estar atento ao estado nutricional do doente.

Promover a adequada hidratação do doente e estar atento aos sinais de desidratação.



Uma dieta saudável e equilibrada com um consumo adequado de proteínas, vitaminas e minerais ajuda a prevenir os danos na pele e irá ajudar as feridas a cicatrizarem mais depressa. Se necessário, o doente poderá ser reencaminhado para um nutricionista que irá definir-lhe um plano alimentar adequado.

### Posicionamento e Transferência de pessoas com dependência



### Posicionamento e Transferência de pessoas com dependência

**Posicionamentos**

O posicionamento/alternâncias de decúbito é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, com o objetivo de prevenir complicações associadas à imobilidade, como por exemplo as úlceras de pressão, proporcionar conforto e promover a autonomia da pessoa.

**Material Necessário Para os Posicionamentos:**

- Almofadas de textura moldável, adequadas ao posicionamento que se pretende;
- Superfície de apoio (colchões, cadeiras, poltronas, etc).



### Posicionamento e Transferência de pessoas com dependência

**Princípios Gerais**

- Planear a atividade de acordo com o nível de dependência e a situação clínica;
- Instruir a pessoa e família sobre o procedimento;
- Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- Assistir a pessoa a posicionar-se;
- As alternâncias de decúbito devem ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio usadas;

**Deve-se ainda...**

- Evitar posicionar a pessoa em contacto direto com dispositivos médicos, tais como tubos e sistemas de drenagem;
- Avaliar regularmente a pele;
- Utilizar ajudas de transferência para evitar a fricção e a torção;
- Avaliação dos resultados no regime de reposicionamentos;

### Posicionamento e Transferência de pessoas com dependência

Os posicionamentos a efetuar podem ser os seguintes:

- Decúbito dorsal – DD;
- Decúbito semidorsal (direito/esquerdo) – DSD (D/E);
- Decúbito lateral (direito/esquerdo) – DL (D/E);
- Decúbito ventral – DV;
- Decúbito semiventral (direito/esquerdo) – DSV (D/E);
- Posição de Fowler.

### Posicionamento de pessoas com dependência

**Decúbito Dorsal**



### Posicionamento de pessoas com dependência

**Decúbito Lateral**



### Posicionamento de pessoas com dependência

**Decúbito Semidorsal**



### Posicionamento de pessoas com dependência

**Decúbito Ventral**



### Posicionamento de pessoas com dependência

**Decúbito Semiventral**



### Posicionamento de pessoas com dependência

**Posicionamento em Fowler**



### Posicionamento de pessoas com dependência

**Corrigir posicionamento na cadeira de rodas (1 cuidador)**



Se a pessoa apresenta grau de dependência elevado ou não pode colaborar, para a correção do posicionamento em cadeira poderá ser efetuada manualmente da seguinte forma:

O CF coloca-se por trás da cadeira, passando os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurá-los os antebraços. Para maior estabilidade e segurança, o CF deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda, de modo a evitar o impacto do peso do corpo e da força exercida sobre o ombro.

Flexir os joelhos e alinhar a coluna vertebral. Elevar o antebraço dos membros inferiores segurando firmemente o tronco da pessoa. Colocar a força nos quadríceps (f)

Reposicionar a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos.

### Posicionamento de pessoas com dependência

**Corrigir posicionamento na cadeira (1 cuidador)**



Para corrigir o posicionamento na cadeira/cadeira, se a pessoa tem grau de dependência baixo ou moderado, o procedimento pode ser realizado da seguinte forma:

Aproximar os pés da pessoa da cadeira.

Solicitar à pessoa que incline o tronco para a frente.

Elevar a pessoa e voltar a sentá-la (verificar se a região poplíteia está próxima da cadeira).

Verificar se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90º de flexão e se a região dorsal está apoiada na cadeira/cadeira.

Utilizar cintos de transferência ou outros dispositivos de apoio facilitando o procedimento e aumentando o nível de segurança.

### Posicionamento de pessoas com dependência

#### Corrigir posicionamento na cadeira (2 cuidadores)



Para corrigir o posicionamento na cadeira ou cadeirão da pessoa com grau de dependência elevado, poderá ser efetuado por dois CF, utilizando o resguardo:

Os CF devem colocar-se um à esquerda e outro à direita da cadeira/cadeirão, de frente um para o outro;

Enrolar o resguardo e segurar firmemente com uma mão ao nível dos ombros da pessoa e outra ao nível do cavado popliteo

Elevar, com o resguardo, os membros inferiores

Mantendo os membros inferiores elevados, puxar o resguardo junto aos ombros no sentido ascendente

Reposicionar a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos.

### Transferência de pessoas com dependência

#### Transferências

Uma transferência é um padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra. A pessoa pode transferir-se, entre outras, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita ou banheira e vice-versa.



### Transferência de pessoas com dependência

#### Mover a pessoa no leito – 1 CF

Deve proceder-se deslocando em primeiro lugar a parte superior do corpo (cintura escapular e região dorsal) e, em seguida, a parte inferior (cintura pélvica e membros inferiores);



### Transferência de pessoas com dependência

#### Mover a pessoa no leito – 2 CF

Deve ser feito, preferencialmente, por dois CF, em movimentos sincronizados e usando, quando possível, auxiliares como, por exemplo, o resguardo.



Não usando o resguardo, e para mover a pessoa dependente no sentido da largura do leito (para a direita ou para a esquerda) os devem colocar-se ambos CF do lado para o qual vai ser mobilizada a pessoa. Quando o movimento for executado no sentido ascendente ou descendente devem colocar-se um de cada lado do leito.

Todos os movimentos devem ser executados em bloco pelo que se exige que os CF combinem entre si quem dá a ordem para o início da execução.

### Transferência de pessoas com dependência

#### Transferência da pessoa dependente – 1 CF



Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pés) e colocar a cadeira de rodas ou cadeirão paralelo à cama;

Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos

Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos peitos e rodar a pessoa

Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado

Os pés devem ficar assentes no chão e assegurar-se de que a pessoa está calçada ou usa meias antideslizantes

Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição ortostática

Assistir a pessoa durante a transferência, cobrindo as mãos na região dorso-lombar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira

Cobrar os pés nos pedes de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90º

Para efetuar transferência da cadeira para a cama realiza-se o procedimento pela ordem inversa do descrito para a transferência da cama para a cadeira.

### Transferência de pessoas com dependência

#### Transferir a pessoa muito dependente da cama para a cadeira – 2 CF



Os dois CF devem colocar-se do mesmo lado da cama.

Um CF deve colocar os antebraços e mãos sob a escapulo-umeral e a região lombar e o outro entre a região lombar e a região poplitea;

Através de um movimento coordenado entre os dois CF, desloca a pessoa para a extremidade do leito;

Colocando-se paralelamente à cama, o CF responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade é diminuir a carga sobre o ombro da pessoa, o CF deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda.

O outro elemento, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa, coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores

A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão

Da cadeira para a cama realiza-se o procedimento pela ordem inversa.

\* Obrigada

Dúvidas??



Formadora: Enfermeira Carla do Carmo  
Email: carla.carmo55@gmail.com

### \* Referências Bibliográficas

AWMA. (2012). *Pain Pacific Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Injury*. WA: Cambridge Media. [https://www.sphysio.org/aba/gene/link.php?doc\\_id=47&f=1](https://www.sphysio.org/aba/gene/link.php?doc_id=47&f=1)

Baranowski, S.; Ayello, E. (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas*. Lusodidacta

Carnhas et al. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. [http://www.ordenamentfermeiros.pt/publicacoes/documentos/gobop\\_mobilidade\\_vf\\_sda.pdf](http://www.ordenamentfermeiros.pt/publicacoes/documentos/gobop_mobilidade_vf_sda.pdf)

Editors of Nursing. (2017). *Pressure ulcers get new terminology and staging definitions*. *Nursing* 47(3) p 68-69. [https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2017/03000/Pressure\\_ulcers\\_get\\_new\\_terminology\\_and\\_staging.18.aspx](https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2017/03000/Pressure_ulcers_get_new_terminology_and_staging.18.aspx) DOI 10.1097/01.NURSE.0000512498.50808.2b

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media. <https://www.equip.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jpr2016.pdf>

NPIAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). (2016). *NPIAP Pressure Injury Stages*. [https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online\\_sbor/npiap\\_pressure\\_injury\\_stages.pdf](https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online_sbor/npiap_pressure_injury_stages.pdf)

Mais que cuidar. (2019, 06 de agosto). *Úlceras de pressão (Escaras): Causas, Sintomas e Tratamento*. <https://www.maisquecuidar.com/ulcera-de-pressao-escaras-causas-sintomas-e-tratamento/> Que, e, ulcera\_por\_pressao

Santar. (2021, maio11). *Resumo de úlceras por pressão: epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento*. <https://www.sanamed.com/resumo-de-ulceras-por-pressao-epidemiologia-fisiopatologia-diagnostico-e-tratamento>

Taufier, J. et al. (2019). *Perfil epidemiológico das lesões por pressão em um hospital escola no Oeste do Paraná*. *Rev. Adv. Saúde (On-line)*, São Paulo, v. 19, n. 77, e189. <http://dx.doi.org/10.23973/189.77.189>

**Apêndice IX – Plano de sessão da Formação aos CF**

### Plano de sessão da Formação aos CF

Plano de sessão

---

**Identificação da sessão teórica**

Sessão:	Prevenção de Úlceras por Pressão	Nº da sessão: 1
Duração:	3h	Local de Realização:
Data da realização:	03 janeiro 2023	Centro Social Paroquial
Modalidade:	Formação contínua	Forma de Organização: Presencial
Público-alvo:	Cuidadores Formais das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário	Nº de formandos: 5
Formador:	Carla do Carmo	

Objetivo Geral	Capacitar os Cuidadores Formais, das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário, para a prevenção de Úlceras por Pressão, nas pessoas com dependência.
Objetivos específicos da sessão	- Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre os fatores de risco para o aparecimento de UPP; - Aumentar o nível de conhecimentos dos CF sobre a prevenção de UPP; - Instruir e treinar para a execução de técnicas de posicionamentos e transferência, em pessoas dependentes.

Etapas da sessão	Conteúdos	Equipamento e Recursos didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora; Apresentação de objetivos, conteúdos e avaliação; Diagnóstico de conhecimentos.	Computador Projetor Diapositivos	Expositiva Interrogativa	Apresentação de diapositivos.	Colocação de questões.	20min
Desenvolvimento	Definição de UPP; Epidemiologia/etiologia das UPP; Fatores de risco; Localização e Classificação das UPP; Complicações das UPP; Prognóstico das UPP; Tratamento das UPP; Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP; Prevenção de UPP; Posicionamentos e transferências.	Computador Projetor Diapositivos	Expositiva Interrogativa Demonstrativa Ativa	Apresentação de diapositivos; Demonstração de técnicas; Colocação de questões e debate;	Colocação de questões	140min
Conclusão	Resumo de conteúdos apresentados; Esclarecimento de dúvidas; Avaliação de conhecimentos adquiridos; Avaliação da sessão.	Computador Projetor Diapositivos Fichas em formato de papel	Expositiva Interrogativa	Apresentação de diapositivos; Colocação de questões; Aplicação da ficha sumativa.	Colocação de questões; Ficha sumativa.	20min

<b>Recurso a plataformas colaborativas</b>
Disponibilização do material didático no WhatsApp e/ou email;

**Apêndice X – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação aos CF**

## Ficha de Avaliação da Sessão de Formação aos CF



### Questionário de avaliação da formação

O preenchimento deste questionário é anónimo. Reveste-se de grande importância pois vai permitir verificar o grau de satisfação com a Formação realizada e assim facilitar a implementação de melhorias.

Por favor, coloque uma X na quadrícula que melhor corresponde à sua opinião, relativamente aos itens de avaliação apresentados, sabendo que o 1 corresponde a "Fraco" e 5 a "muito bom", como na escala abaixo indicada.

1=Fraco      2=Insuficiente      3=Suficiente      4=Bom      5=Muito Bom

#### A) Avaliação dos conteúdos:

	1	2	3	4	5
1. Como considera a pertinência e interesse dos conteúdos da formação					
2. Como considera a forma como os conteúdos foram expostos					
3. Como considera a utilidade dos conteúdos desta formação no exercício das suas funções					
4. Como considera o impacto dos conteúdos desta formação no seu desempenho profissional					

#### B) Avaliação dos Formandos:

	1	2	3	4	5
1. Como avalia o empenho e motivação dos formandos (grupo)					
2. Como avalia o relacionamento entre participantes					
3. Como avalia a assiduidade, pontualidade dos formandos					

#### C) Avaliação do Formador:

	1	2	3	4	5
1. Como considera a qualidade do acolhimento ao grupo					
2. Como considera o domínio dos temas					
3. Como considera a clareza nas intervenções					
4. Como considera a promoção e estímulo do debate e discussão com e entre os formandos					
5. Como avalia o grau de sucesso do formador em motivar os formandos para os conteúdos apresentados					
6. Como considera o ambiente relacional entre formador e formandos					

1

**D) Avaliação da Formação:**

	1	2	3	4	5
1. Como considera a divulgação da Formação					
2. Qual o grau de cumprimento dos objetivos da Formação					
3. Como considera a duração da Formação					
4. Como considera a adequação do horário da Formação					
5. Como considera os materiais e equipamentos usados					
6. Como considera as instalações em termos de adequação para a realização da formação					
7. Como considera a aplicabilidade prática dos conteúdos					
8. Como considera a adequação dos conhecimentos adquiridos					
9. Como considera a qualidade dos recursos utilizados nas sessões					
10. Como considera o material didático disponibilizado					
11. Qual o seu grau de sua satisfação em relação às expectativas iniciais (grau de satisfação)					

**E) Valor da Formação:**

	1	2	3	4	5
No conjunto, para si, a formação teve um valor de					

**F) Áreas relacionadas com as suas funções que gostaria de ver abordadas em formação, no sentido de trazerem melhorias ao seu desempenho profissional.**

Por favor, assinale com um X as três áreas que considera mais necessárias.



Temas de Formação:	
1. Processo de Envelhecimento	
2. Normas de higiene e conforto e controlo de infeção	
3. Primeiros Socorros	
4. Cuidados Humanos básicos (higiene pessoal, alimentação, etc)	
5. Cuidados Específicos de saúde (nebulizações, oxigenoterapia, BiPAP, Sonda vesical, administração de medicação, etc)	
6. Técnicas de mobilização, transferência e posicionamentos	
7. Nutrição e hidratação (Sonda nasogástrica, problemas de deglutição, dietas, etc)	
8. Problemas relacionados com o sono	
9. Prevenção de riscos e acidentes, quedas	
10. Sexualidade	
11. Animação e Lazer	
12. Morte e luto (cuidados em fase terminal, cuidados ao corpo, etc)	
13. Gestão de emoções e conflitos	
14. Saúde mental (Demências, depressão, etc)	

Gostaria de frequentar outras ações de formação?	Sim		Não	
Comentários/Sugestões				

Obrigada pela sua participação!

**Apêndice XI – Questionário de Avaliação de Conhecimentos após Sessão de Formação**

## Questionário de Avaliação de Conhecimentos após Sessão de Formação



DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023

### Ficha Sumativa de conhecimentos aos Cuidadores Formais das Equipas de Serviço de Apoio Domiciliário

Caro(a) Senhor(a),

Com o preenchimento desta ficha de avaliação sumativa, pretende-se realizar a avaliação do projeto de capacitação dos Cuidadores Formais das equipas de SAD do concelho de Évora. Desta forma, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento da mesma.

É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião de forma clara e legível.

As respostas são totalmente **anónimas** e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua **confidencialidade**, sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

Carla Natália R. do Carmo

**I PARTE – PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO**

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

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

2

Nº	AFIRMAÇÕES	V	F
19	Deve colocar-se o doente no leito em posições "naturais" (respeitando o alinhamento corporal).		
20	Nas pessoas que conseguem exprimir dor ou desconforto é mais fácil prevenir as Úlceras por Pressão.		
21	Uma pessoa que não reage a estímulos dolorosos tem menor risco de desenvolver uma Úlcera por Pressão.		
22	Em pessoas com perda de autonomia, a humidade da pele e o calor são fatores que contribuem para o aparecimento de Úlceras por Pressão.		
23	Após eliminação (fezes e urina) a higiene imediata e a colocação de uma fralda limpa, contribui para evitar as Úlceras por Pressão		
24	É pouco importante manter a pele limpa e seca para prevenir as Úlceras por Pressão.		
25	Deve ser evitado o contacto da pele com superfícies plastificadas colocadas na cama.		
26	Devem ser usados produtos para incontinência com elevada capacidade de absorção em indivíduos com incontinência urinária (com úlceras ou em risco de as desenvolver).		
27	Numa pessoa dependente, que não se consegue mobilizar na cama, é importante registar as alternâncias de posicionamentos, realizadas pelos cuidadores.		
28	Para posicionar uma pessoa no leito devem ser usadas almofadas.		
29	Numa posição sentada, é mais provável que as Úlceras por Pressão apareçam na área pélvica, cotovelos e calcanhares.		
30	Quando há risco de aparecimento de uma Úlcera por Pressão é importante que se reposicione a pessoa no leito a cada 4 horas.		
31	É aconselhado o uso de almofadas ou cunhas de espuma para evitar o contato das superfícies ósseas na prevenção das Úlceras por Pressão.		
32	Num doente que fica deitado no leito, a elevação dos calcanhares é importante para reduzir o risco de Úlceras por Pressão.		
33	Numa pessoa sem capacidade para se mobilizar não se deve inspecionar a pele diariamente.		
34	Usar um creme hidratante na pele ajuda a prevenir as Úlceras por Pressão.		
35	Para prevenir as Úlceras por Pressão a água do banho deve ser bem quente e deve-se friccionar bastante nas proeminências ósseas.		
36	É importante saber que se deve evitar a fricção vigorosa na pele em risco de úlceras por pressão.		

O preenchimento da ficha terminou.

**Apêndice XII – Certificado de Participação na Sessão de Formação**

## Certificado de Participação na Sessão de Formação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



**CERTIFICADO DE PRESENÇA**

Certifica-se que \_\_\_\_\_ esteve presente na sessão de formação/workshop com o tema “ **Prevenção das Úlceras por Pressão em Contexto Domiciliário, na Pessoa com Dependência**”, no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária do VI Mestrado em Enfermagem no ramo de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal – Estágio Final, desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade. A formação realizada teve a duração de \_\_\_\_\_ horas, nas datas \_\_\_\_\_.

Coruche, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Carla do Carmo  
(Mestranda)

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Especialista Carla Sousa  
(Supervisora Clínica do Estágio)

\_\_\_\_\_  
Professora Isaura Serra  
(Professora Orientadora do Mestrado)

### TEMÁTICAS ABORDADAS NA FORMAÇÃO:

- Definição de UPP;
- Epidemiologia/etiologia das UPP;
- Fatores de risco;
- Localização e Classificação das UPP;
- Complicações das UPP;
- Prognóstico das UPP;
- Tratamento das UPP;
- Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP;
- Prevenção de UPP;
- Posicionamentos e transferências.

**Apêndice XIII – Poster Digital apresentado em Evento Científico**



## **Apêndice XIV – Cronograma**

## Cronograma

Fases Planeamento	Duração																			
	setembro 2022		outubro 2022				novembro 2022				dezembro 2022				janeiro 2023					
	19-25	26-30	01-09	10-16	17-23	24-31	01-06	07-13	14-20	21-27	28-30	02-07	09-14	16-21	23-28	01-07	08-14	15-21	22-27	
Pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT																				
Diagnóstico de Situação																				
Aplicação de Pré-Teste e Questionários																				
Identificação de Problemas																				
Determinação de Prioridades																				
Fixação de Objetivos																				
Seleção de Estratégias																				
Preparação Operacional																				
Sessões de formação contínua																				
Execução																				
Avaliação																				
Divulgação de Resultados																				

**Apêndice XV – Documento de Registo de Presenças**



**Apêndice XVI – Grelha de Observação**

## Grelha de Observação



### Grelha de observação dos formandos

#### A) Observação das técnicas de posicionamentos:

	1	2	3
1. Posicionamento de pessoa com dependência em decúbito Dorsal			
2. Posicionamento de pessoa com dependência em decúbito Lateral			
3. Corrigir posicionamento no cadeirão (1 CF)			
4. Corrigir posicionamento no cadeirão (2 CF)			
5. Corrigir posicionamento na cadeira de rodas (1 CF)			

#### B) Observação das técnicas de transferência:

	1	2	3
1. Transferência de pessoa dependente – mover a pessoa no leito (1 CF)			
2. Transferência de pessoa dependente – mover a pessoa no leito (2 CF)			
3. Transferência de pessoa dependente – da cama para a cadeira (1 CF)			
4. Transferência de pessoa dependente – mover a pessoa no leito (2 CF)			

- 1 – Não conseguiu realizar  
2 – Conseguiu realizar de forma incorreta  
3 – Conseguiu realizar de forma correta

**Apêndice XVII – Plano de Sessão do *Workshop***

### Plano de Sessão do Workshop

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Plano de sessão Workshop

Identificação do Workshop	
Sessão:	Prevenção de Úlceras por Pressão - Prática <span style="float: right;">Nº da sessão: 1</span>
Duração:	4 horas <span style="float: right;">Local de Realização:</span>
Data da realização:	23 janeiro 2023 <span style="float: right;">Centro Social Paroquial</span>
Modalidade:	Formação contínua <span style="float: right;">Forma de Organização: Presencial - Prática</span>
Público-alvo:	Cuidadores Formais das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário <span style="float: right;">Nº de formandos: 2</span>
Formador:	Carla do Carmo
Objetivo Geral	Capacitar os Cuidadores Formais, das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário, para a prevenção de Úlceras por Pressão, nas pessoas com dependência.
Objetivos específicos	- Instruir e treinar para a execução de técnicas de posicionamentos e transferência, em pessoas dependentes.

Etapas da sessão	Conteúdos	Equipamento e Recursos didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora; Apresentação de objetivos, conteúdos e avaliação.					
Desenvolvimento	Avaliados em cada Utente visitado:  1. Fatores de risco; 2. Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP; 3. Prevenção de UPP; 4. Posicionamentos e transferências.	Viatura própria;  Viatura da Instituição;  Materiais e equipamentos para higiene pessoal e transferências dos utentes.	Interrogativa  Demonstrativa  Ativa	Deslocação ao domicílio de utentes da SAD Colocação de questões e debate;  Demonstração de técnicas;  Exercícios de aplicação individual de técnicas de posicionamentos e transferências de pessoas com dependência.	Colocação de questões.  Preenchimento da grelha de observação.  Preenchimento de formulário no <i>Google Forms</i>	4 horas
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas; Avaliação de conhecimentos adquiridos; Avaliação das práticas desenvolvidas. Avaliação do workshop.					

Recurso a plataformas colaborativas

**Apêndice XVIII – Formulário *Google* aplicado na Avaliação do *Workshop***

## Formulário Google aplicado na Avaliação do Workshop

### Avaliação do Workshop

A sua opinião sobre o workshop é muito importante. A informação disponibilizada será utilizada para melhorar os workshops e adaptá-los melhor às necessidades futuras. Solicitamos que responda a cada questão de acordo com a escala apresentada.

carla.carmo55@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não partilhado

\* Indica uma pergunta obrigatória

De que forma as técnicas abordadas no domicílio dos utentes têm aplicabilidade na sua área profissional:

- Excelente
- Bom
- Regular
- Pouco Adequado
- Ruim

O número de horas de acompanhamento de Enfermagem na prestação de cuidados ao utente dependente ( 4 horas), foi:

- Excelente
- Bom
- Adequado
- Pouco Satisfatório
- Ruim

Como classifica o workshop desenvolvido?

- Excelente
- Bom
- Adequado
- Pouco Satisfatório
- Ruim

Como considera a possibilidade de serem realizadas outras atividades desta natureza? \*

- Excelente
- Bom
- Adequado
- Pouco Satisfatório
- Ruim

Seguinte

Página 1 de 2

Limpar formulário

## Avaliação do Workshop

carla.carmo55@gmail.com [Mudar de conta](#)



Não partilhado

Agradecemos o seu tempo e disponibilidade para colaborar nesta avaliação.

Anterior

Enviar

Página 2 de 2

Limpar  
formulário

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

**Apêndice XIX – Resultados da avaliação do grau de satisfação dos participantes no programa formativo (sessões de formação e *workshops*)**

### Resultados da avaliação do grau de satisfação dos participantes no programa formativo (sessões de formação e *workshops*)

Relativamente à avaliação dos conteúdos abordados, quadro 1, os CF, de uma forma geral, consideraram que a pertinência dos mesmos foi elevada. Ficaram muito satisfeitos com a forma como os mesmos foram expostos e valorizam muito a utilidade desses conteúdos. Consideram ainda que os conteúdos terão grande impacto no seu desempenho profissional.

A) AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS	1	2	3	4	5
1. Como considera a pertinência e interesse dos conteúdos da formação	0	0	2	5	27
2. Como considera a forma como os conteúdos foram expostos	0	0	2	6	26
3. Como considera a utilidade dos conteúdos desta formação no exercício das suas funções	0	0	1	7	26
4. Como considera o impacto dos conteúdos desta formação no seu desempenho profissional	0	0	1	5	28

*Quadro 1: Avaliação dos conteúdos pelos CF em formação.*

*Fonte: Elaboração Própria.*

No quadro 2, resume-se a avaliação em relação ao próprio grupo, consideraram-se como muito empenhados e motivados, com muito bom relacionamento entre participantes.

B) AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS:	1	2	3	4	5
1. Como avalia o empenho e motivação dos formandos (grupo)	0	0	1	8	25
2. Como avalia o relacionamento entre participantes	0	0	1	11	22
3. Como avalia a assiduidade, pontualidade dos formandos	0	1	2	8	23

*Quadro 2: Avaliação dos CF quanto ao grupo de formandos.*

*Fonte: Elaboração Própria*

No que concerne à avaliação do formador, quadro 3, consideraram valorosa a qualidade no acolhimento ao grupo, que o formador dominou os temas abordados, interveio com bastante clareza, promoveu bastante o debate e discussão entre o grupo de formandos, alcançou elevado grau de sucesso em motivar o grupo para a aprendizagem dos conteúdos e manteve um excelente ambiente relacional.

C) AVALIAÇÃO DO FORMADOR:	1	2	3	4	5
---------------------------	---	---	---	---	---

1. Como considera a qualidade do acolhimento ao grupo	0	0	0	5	29
2. Como considera o domínio dos temas	0	0	0	7	27
3. Como considera a clareza nas intervenções	0	0	0	7	27
4. Como considera a promoção e estímulo do debate e discussão com e entre os formandos	0	0	0	10	24
5. Como avalia o grau de sucesso do formador em motivar os formandos para os conteúdos apresentados	0	0	1	5	28
6. Como considera o ambiente relacional entre formador e formandos	0	0	0	6	28

**Quadro 3:** Avaliação dos CF quanto ao grupo de formandos.

*Fonte:* Elaboração Própria.

No quadro 4, pode ser constatada a avaliação em relação a outros aspetos significativos. Digno de maior registo refere alguma insatisfação relativamente à duração da formação e à adequação do horário escolhido pelas instituições para o desenvolvimento das sessões. O horário foi agendado em conformidade com o solicitado pelas direções técnicas, sendo que em duas das instituições a formação foi desenvolvida em horário pós-laboral (das 17h às 20h) e nas restantes em horário laboral (das 14h às 17h).

<b>D) AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO:</b>	1	2	3	4	5
1. Como considera a divulgação da Formação	0	0	3	7	24
2. Qual o grau de cumprimento dos objetivos da Formação	0	0	3	6	25
3. Como considera a duração da Formação	0	2	5	9	18
4. Como considera a adequação do horário da Formação	0	3	9	12	10
5. Como considera os materiais e equipamentos usados	0	0	3	9	22
6. Como considera as instalações em termos de adequação para a realização da formação	0	0	2	11	21
7. Como considera a aplicabilidade prática dos conteúdos	0	0	2	7	25
8. Como considera a adequação dos conhecimentos adquiridos	0	0	2	6	26
9. Como considera a qualidade dos recursos utilizados nas sessões	0	0	3	9	22
10. Como considera o material didático disponibilizado	0	0	3	11	20
11. Qual o seu grau da sua satisfação em relação às expectativas iniciais (grau de satisfação)	0	0	3	4	27

**Quadro 4:** Avaliação dos CF quanto a aspetos gerais da formação.

*Fonte:* Elaboração Própria

Quanto ao valor da formação, quadro 5, foi atribuído pelo grupo elevado valor, uma vez que 29 dos participantes consideraram a formação “Muito Boa”.

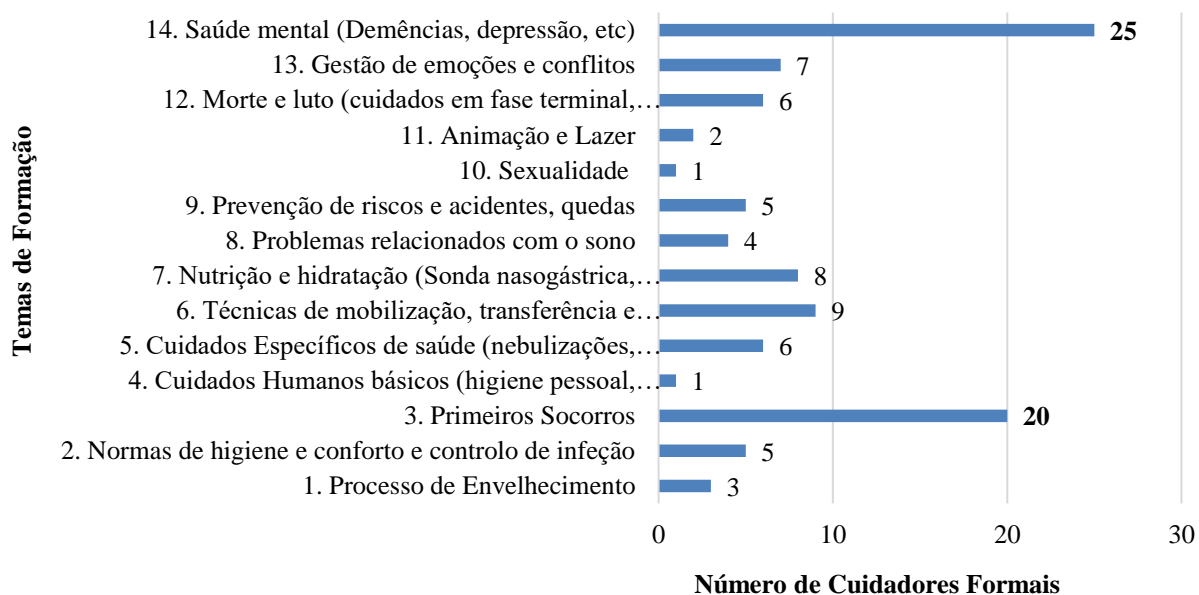
<b>E) VALOR DA FORMAÇÃO:</b>	1	2	3	4	5
------------------------------	---	---	---	---	---

No conjunto, para si, a formação teve um valor de	0	0	2	3	29
---	---	---	---	---	----

**Quadro 5:** Avaliação dos CF quanto ao valor da formação desenvolvida.

**Fonte:** Elaboração Própria.

Questionando que outras temáticas o grupo ainda sente necessidade de ver abordadas em formação contínua, surge o gráfico 1.



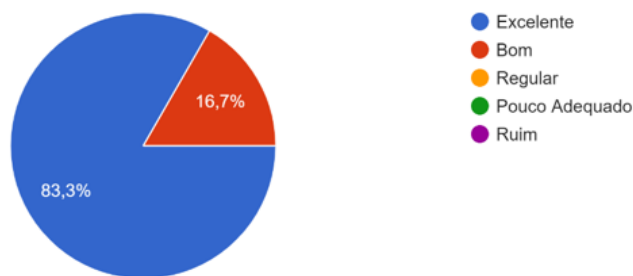
**Gráfico 1:** Avaliação dos CF quanto ao grupo de formandos.

**Fonte:** Fonte: Elaboração Própria.

Os temas 14 (Saúde Mental) e 3 (Primeiros Socorros), foram efetivamente, os mais solicitados. À imagem daquilo que já tinha ficado evidente no diagnóstico de situação de saúde, a abordagem da temática da Saúde Mental do Idoso continua a ser uma necessidade deste grupo. A confirmação desta necessidade deixa uma porta aberta para a intervenção da UCC junto comunidade de CF.

A avaliação do grau de satisfação quanto à atividade desenvolvida em formato de *workshop*, foi realizada através de quatro questões de tipo *Likert* enviadas por meio digital, com recurso a Formulários *Google*, aos 12 CF abrangidos pela atividade. As opções de resposta para cada questão consistiram em “*Excelente, Bom, Regular; Pouco Adequado e Ruim*”.

Deixamos os resultados dessa avaliação de satisfação, na forma de gráficos circulares, obtidos por recurso à mesma plataforma digital. O gráfico 2, refere-se à questão “De que forma as técnicas abordadas no domicílio dos utentes têm aplicabilidade na sua área profissional:”

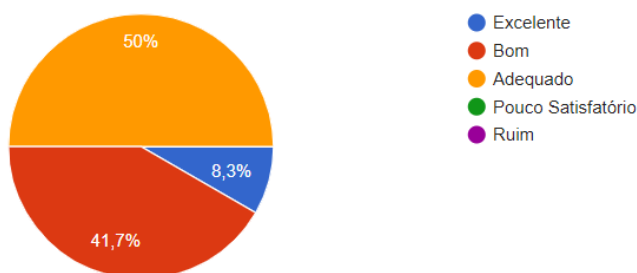


**Gráfico 2:** Distribuição de respostas quanto à aplicabilidade das técnicas na área profissional.

**Fonte:** Recurso a Formulários Google.

O maior número de respostas, 83,3%, revelam que as técnicas treinadas durante o *workshop* foram adequadamente relacionadas com a prática laboral dos CF. As técnicas abordadas respeitaram a posicionamentos de utentes dependentes no leito ou em cadeirão e transferências da cama para o cadeirão, com auxílio de 1 CF ou 2 CF.

Quanto à segunda questão, “O número de horas de acompanhamento de Enfermagem na prestação de cuidados ao utente dependente (4 horas), foi:”, obtemos as respostas representadas no gráfico 3.



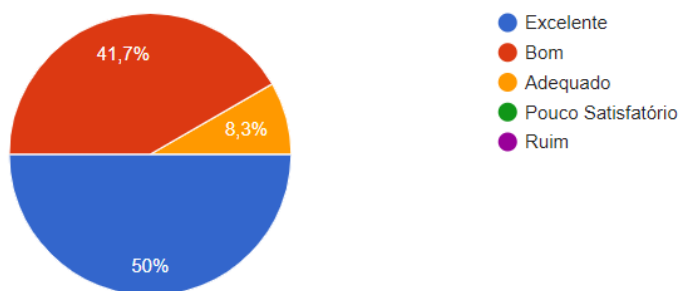
**Gráfico 3:** Distribuição de respostas quanto satisfação com o tempo de duração do workshop.

**Fonte:** Recurso a Formulários Google.

Percebemos, pela distribuição das respostas, que a satisfação com a duração do workshop (4 horas) não mereceu a melhor pontuação, sendo que 50% dos CF apenas considerou adequado e os restantes posicionaram as suas opiniões em bom (41,7%) e apenas 8,3% consideraram excelente.

Percebemos aqui que o tempo despendido para o acompanhamento dos CF na prestação efetiva de cuidados poderia ter sido diferente, talvez mais longo.

Quando questionámos “Como classifica o *workshop* desenvolvido?”, obtivemos as seguintes respostas, gráfico 4.

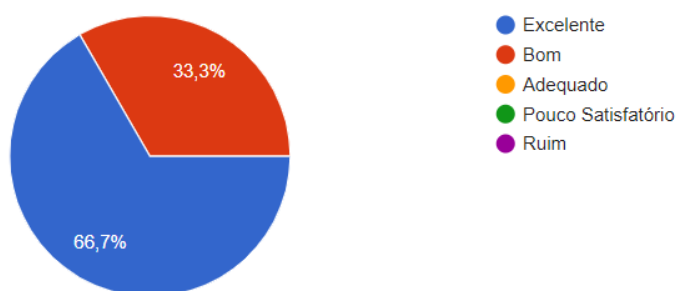


**Gráfico 4:** Distribuição de respostas quanto à classificação do workshop.

**Fonte:** Recurso a Formulários Google.

Perante este resultado concluímos que o desenvolvimento desta atividade foi do agrado do grupo, pois cerca de 90% das respostas situaram-se entre o “Excelente” e “Bom”.

Perante a possibilidade de desenvolvimento de novas atividades desta índole, as respostas dos CF mostram-se favoráveis, gráfico 5.



**Gráfico 5:** Distribuição de respostas em relação ao desenvolvimento de novos workshops.

**Fonte:** Recurso a Formulários Google.

Efetivamente 66,7% consideram que seria uma oportunidade “Excelente” o desenvolvimento de atividades formativas neste formato, o que nos permite depreender que esta população alvo valoriza o treino prático como meio de aprendizagem.

A adesão e participação dos CF pode ser preditivo de mudanças de comportamento e atitudes, permitindo um acréscimo valioso de conhecimentos, que certamente contribuirão para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com dependência. O interesse demonstrado pelo grupo aponta para que, a longo prazo, este projeto seja recordado e que o interesse em obter mais e melhores conhecimentos se manterá com o mesmo afinco.

## **ANEXOS**

**Anexo I - Escala de *Braden***

### Escala de Braden

#### ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Nome do avaliador: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

<p><b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
<p><b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
<p><b>Actividade</b> Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>				
<p><b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
<p><b>Nutrição</b> Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Move-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>					<b>Pontuação total</b>			

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1968

**Anexo II - Instrumento de Avaliação da Pele**

### Instrumento de Avaliação da Pele

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE**

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_ Serviço \_\_\_\_\_

Data da observação \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local avaliado	Tamanho	Condição da pele Profundidade	Estádio
1. Face posterior da cabeça	_____	_____	_____
2. Orelha direita	_____	_____	_____
3. Orelha esquerda	_____	_____	_____
4. Ombro direito	_____	_____	_____
5. Ombro esquerdo	_____	_____	_____
6. Cotovelo direito	_____	_____	_____
7. Cotovelo esquerdo	_____	_____	_____
8. Vértebras (superior médio)	_____	_____	_____
9. Sacro	_____	_____	_____
10. Cóccis	_____	_____	_____
11. Crista ilíaca direita	_____	_____	_____
12. Crista ilíaca esquerda	_____	_____	_____
13. Trocanter direito (anca)	_____	_____	_____
14. Trocanter esquerdo (anca)	_____	_____	_____
15. Tuberosidade isquiática direita	_____	_____	_____
16. Tuberosidade isquiática esquerda	_____	_____	_____
17. Coxa direita	_____	_____	_____
18. Coxa esquerda	_____	_____	_____
19. Joelho direito	_____	_____	_____
20. Joelho esquerdo	_____	_____	_____
21. Perna direita	_____	_____	_____
22. Perna esquerda	_____	_____	_____
23. Tornozelo direito	_____	_____	_____
24. Tornozelo esquerdo	_____	_____	_____
25. Calcânhar direito	_____	_____	_____
26. Calcânhar esquerdo	_____	_____	_____
27. Dedos do pé direito	_____	_____	_____
28. Dedos do pé esquerdo	_____	_____	_____
29. Outro (especificar)	_____	_____	_____

Anterior

Posterior

**Grau I** – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

**Grau II** – Perda parcial da espessura da pele que pode afectar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspecto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

**Grau III** – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afectar a camada subadjacente.

**Grau IV** – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte ( tendões, cápsula articular, etc. ). Estas lesões podem apresentar trajectos sinuosos e socavados.

**Anexo III - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT Parecer  
7600/CES/2022**

## Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT Parecer 7600/CES/2022



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Exmo. Senhor  
Dr.ª Carla Carmo  
[carla.carmo55@gmail.com](mailto:carla.carmo55@gmail.com)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		7600/CES/2022	

**Assunto: Prevenção de Úlceras por Pressão em contexto Domiciliário: Importância da Capacitação de Cuidadores Formais.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 16.12.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo, com recomendação.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.


Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo  
**LUIS PISCO**  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
[geral@arslvt.min-saude.pt](mailto:geral@arslvt.min-saude.pt) | [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

**Anexo IV - Autorização da Enfermeira Coordenadora da UCC**

## Autorização da Enfermeira Coordenadora da UCC

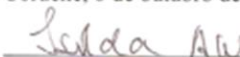


**DECLARAÇÃO**

Isilda Cordeiro, coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade Ponte para a Saúde – Coruche, declara que esta Unidade Funcional tem condições logísticas e humanas para a realização do projeto de investigação de intervenção comunitária com o título “ Prevenção de Úlceras por Pressão: Importância da capacitação de Cuidadores Formais”, a ser desenvolvido pela Enfermeira Carla Natália Rodrigues do Carmo, que decorrerá inserido no estágio do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e Especialização em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública, a decorrer entre 19 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023.

Emitimos a presente declaração, que será assinada

Coruche, 6 de outubro de 2022

  
(Isilda Cordeiro)

