

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Diana Inês Santos Monteiro

Relatório de Estágio orientado pelo Professor Doutor Tiago Nascimento

Leiria, 27 de março de 2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

Cuidados de Enfermagem à Família com Ferida Crónica em contexto de USF/UCSP

Diana Inês Santos Monteiro, nº 5220063

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio de natureza profissional em Enfermagem de cuidados à Família em contexto de USF e UCSP apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação do Prof. Dr. Tiago Nascimento.

Leiria, 27 de março de 2024

AGRADECIMENTOS

Com a aproximação do término desta jornada, não posso deixar de prestar os meus mais sinceros agradecimentos a quem esteve presente e disponível nesta fase tão trabalhosa e intensa da minha vida.

Ao meu namorado Wilson por caminhar ao meu lado durante esta jornada, sempre presente e com palavras de apoio e motivação; aos meus pais e irmão pela presença em todos os momentos com palavras de carinho, amor e por acreditarem em mim em qualquer circunstância; à minha restante família e amigos e não menos importante, às minhas três colegas de turma, Rute, Inês e Margarida, por termos caminhado juntas nesta aventura com constante apoio mútuo e por serem agora amigas que levo para a vida.

À Prof.^a Dr.^a Célia Jordão, à Sr.^a Enf.^a Alda Pereira e à Sr.^a Enf.^a Sara Dias pelos seus ensinamentos, confiança e dedicação ao meu percurso.

Ao Prof. Dr. João Frade por estar sempre presente e disponível para os estudantes.

Um especial agradecimento ao Prof. Dr. Tiago Nascimento por me acompanhar, pela partilha de conhecimentos, pela preocupação e apoio constantes e por acreditar na minha capacidade de ir sempre mais longe.

Aos restantes professores e colegas pelos ensinamentos, que me permitiram obter um grande leque de conhecimentos e uma visão diferente do que é a Enfermagem.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio foi realizado para obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária, ramo de Enfermagem de Saúde Familiar, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. É um relatório crítico-reflexivo que apresenta o que foi desenvolvido em contexto de estágio em duas unidades de saúde, nomeadamente uma Unidade de Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, de setembro de 2023 a janeiro de 2024.

O terceiro estágio apresentou objetivos específicos sempre numa ótica de desenvolvimento das competências especializadas desta área da Enfermagem, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros. Cada unidade de saúde apresenta características próprias, permitindo uma prestação de cuidados aos utentes e famílias das suas comunidades, pelo que é representada uma breve caracterização das unidades em termos de espaço físico, recursos humanos e serviços à comunidade. São apresentados os problemas de saúde de cada unidade, bem como alguns indicadores, que permitem analisar os resultados em saúde obtidos com o trabalho realizado. As consultas de Enfermagem abrangem a população ao longo do ciclo vital, sendo realizadas de forma autónoma, mas mantendo presente a existência e importância da equipa multidisciplinar.

A Enfermagem Especializada apresenta um conjunto de conceitos todos ligados entre si, criando uma definição do que são os cuidados prestados à família, sendo este o foco principal. Os modelos teóricos e instrumentos de avaliação e intervenção familiar constituem-se como pontos focais para realizar um plano de cuidados de acordo com o que são as necessidades da família. São apresentados vários conceitos nomeadamente: Enfermagem de Família, Enfermeiro Especialista, Modelo Teórico de *Afaf Meleis*, entre outros. O futuro Enfermeiro Especialista deve desenvolver um conjunto de competências para poder prestar cuidados especializados, nomeadamente competências comuns a todos os Enfermeiros Especialistas e competências específicas de cada área de especialidade. São apresentadas neste relatório e encontra-se espelhado de que forma foram desenvolvidas durante os estágios, sendo a família a nossa unidade de cuidados, focando a prevenção da doença e a promoção da saúde.

É apresentado um estudo de investigação, nomeadamente uma Revisão *Scoping*, com base na metodologia do *Joanna Briggs Institute* com o título: “A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar no cuidado à ferida crónica em contexto de Cuidados de Saúde Primários - Revisão *Scoping*”. É representado primeiramente o Protocolo deste estudo e posteriormente o estudo propriamente dito em forma de artigo. Foi realizada uma pesquisa em bases de dados a partir da plataforma EBSCO, obtendo um conjunto de artigos relativamente ao tema em estudo. Após a sua análise foi possível compreender que a

ferida crónica apresenta atualmente uma elevada prevalência a nível mundial e que influencia o indivíduo e a família, em diversos níveis. Foi possível comprovar que uma prática baseada em evidência científica por parte da classe de Enfermagem é a chave para obter melhores resultados em saúde, diminuindo também o que são os custos do tratamento de feridas.

É apresentada uma conclusão do relatório, explicando de forma breve de que maneira as experiências vivenciadas se constituíram como mais valias para a minha formação, apesar das limitações e dificuldades que senti durante o percurso. Toda a componente teórica e prática deste Mestrado foi essencial para o desenvolvimento de competências e para um crescimento pessoal e profissional.

ABSTRACT

The present internship report was written to obtain the Master's Degree in Community Health Nursing, in Family Nursing area, by the Superior Health School of the Polytechnic Institute of Leiria. This is a critical-reflexive report that presents the developments in internship context in two health units, a Family Health Unit and a Personalized Care Unit, from September 2023 to January 2024.

The third internship presented specific goals, always keeping a focus on the specialized competences development, in this nursing area, established by the Order of Nurses. Each unit presents main characteristics, that allow a provision of care to people and families of their communities, and it's presented a brief characterization of the units about their physical space, human resources and community services. The health problems of each unit are presented, such as some indicators that allow us to analyze the health results obtained by the work carried out. The Nursing appointments cover the population throughout the life cycle and are carried out autonomously, keeping present the existence and importance of the multidisciplinary team.

Specialized Nursing presents a set of concepts connected between themselves, creating a definition of care provided to families, which is the main focus. The theoretical models and evaluation and family intervention instruments constitute focal points to create a care plan according to the family needs. Various concepts are presented, like: Family Nursing, Specialized Nursing, Afaf Meleis Theoretical Model, and other. The future Specialized Nurse must develop a set of competencies, such as the common ones to all Specialized Nurses and the specific competencies to each area of specialty. These are presented in this report and it's clear how they were developed during the internships, with the family being the unit of care, focusing on disease prevention and health promotion.

It's presented an investigation study, a Scoping Review, based on the Joanna Briggs Institute methodology with the title: "The role of the Community and Family Health Nurse in chronic wound care in the context of Primary Health Care - Scoping Review". First, I present the protocol of this study and after, I present the study, in article form. A research in data bases was conducted from the EBSCO platform, obtaining a set of articles about the theme in study. After the analysis it was possible to understand that chronic wound as a high prevalence worldwide and that as influence in people and families, on multiple aspects. It was possible to prove that an evidence based practice by Nursing class is the key to obtain better health results, decreasing the costs of the wound treatment.

A conclusion of the report is presented, explaining briefly in what ways the experiences that I went through were important to my education, despite the limitations and difficulties felt during

the process. All theoretical and practical component of this Master's Degree was essential to competence development and to personally and professionally growth.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS PL – Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ARSC – Administração Regional de Saúde Centro

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

Dr. – Doutor

Dr.^a – Doutora

EEESF – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar

Enf.^a – Enfermeira

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

EUA – Estados Unidos da América

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – Conselho Internacional de Enfermagem

ICPC – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

IMC – Índice de Massa Corporal

INR – Tempo de Protrombina

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro

MCAF – Modelo de *Calgary* de Avaliação da Família

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

Prof. – Professor

Prof.^a – Professora

RL – Região de Leiria

RS – Revisão *Scoping*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sr.^a – Senhora

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULS RL – Unidade Local de Saúde Região de Leiria

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	15
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA USF FONTE DO REI.....	15
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UCSP CAMPOS DO LIS.....	19
1.3. CONSULTAS DE ENFERMAGEM.....	20
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – UMA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA.....	29
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	34
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS.....	34
3.1.1. <i>Responsabilidade profissional, ética e legal</i>	34
3.1.2. <i>Melhoria contínua da qualidade</i>	35
3.1.3. <i>Gestão dos cuidados</i>	37
3.1.4. <i>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</i>	37
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	38
3.2.1. <i>Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção</i>	38
3.2.2. <i>Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar</i>	46
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA – REVISÃO SCOPING.....	50
4.1. PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING.....	50
4.1.1. <i>Resumo</i>	50
4.1.2. <i>Introdução</i>	51
4.1.3. <i>Método de revisão e critérios de elegibilidade</i>	54
4.1.4. <i>Estratégia de pesquisa</i>	54
4.1.5. <i>Seleção dos estudos</i>	55
4.1.6. <i>Extração dos dados</i>	55
4.2. ARTIGO DE REVISÃO SCOPING.....	56
4.2.1. <i>Resumo</i>	56
4.2.2. <i>Análise de Resultados</i>	56
4.2.3. <i>Discussão de Resultados</i>	58
4.2.4. <i>Considerações finais</i>	67
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	

Anexo I – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Fonte do Rei

Anexo II – Pirâmide Etária do Ficheiro da Sr.^a Enf.^a Orientadora (USF)

Anexo III – Lista de Indicadores da USF Fonte do Rei

Anexo IV – Lista de Indicadores do Ficheiro da Sr.^a Enf.^a Orientadora (USF)

Anexo V – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Campos do Lis

Anexo VI – Gráficos de Prevalência de Problemas em Portugal (DGS)

Anexo VII – Lista de Indicadores da UCSP Campos do Lis

Anexo VIII – Lista de Indicadores do Ficheiro da Sr.^a Enf.^a Orientadora (UCSP)

APÊNDICES

Apêndice I – Folheto “Postura Correta”

Apêndice II – Modelo de *Calgary* de Avaliação da Família N

Apêndice III – Manual de Procedimentos: Consulta de tratamento de feridas USF

Apêndice IV – Estudo de Caso – A Ferida Crónica na Família L

Apêndice V – Escalas de Parentalidade – Pais de primeira viagem

Apêndice VI – Diagrama de PRISMA

Apêndice VII – Caracterização das publicações segundo título, ano de publicação, país de origem e bases de dados (n=24)

Apêndice VIII – Principais temáticas apresentadas nos respetivos estudos, incluídos na revisão (n=24)

Apêndice IX – Relação da informação encontrada com as questões de investigação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Problemas dos utentes da USF Fonte do Rei.....	17
Tabela 2 - Problemas dos utentes da UCSP Campos do Lis – Polo Amor.....	20
Tabela 3 – Estratégia de pesquisa realizada em outubro de 2023.....	54
Tabela 4 – Instrumento de extração de dados (PCC).....	55
Tabela 5 – Principais implicações e desafios para a prática especializada.....	66

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), foram realizados três estágios, sendo que os dois primeiros estágios tiveram lugar na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fonte do Rei e parte do terceiro estágio foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Campos do Lis. Na USF fui orientada pela Senhora (Sr.^a) Enfermeira (Enf.^a) Especialista Alda Pereira e na UCSP pela Sr.^a Enf.^a Especialista Sara Dias. A nível académico, o primeiro e segundo estágios foram orientados pela Professora (Prof.^a) Doutora (Dr.^a) Célia Jordão e o terceiro estágio pelo Professor (Prof.) Doutor (Dr.) Tiago Nascimento.

Cada um dos estágios apresentou um conjunto de objetivos e competências a atingir, sendo o primeiro focado principalmente na observação e compreensão da dinâmica da USF, espaço físico, equipamentos disponíveis, recursos humanos e consulta de Enfermagem, caracterização do ficheiro da Enf.^a orientadora, entre outros aspetos que serviram de base à prestação de cuidados na USF (ESSLei, 2023a). O segundo estágio focou principalmente aspetos como as competências específicas do Enfermeiro Especialista nesta área, a avaliação das famílias, já com uma visão mais aprofundada e a aplicação do Modelo de *Calgary* de Avaliação da Família (MCAF) (ESSLei, 2023b).

O estágio III apresenta como objetivos gerais: desenvolver competências de Enfermagem Especializada nos domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista; desenvolver competências específicas de Enfermagem Especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade. Os objetivos específicos são: executar processos de cuidados de Enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de Enfermagem de saúde familiar; utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de Prática Baseada na Evidência (PBE); analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva; refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas. Os objetivos transversais são os seguintes: desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos; desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos (ESSLei, 2023c).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são “(...) o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade (...)” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2020, p.1) e permitem que as famílias usufruam de acesso a cuidados de saúde ao longo de todo o ciclo vital, tendo como base as suas necessidades imediatas numa perspetiva de prevenção de complicações no

futuro. Neste âmbito, os cuidados são prestados por uma equipa multiprofissional, na qual estão incluídos Enfermeiros, nomeadamente Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), que têm como base da sua prática clínica um conjunto de competências específicas.

O Enfermeiro Especialista, de acordo com a OE (2018, p.19355), "(...) "cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção" e "lidera e colabora em processos de intervenção". Estas são as competências especializadas, aprovadas pela OE, e permitem que exista um enquadramento dos cuidados de Enfermagem específicos desta área de atuação (OE, 2018). O foco dos cuidados é a família e ambas as unidades de saúde constituem-se como locais privilegiados para a prestação de cuidados de forma humanizada, de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) descrito pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2023b/2023c).

Sendo a família a nossa unidade e alvo de cuidados, podemos defini-la como "(...) um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus elementos e entre estes e o ambiente, confere-lhe unicidade num contexto de diversidade" (Figueiredo, 2020, p.70). Considerando este sistema complexo e único, é autodeterminado e caracterizado por vínculos afetivos, integrando dimensões que levam a que tenha uma identidade própria, uma evolução e um contexto. É um grupo que evolui e que, ao longo do ciclo vital, passa por um infinito conjunto de transições normativas e acidentais, sendo estas inevitáveis (Figueiredo, 2020). No acompanhamento das famílias por todas estas transições, está o Enfermeiro de Família, que desenvolve processos de cuidados de forma colaborativa com a família, num contexto em que seja possível a mudança do sistema familiar com respeito e tendo em conta as potencialidades desse mesmo sistema (Figueiredo, 2020).

Este relatório final encontra-se dividido em cinco partes: primeiramente irei apresentar uma contextualização com a caracterização da USF Fonte do Rei e da UCSP Campos do Lis relativamente a localização, recursos, utentes, bem como as consultas de Enfermagem que são realizadas; numa segunda parte irei apresentar a fundamentação teórica do meu relatório, abrangendo conceitos como a Enfermagem de Família, Enfermagem Avançada e Especializada e modelos teóricos que considerarei relevantes para suportar a minha prática; na terceira parte, explorarei as competências do Enfermeiro Especialista, de acordo com o descrito na OE, e a forma como as fui conseguindo atingir ao longo dos três estágios, focando as unidades de competência e apresentando alguns exemplos; na quarta parte apresentarei o meu estudo de investigação que consiste numa Revisão *Scoping* (RS) composta pelo

Protocolo do estudo e pelo estudo em si, em forma de artigo; por fim exibirei uma conclusão do trabalho, expondo as minhas dificuldades, mais valias e aprendizagens de todo este percurso, salientando a importância do mesmo para o meu futuro enquanto pessoa e Enfermeira.

Este relatório final foi elaborado com base nos dois anteriores relatórios, correspondentes aos estágios I e II, e com base nas competências adquiridas também no terceiro estágio. Este relatório seguiu as orientações escritas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL) constantes no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (ESSLei, 2018) e a referência pela Norma APA (6ª edição).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

No período em que este trabalho foi desenvolvido, o modelo organizativo sustentava-se no Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACeS PL), que fazia parte da Administração Regional de Saúde Centro (ARSC) que, de acordo com o BI-CSP apresentado pelo SNS, abrangia os concelhos de Pombal, Marinha Grande, Leiria, Batalha e Porto de Mós e incluía seis Centros de Saúde, cada um com várias unidades (ARSC, 2019). O ACeS PL apresentava como objetivo a prestação de cuidados de saúde à população que se encontrava inserida na sua área geográfica (SNS, 2023a).

O Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio é um dos Centros de Saúde do ACeS PL, e que contém várias unidades funcionais: a USF Fonte do Rei, a USF Santiago, UCSP Norte, UCSP Arnaldo Sampaio, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Arnaldo Sampaio, e mais recentemente, a USF Martingil e UCSP Campos do Lis.

No entanto, a partir de 1 de janeiro de 2024, entrou em vigor o modelo organizativo das Unidades Locais de Saúde (ULS), através do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, constituindo a ULS Região de Leiria (ULS RL), composta pelo Centro Hospitalar de Leiria (CHL) E.P.E. com integração "(...) do ACeS PL, os Centros de Saúde de Ourém e de Fátima, atualmente integrado no Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo, e os Centros de Saúde de Alcobaça e da Nazaré, atualmente integrados no Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte" (Diário da República, 2023, p.6).

Tanto a USF Fonte do Rei como a UCSP Campos do Lis apresentam a missão de prestar cuidados de saúde personalizados a toda a população "(...) garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e a continuidade dos mesmos" (SNS, 2023c, s.p.). A visão das unidades prende-se com o tornarem-se uma referência para a população que cada unidade abrange, prestando cuidados adequados a essas mesmas comunidades com base num espírito de humanização e trabalho em equipa (SNS, 2023b; SNS 2023c). De seguida encontram-se caracterizadas as duas unidades onde tive oportunidade de prestar cuidados e desenvolver as minhas competências especializadas, sendo que a informação acerca dos dados das mesmas foi obtida nas respetivas unidades.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA USF FONTE DO REI

A USF Fonte do Rei encontra-se inserida no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, mas apresenta instalações físicas próprias, no Largo do Posto Médico, Maceira, Leiria. Esta USF é constituída por uma equipa multiprofissional que trabalha em uníssono e com o mesmo propósito, prestando cuidados eficientes tendo em vista as necessidades das suas famílias (SNS, 2023c).

À data do início da realização deste relatório, a USF apresentava como objetivo a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo de todo o ciclo vital das famílias, tendo iniciado atividade em 2016 (USF, 2023). É uma USF de Modelo A que corresponde “a uma fase da aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar (...)” sendo esta atualização indispensável em unidades em que predominava previamente o trabalho individual (Melo, 2021, p.6). O seu plano de ação transpõe uma prestação de cuidados de compromisso assistencial e personalizada incluindo “(...) os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade (...)” (OE, 2017a, p.3129). Tal como descrito em Diário da República (DR), cada USF deve possuir uma equipa multiprofissional que cumpra este plano de forma autónoma e organizada (OE, 2017a).

Esta unidade apresenta um ambiente físico com todas as estruturas e equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde à população e também meios de monitorização. Contém várias salas com os mais diversos equipamentos e materiais, de acordo com as valências que inclui. Conta com uma equipa de sete médicos, sete enfermeiros e seis secretárias clínicas, mas de momento reduzida, ou seja, com cinco médicos a tempo inteiro e um médico a meio tempo (USF, 2023). O facto de a equipa se encontrar reduzida leva a um aumento da carga de trabalho para os profissionais presentes e a um esforço acrescido por parte dos mesmos.

O horário de funcionamento da USF é das 8h00 às 20h00 sendo que o horário de atendimento é das 8h00 às 19h45, de segunda a sexta-feira. Aos sábados, domingos e feriados encontra-se encerrada e, nestes dias, os utentes podem recorrer das 9h00 às 13h00 à UCSP Arnaldo Sampaio, situada no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio e no restante horário ao Serviço de Urgência (SU) do CHL. Os utentes têm à sua disposição um número variado de consultas, consoante as suas necessidades em saúde, e também é realizada a consulta telefónica ao longo do horário de funcionamento. As consultas abrangem toda a população ao longo do ciclo vital e o Enfermeiro é parte integrante de todas elas, como membro da equipa multidisciplinar.

Em termos de acessibilidade, as consultas podem ser pré-programadas ou podem ser enquadradas em consulta do dia, no caso da doença aguda. As situações de doença aguda são atendidas na unidade por ordem de chegada, logo que possível e dependendo das agendas dos profissionais. Em situações de urgência ou emergência, os utentes têm indicação para se dirigir ao SU do CHL, pois não existe este serviço na USF. O circuito do utente inicia-se sempre no secretariado clínico com a inscrição para a consulta médica e/ou de Enfermagem de acordo com a necessidade do mesmo ou marcação prévia (USF, 2023).

A USF é acessível a todas as famílias pertencentes à área geográfica, tendo em outubro de 2023 um total de 10096 utentes inscritos, sendo eles 4941 homens e 5155 mulheres, dentro dos vários grupos etários, descritos no BI-CSP (Anexo I). A equipa multidisciplinar que presta cuidados ao ficheiro da Sr.^a Enf.^a orientadora apresenta um total de 1592 utentes, sendo destes 765 homens e 827 mulheres, os quais se representam em anexo deste relatório (Anexo II).

No que respeita aos cuidados ao domicílio, estes são solicitados pelo utente e/ou família, e após esse pedido é avaliada a sua necessidade, verificando se a pessoa tem ou não critérios para obter esses cuidados e, caso não tenha, será agendado o cuidado necessário na USF. Os critérios de seleção de utentes para tratamentos no domicílio são vários, um deles prende-se com o facto de o utente ser dependente nas suas atividades de vida diária e/ou não ter capacidade total de se deslocar à unidade, por alterações severas da mobilidade. No domicílio, são realizadas consultas de vigilância e todos os cuidados necessários, como tratamentos à pessoa com ferida, vacinação, troca de dispositivos médicos como sondas vesicais, entre outros.

De forma a compreender a magnitude do impacto da doença na USF, recorri à Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC), dado que esta se constitui como um manual de codificação para os CSP com o objetivo de “(...) conhecer a carga de doença do país, para planeamento em saúde (...)” (Melo, 2012, p.245). Nesta codificação são definidos 18 grupos de problemas com os respetivos códigos e estão associados a diagnósticos médicos, sendo estes necessários aos indicadores de desempenho das USF. A ICPC “(...) proporciona uma riqueza de dados preciosa para a investigação em Medicina Geral e Familiar (MGF)” e é utilizada internacionalmente sendo útil para conhecer a morbilidade de cada país (Melo, 2012, p.246).

A partir da análise desta classificação na USF Fonte do Rei em 2023, podemos constatar que estão presentes várias condições e patologias agudas e crónicas na população que a mesma abrange, encontrando-se estas divididas por sistemas corporais. Os principais problemas são os que se encontram representados na tabela abaixo (Tabela 1), sendo que estes dados foram disponibilizados pelo Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF). A coluna “Quantidade” representa o número de utentes com o problema específico.

Área ICPC	Problema	Quantidade
Aparelho Circulatório	Hipertensão sem complicações	2299
	Veias Varicosas da perna	1040
	Hemorroidas	844
Aparelho Digestivo	Alterações funcionais do estômago	861
Aparelho Respiratório	Sinusite crónica/aguda	1100

Endócrino, metabólico e nutricional	Obesidade	1544
	Excesso de peso	2439
	Diabetes	1009
	Alterações do metabolismo dos lípidos	2968
Psicológico	Perturbação do sono	1095
	Abuso do tabaco	1265
	Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	1054
	Perturbações depressivas	1355
Sistema músculo-esquelético	Sinais/sintomas da região lombar	904
	Síndrome vertebral com irradiação de dores	1814
	Bursite/tendinite/sinovite	1419
	Osteoartrose do joelho	889
	Síndrome do ombro doloroso	1005

Tabela 1 - Problemas dos utentes da USF Fonte do Rei (Fonte: MIM@UF, 2023).

Podemos observar que os problemas dos utentes são maioritariamente do foro cardiovascular, músculo-esquelético e psicológico, sendo que em termos de patologias diagnosticadas existe um grande número de pessoas com Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial (HTA). Relacionado com a ICPC estão os indicadores dos CSP e estes são instrumentos de medida e “(...) de decisão clínica, validados para a análise de resultados (...)” (Pereira, 2018, p.125) sendo que estão relacionados com o trabalho que é feito pela equipa multiprofissional de acordo com os vários programas de saúde. Sendo os problemas musculoesqueléticos uma problemática atual, tanto a nível da USF como globalmente, realizei um folheto no estágio II sobre o que são posturas corretas e onde apresento exercícios simples, passíveis de serem realizados em família, tendo como objetivo promover a mobilidade articular e a diminuição da dor osteoarticular. Este trabalho encontra-se em apêndice deste relatório (Apêndice I).

Considerando os dados, foi possível realizar uma análise de indicadores, estabelecendo uma relação entre o número de utentes com determinada patologia e o número de utentes que comparecem às consultas. Realizando uma análise da lista de indicadores da USF (Anexo III), disponibilizados pela USF em outubro de 2023, podemos efetuar algumas inferências. Na USF Fonte do Rei, no mês indicado acima, dos 995 utentes diagnosticados com Diabetes *Mellitus*, 713 apresentam avaliação da Gestão do Regime Terapêutico (GRT), ou seja, aproximadamente 72%. No caso da HTA temos 2552 utentes diagnosticados com a patologia e 1834 com a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), ou seja, cerca de 72%. Este registo é importante no âmbito da doença uma vez que o peso influencia diretamente os valores de tensão arterial. Esta discrepância de valores existe devido à não comparência de alguns utentes à USF pelos mais variados motivos, nomeadamente por residirem no estrangeiro ou por se encontrarem institucionalizados. No ficheiro da Sr.^a Enf.^a orientadora, os mesmos indicadores encontram-se com os valores aproximados de 94% e 90%, respetivamente, apresentando esta lista de indicadores em anexo (Anexo IV).

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UCSP CAMPOS DO LIS

A UCSP Campos do Lis, tem três polos: polo Parceiros, polo Barosa e polo Amor, sendo que o polo onde realizei o meu estágio foi o polo de Amor. Situa-se em Amor, Leiria e é constituído por uma equipa multiprofissional que pretende prestar cuidados com equidade, solidariedade e acessibilidade (SNS, 2023b).

Esta unidade iniciou atividade em 2020, pois anteriormente era parte da UCSP Arnaldo Sampaio. Apresenta uma estrutura física com várias salas, incluindo: quatro gabinetes de Enfermagem, quatro gabinetes médicos, sala de espera, casas de banho, uma sala de tratamentos, salas diversas de armazenamento de terapêutica (protegidas por código) e salas para o pessoal. As salas contêm o equipamento necessário à prestação de cuidados de saúde à população abrangida. A unidade apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos e secretárias clínicas, encontrando-se de momento com três médicas, três enfermeiras e três secretárias clínicas.

O horário de funcionamento da UCSP é às segundas, terças, quintas e sextas-feiras, das 8h00 às 17h00, sendo o horário de atendimento das 8h15 às 16h45. À quarta-feira tem um horário alargado das 8h00 às 20h00, sendo o horário de atendimento das 8h15 às 19h45. Encontra-se encerrada aos fins de semana e feriados, sendo que neste horário os utentes podem também recorrer à UCSP Arnaldo Sampaio e ao SU do CHL. Segundo informações obtidas na UCSP, a unidade conta com várias consultas abrangendo todas as idades e situações de saúde ou doença, que são marcadas previamente. O circuito do utente inicia-se no secretariado com a inscrição na consulta, passando posteriormente à consulta de Enfermagem e/ou consulta médica, consoante marcação prévia.

A UCSP Campos do Lis é acessível a toda a população abrangida, apresentando um total, no conjunto dos três polos, de 13600 utentes, sendo 6705 homens e 6895 mulheres, dentro dos vários grupos etários, sendo as idades mais prevalentes entre os 50 e os 54 anos de idade (Anexo V). A Sr.^a Enf.^a orientadora trabalha em equipa com a Médica de MGF e o ficheiro tem um total de 1671 utentes, sendo mais prevalentes utentes com idades iguais ou superiores a 65 anos de idade. Existe nesta unidade a consulta aberta para doença aguda, sendo esta apenas uma consulta médica, existindo quatro vagas de manhã e à quatro vagas à tarde apenas às quartas-feiras, das 17h00 às 20h00. Nos restantes dias os utentes são informados de que se devem dirigir à UCSP Campos do Lis, polo Parceiros. Fora deste horário e em situações de urgência os utentes são informados que se devem dirigir ao SU. Os cuidados ao domicílio são também solicitados pela família, sendo que apenas são realizados a utentes acamados, ou seja, com impossibilidade de se dirigirem à UCSP.

Também na UCSP (Polo Amor) estão presentes problemas, sendo que os mais comuns se encontram representados na tabela 2.

Área ICPC	Problema	Quantidade
Aparelho Circulatório	Insuficiência cardíaca	10
	Hipertensão sem complicações	165
Aparelho genital feminino (incluindo mama)	Neoplasias malignas da mama	11
Aparelho genital masculino	Hipertrofia prostática benigna	11
Aparelho respiratório	Infeção aguda do aparelho respiratório superior	40
Aparelho urinário	Cistite/outra infeção urinária	38
Endócrino, metabólico e nutricional	Diabetes não insulino-dependente	168
	Alterações do metabolismo dos lípidos	40
Psicológico	Perturbação do sono	20
	Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	32
	Perturbações depressivas	48
Sistema musculoesquelético	Síndrome vertebral com irradiação de dores	66
	Osteoartrose do joelho	24

Tabela 2 - Problemas dos utentes da UCSP Campos do Lis – Polo Amor (MIM@UF, 2023).

Podemos constatar que os problemas dos utentes da UCSP, embora em menor escala, coincidem maioritariamente com os problemas dos utentes da USF. Este facto é facilmente explicado uma vez que, segundo o Plano Nacional de Saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2021-2030), observa-se um impacto elevado e crescente das doenças osteomusculares, depressão, ansiedade e também HTA, como se pode observar em anexo (Anexo VI). Também os tumores malignos têm uma incidência elevada em Portugal, sendo que em 2017, o tumor da mama apresentou um valor mais elevado, sendo de 76,3 casos por 100.000 habitantes do sexo feminino (DGS, 2022). Assim conseguimos perceber a importância de ter conhecimento sobre as problemáticas existentes e também de atuar sobre elas, tornando-se imprescindível a sua prevenção e a prevenção de complicações.

Em termos de indicadores da UCSP, presentes em anexo (Anexo VII) e datados de outubro de 2023, podemos observar que em 97 crianças de dois anos de idade, 95 têm o PNV (Programa Nacional de Vacinação) cumprido, ou seja, cerca de 97%. Das mesmas 97 crianças com dois anos de idade, 80 têm registo de peso e altura, ou seja, 82% aproximadamente. No ficheiro da Sr.^a Enf.^a orientadora, das 10 crianças de dois anos de idade, 100% têm PNV cumprido e nas mesmas 10 crianças, 100% têm também a avaliação de peso e altura registados (Anexo VIII). Neste caso optei por focar dois indicadores referentes à saúde infantil uma vez que o ficheiro da Sr.^a Enf.^a orientadora apresenta mais população jovem, tendo sido possível analisar mais especificamente esta fase do ciclo vital.

1.3. CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de Enfermagem em contexto de CSP levam a uma maior necessidade de compreensão dos mesmos e de cuidados especializados, uma vez que os Enfermeiros

acompanham as pessoas e famílias ao longo de toda a vida (Melo, 2021). De acordo com o mesmo autor, tem vindo a notar-se que os Enfermeiros Especialistas nesta área se constituem como elementos fundamentais para o cuidar.

Assim, podemos definir a consulta de Enfermagem como uma oportunidade para obter focos e diagnósticos e, colaborativamente com o utente/família, estabelecer um plano de cuidados com intervenções adequadas para atingir ganhos em saúde (Melo, 2021). Constitui-se assim num “(...) processo intencional e profissionalizado de organização da interação com o cliente, que permite sistematizar enquanto método científico o processo de Enfermagem, assegurando que o cuidado (...) é adequado, individualizado e efetivo”, tal como referem Demonsthenous (2017) e Hastings (2006) citados por Melo (2021, p.13). Todas as consultas são interdependentes das transições do ciclo de vida que podem ser normativas ou de saúde-doença, por exemplo.

As consultas de Enfermagem que se realizam na USF e na UCSP são as seguintes: Planeamento Familiar; Saúde Materna; Saúde Infantil e Juvenil; Saúde do Adulto e Idoso, incluindo as Consultas de Diabetes e HTA; Consultas de Rastreio. Para além destas, são realizadas consultas de doença aguda, avaliação do Tempo de Protrombina (INR), vacinação, tratamentos à pessoa/família com ferida, cuidados ao domicílio ou outros cuidados consoante as necessidades identificadas pela família e pelos profissionais.

As consultas de Enfermagem são efetivadas segundo os programas de saúde em vigor no nosso país e derivadas de outros serviços de saúde, sendo realizadas para o indivíduo, que se encontra integrado numa família, pelo que esta é o foco de todas as consultas. Ambas as unidades mantêm uma ótica de que a saúde individual e familiar são interdependentes e influenciam-se mutuamente. Aquando da consulta, são aproveitadas as oportunidades para perceber as necessidades da família e para, em parceria com a mesma, implementar um plano de cuidados, recorrendo ao pensamento sistémico, orientado para as necessidades individuais, interpessoais e, acima de tudo, sistémicas.

Para além da perspetiva promotora da saúde, ambas as unidades apresentam também a perspetiva preventiva, tendo ao dispor da sua população um conjunto de rastreios para a deteção precoce de neoplasias e outras patologias. De seguida irei explorar cada consulta de forma breve, tendo como base os seus pontos chave a nível teórico e o que é realizado atualmente na USF Fonte do Rei e na UCSP Campos do Lis.

Consulta de Planeamento Familiar

A saúde reprodutiva, de acordo com a DGS (2008, p.5) “(...) implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos”,

sendo que todas as pessoas têm direito à consulta de Planeamento Familiar e a serem informadas para posteriormente serem decisoras da sua própria saúde. Assim, esta vertente da saúde familiar inclui vários serviços e métodos para dar resposta às necessidades dos utentes e famílias, nomeadamente o acesso a métodos contraceptivos gratuitos, a educação em termos de fertilidade e Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a possibilidade de rastreio contra o cancro do colo uterino e cancro da mama (DGS, 2008).

As consultas de Planeamento Familiar abrangem todos os homens e mulheres em idade fértil e o rastreio contra o cancro do colo uterino abrange todas as mulheres, dos 25 aos 64 anos de idade, realizado a cada cinco anos se não existirem alterações, através de citologia com tipificação para o Vírus do Papiloma Humano (HPV). Se o resultado do rastreio estiver alterado a mulher é referenciada para o hospital, nomeadamente para consulta de patologia cervical. Se existirem, à observação médica, alterações visíveis no colo do útero ou se a mulher apresentar comportamentos de risco conhecidos, pode ser realizada uma citologia fora do protocolo, antes dos 25 ou após os 64 anos de idade. Na consulta em que for para realizar citologia, são confirmados os dados no programa *Siima* Rastreios, como a idade da menarca, número de gravidezes e partos, intervenções realizadas ao colo do útero e uso do tabaco e é disponibilizado um documento de consentimento para a realização do exame, a assinar pela utente.

Na consulta, os principais focos de Enfermagem são “Planeamento familiar” e “Uso de Contraceptivo” sendo que este último é avaliado quanto ao conhecimento desse mesmo uso, a aprendizagem de capacidades, a adesão ao método e o risco de complicações que o mesmo pode acarretar. Podemos observar que atualmente existem diversas opções de métodos contraceptivos e que essa escolha é feita pela pessoa/casal com base em vários fatores como a idade, o modo de ação do método, os efeitos colaterais, entre outros (Melo, 2021).

Também o foco “Autocuidado: autoexame da mama” é abrangido nesta consulta, questionando a mulher acerca da frequência da autopalpação mamária, ressaltando sempre a sua importância e realizando ações educativas. São avaliados parâmetros vitais, nomeadamente a tensão arterial e frequência cardíaca e parâmetros antropométricos como a altura e peso. É ainda obtida informação acerca da presença de desconfortos a nível vaginal, como secura vaginal ou dor durante a relação sexual, e todas as dúvidas são esclarecidas consoante seja relevante para a utente. É questionado se realizou recentemente mamografia ou ecografia mamária, sendo que todas as mulheres a partir dos 50 anos de idade têm direito à realização de mamografia de forma gratuita. Todos os dados devem ser registados em todos os contactos no programa informático SClínico® e no Boletim de Saúde de Planeamento Familiar.

Consulta de Saúde Materna

A gravidez é considerada um estado de saúde, de acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS de 2015, no qual é exigido um acompanhamento desde antes da conceção até ao pós-parto (Melo, 2021). De acordo com a DGS (2015), citada pelo mesmo autor, este programa apresenta três pontos chave, são eles: os cuidados centrados na pessoa e a inclusão de outras pessoas significativas; a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida focando a educação para a saúde e os fatores que a determinam; a conceptualização de que a gravidez pode constituir um “(...) momento de oportunidade para a intervenção e mudança” (Melo, 2021, p.73).

A gravidez de baixo risco é acompanhada nos CSP e se for de médio ou alto risco, é referenciada para um acompanhamento num contexto especializado em Obstetrícia. Este risco é calculado pela Tabela de *Goodwin* Modificada, que avalia várias dimensões e através da qual é obtido um *score*, caracterizando o risco da gravidez. Devem ser realizadas pelo menos sete consultas, com a seguinte periodicidade: antes das 12 semanas de gestação; entre as 14 e as 16 semanas e 6 dias; antes das 24 semanas; entre as 27 e as 30 semanas e 6 dias; entre as 34 e as 35 semanas e 6 dias; entre as 36 e as 38 semanas e 6 dias; após as 40 semanas (DGS, 2015).

Deve ser ainda realizada a consulta de puerpério, após o parto, entre a quarta e sexta semanas pós-parto, em que são avaliados os parâmetros vitais, o peso e também é verificado o uso de contraceptivos e esclarecidas as dúvidas que a mulher possa ter naquele momento (Melo, 2021). Estão preconizadas pela DGS (2015) três ecografias, uma em cada trimestre, sendo que: a primeira deve ser realizada entre as 11 e as 13 semanas mais 6 dias; a segunda entre as 20 e as 22 semanas e 6 dias; a terceira entre as 30 e as 32 semanas e seis dias.

O foco central de Enfermagem é a “Adaptação à gravidez” em que vamos avaliar: o conhecimento da mulher sobre os cuidados ao longo da gravidez; o risco de complicações; as complicações durante a gravidez. Sendo esta uma situação nova não só para a mulher como para o casal, é importante aplicar este foco a ambos os pais, e assim vamos avaliar: o conhecimento do casal sobre como ter uma gravidez saudável; a comunicação do casal sobre a gravidez e parentalidade; os comportamentos de adesão do casal às consultas; entre outros aspetos. Durante as consultas são abordados temas como: as transformações psicológicas que são passíveis de ocorrer na gravidez; o estilo de vida, em relação à alimentação, o aumento ponderal espectável, o trabalho, a atividade física, a segurança e o consumo de substâncias; os sinais de alerta e de aborto; o desenvolvimento embrionário e fetal; o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, com os cheques dentista; o PNV com a

prevenção do tétano e da tosse convulsa na criança; a suplementação; entre outros (Melo, 2021).

São entregues panfletos informativos e realizados ensinamentos consoante o estágio de gravidez e as dúvidas e necessidades do casal. É explicada a importância de estarem atentos aos sinais de alarme e de se dirigirem ao SU caso necessário. Todos os dados devem ser registados em todos os contactos no programa informático SClínico® e no Boletim de Saúde da Grávida.

Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

Com a previsão da chegada de uma criança à família, existe um ajuste de papéis, nomeadamente a criação do papel parental e deste modo, os membros da família são confrontados com incertezas, dificuldades e preocupações acrescidas com o novo membro da família. Este programa é muito completo, contemplando consultas à criança desde os primeiros dias de vida até aos 18 anos de idade, sendo um total de pelo menos 17 consultas. Após a consulta dos três anos de vida, as restantes coincidem com períodos marcantes da vida da criança “(...) como a entrada na escola, a entrada na fase pubertária e a adolescência (...)” (Melo, 2021, p.85).

De acordo com o autor supracitado, o foco da consulta é o desenvolvimento infantil/juvenil e dentro deste programa de saúde são avaliadas: a dimensão física que inclui os parâmetros antropométricos como o comprimento/altura, o peso e o perímetro cefálico e a pressão arterial (a partir dos três anos); a estrutural corporal, que comporta a avaliação física e de estruturas como as fontanelas, dentição ou aparelho geniturinário; o desenvolvimento psicomotor através das competências e reflexos que vão sendo notórios em cada idade, avaliada pela Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada. Esta escala permite avaliar parâmetros como “(...) o comportamento e adaptação social, a visão e motricidade fina, a postura e motricidade global e a audição e linguagem (...)” com o objetivo de identificar sinais de alerta (Melo, 2021, p.85).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) comporta todos os aspetos a serem abordados em cada consulta, consoante as idades-chave correspondentes às “(...) etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade” e também as curvas de crescimento preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (PNSIJ, 2013, p.7). Também é acompanhado o esquema cronológico do PNV durante estas consultas, reduzindo o número de deslocações da família ao centro de saúde. Todos os aspetos abordados apresentam como objetivo a promoção da saúde e prevenção da doença da criança/jovem, bem como um apoio a uma parentalidade responsável (PNSIJ, 2013).

A primeira consulta do bebé inclui observação e peso, bem como realização do Teste do Pezinho ou “Diagnóstico Precoce”. Este é um rastreio realizado ao bebé entre o 3º e o 6º dia de vida em que é colhido o sangue através de picada no calcanhar do bebé, que é transferido para um papel de filtro e enviado para a Unidade de Rastreio Neonatal (Ministério da Saúde, s.d.). O objetivo é o rastreio de 24 doenças hereditárias e de metabolismo, segundo o Programa Nacional de Rastreio Neonatal do Ministério da Saúde. É entregue à família um folheto sobre este rastreio e explicada a sua realização e objetivo. Ainda nesta consulta são realizados ensinamentos sobre aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido, esclarecidas dúvidas e entregue folhetos informativos sobre estes temas.

Em todas as consultas devem ser avaliados mais alguns parâmetros, como: as preocupações dos pais ou do próprio no que se relaciona com a saúde; intercorrências desde a consulta anterior; adaptação ao infantário ou escola; hábitos alimentares e prática de atividades; dinâmica do crescimento e desenvolvimento e cumprimento do calendário vacinal. A alimentação é um foco importante uma vez que vai influenciar a vida futura da criança, nomeadamente o aleitamento materno e a introdução alimentar correta, de acordo com as normas em vigor (PNSIJ, 2013). Segundo o PNSIJ, relativamente aos adolescentes também se avaliam pontos como os consumos, métodos contraceptivos, depressão, entre outros.

Os ensinamentos à família são realizados consoante a etapa do desenvolvimento em que a criança/adolescente se encontra e consoante as dúvidas e necessidades apresentadas. Todos os dados devem ser registados no programa informático SClínico® e no Boletim de Saúde da Criança/Jovem.

Consulta de Saúde do Adulto e Idoso

Na sociedade atual, a fase da adultez traduz-se numa fase mais complexa, com bastantes processos de transição e ocupa uma grande parte da vida da pessoa. É uma etapa instável e incerta com diferentes condicionantes que se podem tornar dificultadores nas transições de vida (Melo, 2021). O foco desta consulta é o desenvolvimento do adulto em termos de: parâmetros antropométricos como altura, peso e perímetro abdominal; parâmetros vitais como a tensão arterial; prevenção da doença e promoção da saúde; o que seja necessário consoante as necessidades do indivíduo/família. Também é avaliado o risco de queda a partir dos 50 anos de idade e o risco de Diabetes, através de escalas presentes no programa informático SClínico®, e é iniciado, também aos 50 anos, o rastreio contra o cancro do colon e reto. Este rastreio é realizado de dois em dois anos se não tiver alterações, pelo que se existirem, a pessoa é encaminhada para consulta hospitalar com o objetivo de realizar colonoscopia.

Nestas também estão integradas as consultas de Saúde do Idoso, a partir dos 64 anos de idade, que abrangem os mesmos parâmetros e, para além deles, também a avaliação do “Autocuidado” a partir dos 65 anos ou previamente, conforme as condicionantes da pessoa, como por exemplo, alterações da visão ou alterações da mobilidade/membros.

Nos CSP é realizado o acompanhamento da pessoa diagnosticada com doença crónica ou em risco de obter esse diagnóstico e dentro das consultas de Enfermagem podemos encontrar a consulta de HTA e a consulta de Diabetes, realizadas idealmente de seis em seis meses. Ambas as consultas têm como foco “Gestão do Regime Terapêutico”, dentro do qual está integrada a adesão ao regime dietético, de exercício físico e medicamentoso, pelo que se realizam ensinamentos sobre os mesmos. É também priorizada a “Autovigilância”, seja no controlo da pressão arterial no caso da HTA, no controlo da glicémia capilar e pés (diariamente) no caso da Diabetes e no controlo do peso, em ambos. A autovigilância torna-se importante no sentido de promover um maior envolvimento da pessoa/família no seu próprio processo de saúde-doença (Melo, 2021).

Na consulta de HTA são avaliados os parâmetros antropométricos e a tensão arterial, sendo reavaliada pelo menos três vezes caso não corresponda ao valor normal/expectável para a pessoa. Consoante os resultados de todos os parâmetros avaliados são realizados ensinamentos de acordo com as necessidades. No caso da consulta de Diabetes vamos focar o “Risco de úlcera do pé diabético” que passa por avaliar os pés, anualmente quanto à: presença ou ausência de pulsos periféricos; presença ou ausência de perceção tátil através de monofilamento e diapasão; estrutura do pé quanto a deformidades ósseas ou zonas de pressão; presença ou história de úlcera.

É ainda avaliado o conhecimento da pessoa sobre a prevenção de úlceras, nomeadamente parâmetros como “(...) higiene, hidratação, calçado, cuidados com queimaduras (...)” e realizados ensinamentos se necessário (Melo, 2021, p.128). É avaliado o uso de álcool e tabaco e questionado à pessoa se tem comparecido em consultas de oftalmologia e em caso de resposta negativa, é referenciada para o rastreio de Retinopatia Diabética, para o qual será chamada posteriormente, pois os utentes diagnosticados com esta patologia devem ter uma consulta de vigilância oftálmica anual.

Tratamento de feridas

O tratamento à pessoa/família com ferida é realizado em ambas as unidades consoante as necessidades da população e é considerado uma consulta de Enfermagem. É realizado preferencialmente após marcação e com regularidade definida pelo Enfermeiro de Família que presta esse cuidado, sendo também possível o tratamento de ferida no domicílio do

utente. Neste caso já terá de existir uma decisão consoante um conjunto de critérios que definem se a pessoa é ou não elegível para tal, encontrando-se esta informação já explicada no capítulo anterior deste relatório.

Tendo notado que esta é uma problemática bastante presente na população em geral, foi do meu interesse e iniciativa explorar melhor a forma como afeta não só o utente, mas também e principalmente a sua família. Neste sentido elaborei estudos de modo a compreender esse mesmo impacto e promover a saúde da família com ferida em parceria e de acordo com as suas necessidades.

O meu estudo de investigação abrange esta área do cuidar e também durante a minha prática foi-me possível notar e comprovar que a presença de uma ferida crónica afeta a família e o que é a dinâmica familiar. A título de exemplo, tive oportunidade de experienciar uma situação de uma utente que realizava tratamento a uma ferida na região axilar à esquerda, a cada dois ou três dias, já tendo sido anteriormente sujeita a uma mastectomia. Ao acompanhar a utente durante os cuidados à ferida consegui entender o impacto que a ferida teve e continuava a ter na sua vida e na dinâmica familiar nomeadamente com o marido uma vez que era necessário comparecer em consultas e tratamentos em Coimbra, bem como realizar o tratamento na unidade de saúde. Apesar da atitude positiva da utente perante a situação, frequentemente nos confidenciava alguma angústia e preocupação em relação à sua situação clínica e a toda esta dinâmica da sua vida atualmente, nomeadamente na relação com o marido, na sua autoimagem e na relação com a restante família nomeadamente os netos, querendo estar presente nos momentos importantes para a família.

Em situações como esta é clara a importância do Enfermeiro de Família e da sua intervenção especializada, de modo a ajudar o utente e família a gerir toda a nova dinâmica familiar.

Outras consultas

Para além das consultas referidas acima é realizada a consulta de doença aguda que inclui uma avaliação de Enfermagem e uma avaliação médica em contexto de USF sendo que primeiramente o utente explica a sua queixa na consulta de Enfermagem, onde são avaliados os parâmetros antropométricos e vitais necessários, sendo realizada a referência para o médico. Posteriormente é marcada a consulta médica e, no caso de ausência de médico ou incapacidade de tratamento na unidade, o utente é aconselhado a dirigir-se ao SU. Na UCSP a consulta de doença aguda é uma consulta aberta, apenas com a vertente médica. Também é realizada a consulta de Enfermagem de avaliação do INR que atualmente tem periodicidade mensal na USF.

A vacinação é efetuada tendo em conta o PNV em vigor em Portugal que inclui vacinas intra e extraplano, gratuitas ou passíveis de serem adquiridas na farmácia, sujeitas a receita médica. A existência de um PNV permite que haja uma linha orientadora, em constante atualização com o objetivo de promover a saúde da população, prevenindo a doença no futuro (Melo, 2021).

Em todos os contactos com o utente/família é verificado o cumprimento do calendário vacinal e é avaliado o foco “Adesão à vacinação”. Nas consultas de saúde infantil são administradas as vacinas em cada idade-chave, o que reduz o número de deslocações da família ao centro de saúde (Melo, 2021). Para além dessas inoculações existem outras passíveis de serem administradas fora de uma consulta, como é o caso da: segunda dose da vacina do HPV, vacina do tétano em adultos/idosos; vacinas extraplano; vacinas contra patologias como a Covid-19, gripe sazonal ou pneumonia; entre outras. Todas estas informações estão descritas com base no que é realizado em ambas as unidades.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – UMA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

O conceito de Enfermagem moderna surgiu com *Florence Nightingale* em 1863 que priorizava o ambiente como fator determinante do cuidar à pessoa doente, sendo que, de acordo com Martins e Benito (2016, p.154) “(...) ela priorizava o isolamento, uma dieta adequada, a individualização do cuidado, a redução do número de leitos por enfermaria, evitando dessa forma contaminações cruzadas.” Já nesta altura eram tidas em conta variantes que atualmente se mantêm imprescindíveis para o cuidar. O ambiente é um dos quatro conceitos relevantes para a Enfermagem de Saúde Familiar, uma vez que a família interage com o ambiente e é influenciada por ele ao longo do tempo. Segundo a OE (2017b), o Enfermeiro deve colaborar com a família de modo a promover um ambiente saudável e de bem-estar.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária, os outros três metaparigmas são a saúde, a família e a Enfermagem. A saúde consiste num conceito dinâmico em que existe uma relação entre o estado de bem-estar e o estado de doença, sendo que a saúde familiar engloba cada um dos seus membros e a interação entre eles a nível biopsicossocial, espiritual e de forma holística (OE, 2017b).

Cada família é um ecossistema único, bem como a forma como experiencia a doença e como cresce ao longo do tempo. Segundo a OE (2017b, p.10) a família é definida como um “grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos, apresentam um forte sentimento de pertença” e todas as famílias possuem a capacidade de melhorar a sua saúde. Figueiredo (2020) reconhece que o sistema familiar é complexo e que apresenta duas dimensões que o tornam singular relativamente a todos os outros sistemas familiares, as dimensões evolutiva e contextual. Cada família tem história e cultura próprias e cada elemento dentro desta detém também as suas próprias vivências e crescimento pessoal (OE, 2017b).

A Enfermagem de Saúde Familiar deve basear-se em todos estes conceitos de modo a colocar a família no foco dos cuidados, respondendo às suas necessidades e procurando manter a sua saúde (OE, 2017b). Os cuidados de Enfermagem à família centram-se assim na relação entre o Enfermeiro e a família, acompanhando-a ao longo do ciclo vital, capacitando-a para atingir o melhor potencial de saúde. Simultaneamente, promove a proatividade da família relativamente à sua própria saúde e mostra-lhe como mobilizar recursos para dar resposta a situações mais complexas, promovendo assim a sua autonomia (Figueiredo, 2020).

Ainda no âmbito dos Padrões de Qualidade da OE, o Enfermeiro Especialista deve ter em conta os enunciados descritivos para uma prática especializada de qualidade, eles são: a

satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional, e a organização dos cuidados de Enfermagem.

De forma geral, o Enfermeiro Especialista deve apresentar respeito pela pessoa/família como um todo e capacitá-la a gerir a sua própria saúde, sempre numa ótica de promoção da saúde e prevenção da doença. Deve avaliar a família tendo em conta um conjunto de instrumentos padronizados e intervir de forma colaborativa com a mesma, de modo a responsabilizá-la pelas suas próprias decisões em saúde. O autocuidado deve ser promovido, bem como aspetos como o conforto e a privacidade, procurando encaminhar a pessoa/família para outros profissionais e recursos da comunidade. Os cuidados devem ser organizados mantendo como base a evidência científica atualizada e registando as intervenções realizadas de modo a promover a continuidade de cuidados, vendo a família como unidade de cuidados (OE, 2017b).

Neste sentido, a Enfermagem Especializada é exercida por um Enfermeiro que esteja habilitado para tal e que seja especializado numa determinada área da Enfermagem, a quem é reconhecida a competência humana, científica e técnica para prestar cuidados específicos, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (1996) e Lopes, Gomes e Almada-Lobo (2018). O conceito de Enfermagem especializada, difere do conceito de Enfermagem avançada, sendo que o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) define o Enfermeiro com formação avançada como “(...) um Enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados e possui elevada capacidade de decisão de competências clínicas (...)” (Lopes et al., 2018, p.11).

De acordo com os mesmos autores, para poder exercer funções avançadas, o Enfermeiro deve ter uma especialização académica com atividades diferenciadas no âmbito da sua prática clínica. De uma forma geral existem diferenças entre o conceito de Enfermeiro Especialista e o Enfermeiro com funções avançadas, sendo que: o primeiro se especializa numa área, adquirindo competências para prestar cuidados mais específicos, consoante a sua área de especialização; o segundo ultrapassa o que são os cuidados de Enfermagem, desempenhando outro tipo de funções (Lopes et al., 2018). Esta prática avançada já é realizada noutros países, por exemplo através da prescrição de terapêutica medicamentosa, mas em Portugal é apenas realizada a prática especializada mediante um conjunto de competências que o Enfermeiro adquire na sua área de estudo.

De acordo com estudos realizados noutros países, é notória a forma como a especialização em Enfermagem traz melhores resultados aos mais variados níveis, como: a qualidade dos cuidados, a maior satisfação dos utentes e a diminuição dos custos em saúde (Lopes et al., 2018). Neste sentido torna-se essencial permitir a formação dos Enfermeiros para melhorar o

acesso aos cuidados de saúde prestados. O SNS apresenta como um dos seus objetivos primordiais “assegurar a proteção da saúde e garantir o acesso a cuidados a todos os cidadãos” tal como referem Lopes et al. (2018, p.23) citando a Lei nº 56/79 de 15 de setembro.

Na área de estudo de Enfermagem de Saúde Familiar surge-nos o conceito de Enfermeiro de Família que está relacionado com um olhar sobre a família como um sistema holístico, global e único. Neste âmbito, e como já referido, a família é o alvo dos cuidados, sendo essencial a compreensão da sua complexidade e multidimensionalidade, tendo em conta a sua história e o contexto em que vive (Figueiredo, 2020). Este conceito é considerado pela OE como a ideia chave dos CSP em Portugal e o Enfermeiro de Família é “(...) o profissional de Enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (OE, 2014, p.4070). Este profissional assume uma importância crucial nos cuidados uma vez que o indivíduo de quem cuida influencia a família e é influenciado por ela, tornando-se importantíssima a abordagem familiar.

As pessoas enfrentam ao longo da sua vida muitos desafios e, como tal, é essencial que o Enfermeiro de Família esteja presente para as capacitar na tomada de decisão. Existem vários fatores psicossociais que podem afetar um membro e/ou toda a família e é importante a compreensão da dinâmica familiar e comunicação entre os seus membros, conforme referem Koren et al. (2018) citados por Mason, Reich e Musgrove (2021).

Durante o ciclo vital, a família está sujeita a um conjunto de transições, algo que consegui observar ao longo dos estágios, sendo que grande parte das necessidades em saúde apresentadas pelas famílias estão relacionadas com a vivência dessas transições. Neste seguimento, considero importante ter como base a Teoria das Transições de Afaf Meleis e segundo a mesma, uma transição traduz-se numa “(...) passagem entre dois períodos relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças (Costa, 2016, p.138). Este é um período incerto, de desequilíbrio, que poderá ser gerador de conflitos e é importante que a família/pessoa integre novos conhecimentos e comportamentos para responder a estes momentos de mudança (Costa, 2016).

De acordo com Meleis (1975, 2010) citada por Costa (2016), cabe ao Enfermeiro entender esta teoria e estabelecer um plano de intervenção para ajudar as famílias a ultrapassar estes momentos, diminuindo o risco que a situação poderá trazer. Esta é uma teoria de médio alcance que engloba quatro pontos principais que se interligam entre si: a natureza das transições, os condicionantes da transição (facilitadores e inibidores), os padrões de resposta e intervenções terapêuticas de Enfermagem (Guimarães & Silva, 2016). As transições podem

ser de diferentes tipos: desenvolvimental, situacional, de saúde-doença e organizacional. Durante os estágios considero que a maioria das transições pelas quais passam as famílias são desenvolvimentais e de saúde-doença, sendo que podem ocorrer várias em simultâneo e de forma sequencial.

A atuação do Enfermeiro é essencial nas transições de vida, principalmente quando a família/pessoa não possui os recursos necessários para lidar com as mesmas. Os recursos familiares são, por exemplo, a capacidade de se sentir ligado e de interagir com outros, ter confiança e estratégias de *coping*, sendo que se algum ou todos estes estiverem presentes, aliados à habilidade de desenvolver novas competências, são promotores de um processo de transição saudável (Guimarães & Silva, 2016). As intervenções de Enfermagem devem ter como objetivo ministrar conhecimento e capacidade a quem vivencia as transições, de modo a obter respostas positivas às mesmas.

O Enfermeiro de Família valoriza o indivíduo e a família, sendo este considerado por Guimarães e Silva (2016), um agente facilitador dos processos de transição. O Enfermeiro tem o papel de promover a humanização e visão da família como um sistema complexo e holístico, sendo este maior do que a soma das suas partes. Ver a família como um todo não significa estudar separadamente cada um dos seus membros, mas sim compreender o funcionamento de cada um deles e observar as interações entre eles (Wright & Leahey, 2012).

Neste sentido, os modelos tornam-se importantes na prática de Enfermagem, uma vez que “(...) oferecem distintas perspetivas para a prática do Enfermeiro, servindo de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de Enfermagem”, podendo servir de ligação entre a prática clínica e a teoria. Os modelos fundamentam as decisões do Enfermeiro e estão cimentados “(...) nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar” (Figueiredo, 2020, p.12). Neste âmbito surge-nos outro modelo que para mim serviu como base para a avaliação familiar em contexto de estágio, o MCAF. Este é um modelo com uma estrutura multidimensional e para além de ser reconhecido mundialmente, é adotado em vários países (Silva, Bousso & Galera, 2009). Baseia-se em conceitos como a cibernética, a comunicação e a mudança, constituído pela avaliação estrutural, do desenvolvimento e funcional, de acordo com os autores supracitados.

Durante o estágio II utilizei este modelo para realizar a avaliação aprofundada de uma família e este trabalho encontra-se em apêndice deste relatório final (Apêndice II). Esta avaliação permite “(...) a análise da família como um todo, levantando os principais aspetos” e apresenta “(...) capacidade de oferecer suporte e de fortalecer as famílias para lidarem com situações críticas como o envelhecimento com dependência, de forma a minimizar a sobrecarga e o sofrimento” (Silva et al., 2009, p.534).

No âmbito da aplicação deste modelo, é possível utilizar uma base científica e instrumentos pertinentes, como é o caso dos instrumentos de avaliação familiar como o genograma, ecomapa e as escalas de avaliação familiar. Permite-nos uma intervenção sistémica à família, tendo como base as suas necessidades em saúde, sendo o pensamento sistémico essencial como um referencial que permite compreender a complexidade, subjetividade e instabilidade dos sistemas familiares. Este conceito é oriundo da Teoria Geral dos Sistemas que, em conjunto com outras teorias, fez emergir a noção de pensamento sistémico (Figueiredo, 2020). Se pensarmos na família como um sistema, verificamos que apresenta autodeterminação, é complexa, integra dimensões contextuais e evolutivas, o que torna cada família única. As mudanças que ocorrem na família são evolutivas e estão relacionadas com a interação com o ambiente e outros sistemas, pelo que o processo de Enfermagem vai de encontro a todas estas características das famílias (Figueiredo, 2020).

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Durante a Licenciatura de Enfermagem adquirimos e desenvolvemos um conjunto de competências com a finalidade de permitir que todos os Enfermeiros tenham um enquadramento que regule a sua prática clínica e também fazem com que o Enfermeiro possua “(...) um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica (...) em todos os contextos de vida das pessoas” (OE, 2012, p.7). As competências comuns demonstram uma capacidade de prestação, gestão e supervisão dos cuidados, bem como um suporte também a nível de formação e investigação (OE, 2019). De acordo com a OE (2019, p.4744) os cuidados de saúde “(...) assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica (...)” pelo que é importante a sua especialização e diferenciação. Ao Enfermeiro Especialista reconhecem-se competências humanas, científicas e técnicas com o objetivo de prestar cuidados especializados. Assim, às competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais acrescem as competências específicas de cada área de especialidade que são demonstradas por uma melhor adequação às necessidades da população (OE, 2019).

De seguida são apresentadas todas as competências do Enfermeiro Especialista e, com base nas experiências vivenciadas durante os três estágios, de que forma me foi possível adquiri-las e desenvolvê-las, sendo que este é um trabalho contínuo, que continuarei a realizar ao longo da minha vida profissional.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

De acordo com a OE (2019), as competências comuns assentam nos seguintes domínios: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Continua da Qualidade; Domínio da gestão dos cuidados; Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O domínio de uma responsabilidade ética, deontológica e legal pressupõe uma prestação de cuidados de forma segura, profissional e ética, bem como tomadas de decisão que avaliem as melhores práticas, em parceria com o utente/família e após a prática é importante a reflexão. Devemos assegurar uma prática de Enfermagem que respeite o direito à informação e a confidencialidade dos dados obtidos, bem como promotora de privacidade e dignidade da pessoa cuidada (OE, 2019).

Durante a minha prática clínica promovi sempre cuidados humanizados, tendo em conta aspetos como o respeito pelo outro, pela sua privacidade e o sigilo profissional. De acordo com Melo (2021), o ambiente em que decorre a consulta de Enfermagem é importante, nomeadamente em aspetos como a sonoridade, espaço físico, privacidade, segurança e materiais. Todos estes pontos são essenciais para garantir a confiança, a dignidade e a efetividade dos cuidados.

Para além do ambiente, também a forma como o Enfermeiro se apresenta, as suas expressões faciais e a posição física em relação ao utente, são importantes para tornar a consulta de Enfermagem, uma consulta de qualidade (Melo, 2021). É pertinente a distância a que nos situamos do utente durante a consulta, sendo claro que em determinados cuidados tem de ser estabelecida uma distância menor, como na avaliação de dados antropométricos, parâmetros vitais, observação da pele ou tratamento de ferida. Nestes casos é necessária uma “distância íntima” pelo que devemos pedir consentimento ao utente, garantindo que a intimidade e privacidade são respeitadas (Melo, 2021).

Os gabinetes de Enfermagem de ambas as unidades permitiram-me estar perante as condições ideais para promover este tipo de medidas. Neste sentido considero que tive oportunidade de respeitar: a privacidade do utente, fechando sempre a porta do gabinete; o sigilo profissional, não partilhando informações dos utentes, salvo em situações de referenciação médica; o respeito pelo utente, tratando-o pelo nome e apresentando-me com uma postura correta, olhando para si durante a comunicação; a decisão clínica em parceria com o utente, fornecendo informação importante para si naquele momento. Após os cuidados/decisões foi realizada em vários momentos a reflexão em conjunto com as Enfermeiras orientadoras, de modo a promover a melhoria dos cuidados prestados no futuro.

3.1.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O domínio da melhoria contínua da qualidade presume que o Enfermeiro tenha um papel dinamizador de medidas institucionais e que mantenha uma prática clínica de qualidade e num ambiente seguro, colaborando em projetos de melhoria continua a nível organizacional. É essencial que tenha como base da sua prática a evidência científica e utilize os instrumentos adequados à avaliação do utente/família (OE, 2019).

Na melhoria da qualidade a nível organizacional optei por realizar na USF, no estágio III, um manual de procedimentos relativo à consulta de tratamento da pessoa com ferida, uma vez que ainda não tinha sido elaborado e sendo uma proposta realizada pela Sr.^a Enf.^a orientadora, mostrei interesse nesta tarefa uma vez que estava também relacionada com o tema já abordado previamente no MCAF. O manual descreve as funções da equipa

multidisciplinar, ou seja, Enfermeiro, médico e secretária clínica na consulta de tratamento de feridas e encontra-se em apêndice deste relatório (Apêndice III). Na UCSP procurei verificar quais as necessidades do serviço e foi enquadrada como necessidade a organização do carro de emergência. Embora não esteja diretamente relacionado com a minha área de especialização, é atualmente o contexto onde presto cuidados, e onde tenho experiência relevante pelo que considere importante realizar esta organização, não só por ser uma necessidade atual no serviço, mas também por ser importante para promover a saúde e segurança dos utentes e famílias que frequentam a unidade de saúde.

Assim, considero esta experiência como uma mais-valia para a minha aprendizagem, fazendo parte das competências comuns do Enfermeiro Especialista, abrangendo não só a melhoria da qualidade como também a prestação de cuidados seguros, colocando ao serviço da equipa as competências desenvolvidas em outros domínios/contextos de prestação de cuidados. Esta tema abrange nomeadamente as seguintes unidades de competência: “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” e “Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco” (OE, 2019).

Estes cuidados de qualidade implicam uma prática de Enfermagem baseada em evidência científica, sendo que a teoria se constitui como um sistema de conceitos que tem como objetivo orientar a prática e a investigação. Em qualquer profissão, é imprescindível a teoria para explicar a prática e esta deve ser atualizada de forma constante “(...) à luz de novos conhecimentos e perceções” (Gottlieb, 2016, p.56). Todos os Enfermeiros necessitam de ter uma perspetiva teórica como base do seu cuidar e ir alterando a mesma conforme a evolução da sua experiência profissional e através do adquirir de novos conhecimentos (Gottlieb, 2016).

Neste sentido, considero essencial a atualização dos meus conhecimentos e nos estágios tive oportunidade de o fazer, não só pelo interesse que demonstrei em adquiri-los, como também pelos conhecimentos que me foram transmitidos pelas Enfermeiras orientadoras e pelo material que me disponibilizaram. Também me foi possível assistir a formações sobre aleitamento materno, alimentação nos primeiros anos de vida, HTA, terapia compressiva, entre outros temas, onde me atualizei sobre as mais recentes evidências. De forma a sustentar a minha prática, procurei realizar pesquisas em bases de dados de forma a garantir a maior atualização das minhas intervenções bem como garantir a segurança nos procedimentos. Focando deste modo as competências: “Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos”; “Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação”; “Investiga e colabora em estudos de investigação”; “Interpreta, organiza e

divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem” (OE, 2019).

3.1.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

De acordo com a OE (2019), o Enfermeiro deve gerir os cuidados prestados, articulando os mesmos com a restante equipa de saúde e colaborando nas decisões multidisciplinares. Deve referenciar utentes para outro membro da equipa quando necessário e gerir os recursos disponíveis na prestação de cuidados. Mattos e Balsenelli (2019) referem que os cuidados devem ser organizados em equipa e que deve existir liderança por parte do Enfermeiro para a promoção do bem-estar da comunidade com responsabilidade, tomada de decisão e comunicação assertiva.

Considero que me senti integrada nas equipas de saúde de ambas as unidades, colaborando nos cuidados prestados à pessoa/família sempre com o objetivo do melhor cuidado possível. Notei que o Enfermeiro de Família assume a liderança no que diz respeito à promoção da saúde, através da realização de ensinamentos à população. Cada membro da equipa multidisciplinar tem as suas funções, e durante a prestação de cuidados promovi a intervenção de outros profissionais, quando necessário, nomeadamente referenciando o utente para o médico/hospital. Deste modo dei resposta às seguintes unidades de competência: “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados”; “Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade”; “Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade”.

3.1.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O Enfermeiro deve desenvolver o seu autoconhecimento e reconhecer os seus limites, tanto a nível pessoal como profissional. É assertivo na comunicação com o outro baseando, como já referido, a sua prática em evidência científica e realizando estudos de investigação (OE, 2019).

A prática de Enfermagem de cada profissional encontra-se “(...) enraizada na tradição, conhecimento e experiência, assim como na cultura e nas práticas normativas do seu ambiente de trabalho (...)” (Gottlieb, 2016, p.41). De acordo com a mesma autora, quando o Enfermeiro está ciente das suas crenças e valores, consegue colocar-se numa posição de controlo sobre as suas próprias práticas, denotando a importância do autoconhecimento no cuidado ao outro. Assim, não é possível diferenciar a componente pessoal da componente profissional, encontrando-se enraizadas e só assim se constrói um Enfermeiro completo e humano.

A comunicação enfermeiro-utente está diretamente relacionada com os resultados obtidos na consulta, ou seja, “(...)a forma como o Enfermeiro desenvolve cada etapa da consulta vai ser fundamental não só para ser efetivo no alcance de ganhos em saúde (...) mas também para permitir o valor social da própria consulta de Enfermagem” (Melo, 2021, p.18). Assim torna-se imprescindível que conduza a consulta com assertividade e respeito, de forma que se obtenha um ambiente de confiança plena.

Para manter um ambiente de respeito mútuo promovi hábitos como os que são descritos por Melo (2021) para tornar a consulta de Enfermagem, uma consulta de qualidade. Algumas dessas ações são: chamar o utente na sala de espera, pelo nome e de forma clara, sem expor o que o traz à consulta e encaminhando-o à sala de Enfermagem; inclinar-me na direção da pessoa, sem braços cruzados e olhar para o utente cerca de 60% do tempo da consulta; dar feedback enquanto ouço o utente, acenando com a cabeça; usar o nome do utente durante a conversa e ter como base as ideias expostas pelo mesmo, demonstrando que o valorizo. Considero que durante os estágios consegui aplicar estas ações, uma vez que parte delas já estavam enraizadas na minha prática profissional. Demonstrei sempre disponibilidade e respeito pelo outro, o que me permitiu colaborar nas consultas e sentir confiança por parte dos utentes e famílias.

3.2. *COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS*

De acordo com a OE (2018, p.19354) as competências especializadas “visam promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados”. As competências específicas de Enfermagem de Saúde Familiar são: Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018).

3.2.1. *CUIDA A FAMÍLIA, ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS, E DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS, AO LONGO DO CICLO VITAL E AOS DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO*

Esta primeira competência do Enfermeiro Especialista pressupõe que observe a família como a sua unidade de cuidados, capacitando-a e focando-se nela como um todo, não esquecendo cada um dos seus membros individualmente, ao longo do seu ciclo vital e também a nível das transições de vida (OE, 2018).

Relativamente às unidades de competência **“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”** e

“Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença em situações complexas”, devemos estabelecer uma relação com a família, considerando-a a nossa unidade de cuidados. A família autodetermina-se e é caracterizada pela presença de vínculos afetivos entre os seus membros, pelo que deve ser realizada uma abordagem numa perspetiva sistémica (Figueiredo, 2020). O sistema familiar é complexo, apresenta características únicas e é dinâmico, encontrando-se em constante mudança.

Durante as consultas de Enfermagem procurei entender de que forma poderia promover a saúde com o foco na família e realizei ensinamentos como: promover a adoção de estilos de vida saudáveis, adaptados aos hábitos daquela família; promover alterações graduais para serem passíveis de adotar; encorajar a realização de atividades em família, que promovam tanto a saúde do utente que se encontra presente na consulta, como da restante família. Também procurei incentivar as caminhadas em casal, para promover o retorno venoso, o processo cicatricial de uma ferida, a melhoria da mobilidade articular e a redução da dor, aconselhei sobre a diminuição do teor salino das refeições da família, bem como o consumo de gorduras, promovendo a saúde sistémica.

Na aplicação do MCAF a uma família, durante o estágio II, consegui promover vários destes hábitos saudáveis bem como iniciar a criação de uma relação de confiança com a família, atuando em parceria e de acordo com as suas necessidades. Focando a família como um todo, na sua globalidade, consegui promover a saúde com base nas necessidades atuais de cada família. Ao promover bons hábitos de vida é possível prevenir o aparecimento de doenças e em caso de presença destas, as suas complicações. Ao longo do tempo, à medida que ia acompanhando cada família, ia monitorizando o efeito das intervenções, através da comunicação com a pessoa e família, compreendendo que hábitos teriam alterado e o impacto disso na vida pessoal e familiar. Neste sentido a consulta de Enfermagem constitui-se como única e insubstituível uma vez que se mantém a visão de promoção da saúde (Melo, 2021).

Consegui compreender a importância de trabalhar com a família no que são as suas necessidades em saúde, pois só assim é possível estar aberta à mudança e demonstrar-se disponível para ouvir e obter informações por parte do Enfermeiro. Durante os estágios observei diversas situações que espelharam este facto, nomeadamente no âmbito de uma consulta de saúde infantil em que me encontrava a realizar ensinamentos a uma criança com cerca de sete anos. A mãe encontrava-se desatenta aos ensinamentos, o que me fez observar que parte da informação que transmiti àquela família, não iria ser retida ou aplicada. Percebi que apesar de importantes, os ensinamentos que estava a transmitir, naquele momento, não faziam sentido para aquela família, ou seja, não estavam abertos à mudança. Neste sentido procurei perceber as necessidades da família naquele momento e realizar ensinamentos nesse sentido.

Pelo contrário, também no âmbito de uma consulta de tratamento de ferida, encontrava-se presente um casal em que um dos elementos tinha uma ferida crónica. Ambos os membros do casal se mostravam interessados em seguir hábitos para promover a sua saúde, sendo os próprios a tomar a iniciativa de questionar. Mostravam empenho em alterar hábitos de vida como a sua alimentação e exercício físico. Várias situações destes dois tipos surgiram durante os estágios deste Mestrado, o que me fez vivenciar e compreender a importância de ensinar consoante nas necessidades.

As unidades de competência **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”** e **“Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de Enfermagem”** pressupõem que é realizado o processo de Enfermagem e que este vai sendo atualizado ao longo do tempo. Em todas as consultas realizei a colheita de dados das famílias, sendo que estes dados vão sendo atualizados em todas as vindas da pessoa/família à consulta, ou quando necessário. Compreendi a importância de manter os dados da pessoa atualizados de modo a servirem de comparação com dados anteriores, como é o caso dos parâmetros antropométricos, por exemplo. Compreendi que a avaliação do risco de Diabetes *Mellitus* é importante também no sentido de informar a pessoa da possibilidade daquele diagnóstico no futuro, o que poderá promover alguma mudança de hábitos de vida. O reforço positivo também foi realizado, quando existia uma alteração positiva nos parâmetros ou a adoção de um hábito saudável como a realização de exercício físico.

Também a comunicação e interação entre os membros da família vai influenciar a saúde de cada um deles e, segundo Minuchin (1979) citado por Alarcão (2006, p.62), “(...) não existe diferença qualitativa entre famílias funcionais e famílias disfuncionais, todas as famílias se situam num *continuum* (...)” Segundo os mesmos autores, mesmo numa família funcional é possível existirem períodos de maior emaranhamento ou de maior desmembramento, de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontram, daí ser tão importante o Enfermeiro de Família, de modo a enquadrar o que sentem e ao mesmo tempo capacitá-los a lidar com o problema presente.

Ao longo das consultas foi-me possível avaliar várias famílias, aplicando Escalas de Avaliação Familiar, sendo que utilizei instrumentos como a escala de Apgar Familiar, *Graffar* e Faces II, bem como o genograma e o ecomapa. Estes instrumentos são uma ferramenta importante na colheita de dados sobre a família e oferecem informações acerca do funcionamento familiar e do seu desenvolvimento. Permitem identificar a estrutura interna e externa da família, bem como os vínculos entre os seus membros, numa perspetiva transgeracional de acordo com as crenças da própria família (Figueiredo, 2020). Na aplicação destes instrumentos é

importante obter o consentimento informado e promover a contribuição ativa de todos os membros da família presentes e, se necessário, solicitar a sua presença em contactos futuros.

Neste sentido, realizei no âmbito do estágio III um Estudo de Caso de uma Família em que um dos membros apresentava uma ferida crónica. Procurei compreender toda a dinâmica familiar com entrevista e aplicação de escalas como as referidas acima e também a escala de risco de quedas de *Morse*, escala de risco de úlcera por pressão de *Braden* e escala de avaliação da exaustão de *Zarit* (Cuidador Informal), bem como realização de um plano de cuidados direcionado para as necessidades identificadas. Este trabalho encontra-se em apêndice deste relatório (Apêndice IV).

O conhecimento das interações da família com os sistemas e indivíduos externos permitiram-me entender quais delas são estimuladoras e quais provocam tensão na família/pessoa. Como exemplo de cada um destes tipos de relação temos: um utente que vem à consulta de Enfermagem de tratamento de ferida, preocupado com a sua saúde e com a influência da transição saúde-doença que está a atravessar, e apresenta-se feliz com a visita dos familiares que moram no estrangeiro, deixando-se influenciar pela positividade dos mesmos; uma utente na consulta aberta por doença aguda, comunica-me os problemas que vive atualmente no trabalho e como isso afeta o seu dia-a-dia e a sua saúde, tendo-se sentido impedida de ir ao centro de saúde por pressão no trabalho. A intervenção do Enfermeiro passa também por demonstrar presença e respeito, promover hábitos saudáveis e reavaliar noutra contacto os efeitos das suas intervenções.

Tendo em conta o ponto “**Desenvolve a prática de Enfermeiro de Família baseada na evidência científica**” e observando o panorama da atualidade, consegui perceber que, embora as competências especializadas sejam uma mais-valia para os utentes e para os próprios serviços de saúde, são também desvalorizadas. Neste sentido, considero imprescindível que os Enfermeiros Especialistas promovam a sua prática especializada com base em evidência científica. A PBE possibilita obter uma melhor decisão em saúde e encontra-se relacionada com o conceito de “boas práticas”, que permitem fundamentar os cuidados e que estes sejam cuidados de qualidade (Lima, Miranda & Pessoa, 2021). De acordo com os mesmos autores, o Enfermeiro que promove uma PBE, deve entender a disciplina da Enfermagem como arte e ciência, distanciando-se de uma prática mecanizada e repetitiva.

Quando nos referimos a “evidência” salientamos estudos realizados, pesquisas, indicadores de diagnóstico, entre outros aspetos, que devem ser conectados à experiência nos cuidados para a tomada de melhores decisões em saúde (Ferraz, Schneider & Pereira, 2020). Durante os estágios considero ter prestado cuidados com recurso a uma PBE, tendo atualizado

conhecimentos ao longo do tempo, de acordo com as mais recentes evidências e também com o acompanhamento das Enfermeiras orientadoras. Procurei ainda aplicar a teoria aprendida durante este Mestrado, focando sempre a família.

Nos pontos **“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”** e **“Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”**, considero que o Enfermeiro deve estar presente nas situações de transição. A vida da família corresponde a “(...) uma sequência de fases ou etapas, que se iniciam com a formação da família e prosseguem até que esta se dissolva (...)” e ao longo destas etapas, ocorrem mudanças em cada um dos seus membros e na família, enquanto unidade, de acordo com Figueiredo (2020, p.51), citando Relvas (2000). Existem diversas definições das etapas do ciclo vital, sendo que Relvas define cinco estádios e este autor, citado por Figueiredo (2020), diz que o estádio em que a família se encontra é definido pela idade do filho mais velho. Eles são: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos. Apesar de poder ser estabelecida, teoricamente, uma abordagem linear do ciclo vital, estas etapas podem sobrepor-se originando situações complexas de alteração da dinâmica familiar, questões sociais, económicas e emocionais (Figueiredo, 2020).

Durante os estágios refleti que a transição para a parentalidade se constitui como um momento em que ocorrem mudanças de identidade a nível pessoal e uma transformação importante na relação do casal, algo que poderá ser difícil de gerir e que torna essencial a presença e acompanhamento do Enfermeiro. A gravidez leva inevitavelmente a uma centralização na mulher, o que poderá resultar num afastamento dos cônjuges e, quando nasce a criança, há um aparecimento de novas funções do casal de modo que seja possível atender às necessidades do novo membro da família (Figueiredo, 2020).

Durante o estágio III, mais propriamente na UCSP, observei que atualmente os “pais de primeira viagem” (ou seja, pais que o são pela primeira vez) estão mais presentes nas consultas e estão bastante informados relativamente aos cuidados ao primeiro filho. Por outro lado, ainda é notável a predominância da mãe nos cuidados ao bebé.

Neste sentido, considerei importante a aplicação de duas escalas sobre a questão da parentalidade a um casal, sendo que foi aplicada a Escala de Confiança Parental de *Karitane* (Crncec, Barnet & Matthey, 2008) ao pai e a Escala da Mãe e do Bebé adaptada para a população portuguesa, à mãe (Serenó, Maroco & Leal, 2012). Foi obtido o consentimento informado da família, de forma verbal e a família assentiu. Apesar de se aparentarem bastante confiantes com o cuidado ao seu bebé, verifiquei com a aplicação destes instrumentos que existiam pontos importantes a serem abordados numa intervenção futura. O pai obteve um

score de 33, equivalendo a um “*Moderate clinical range*” de acordo com os autores e este score mostra que o pai poderá estar a experienciar baixos níveis de confiança parental (Crncec et al., 2008). A Escala da Mãe e do Bebê, apresenta várias subescalas que são: instabilidade/irregularidade; irritável durante a alimentação; estado de alerta/reactividade; estado de alerta durante a alimentação; facilidade; falta de confiança nos cuidados a prestar ao bebê; falta da confiança para alimentar o bebê; confiança global. De entre cada um destes pontos são obtidos scores, sendo que os mais elevados sugerem maior insegurança no ponto referido. Neste sentido a mãe apresentou scores mais elevados nos pontos “instabilidade/irregularidade”, “estado de alerta/reactividade” e “falta de confiança para alimentar o bebê”.

Seria importante para esta família bem como para as famílias às quais são prestados cuidados, a aplicação de instrumentos de avaliação para compreender as suas reais necessidades e a partir daí atuar consoante as mesmas, criando um plano de cuidados em parceria com a família e realizando educação para a saúde nesses pontos chave. Os instrumentos aplicados apresentam-se em apêndice do relatório (Apêndice V).

Observei de forma regular outras duas fases do ciclo vital, nomeadamente a família com filhos adolescentes/filhos adultos, em que o casal adota uma posição intermédia face aos restantes membros da família. Por um lado, têm de se organizar para cuidar da geração mais nova, promovendo a sua autonomia e, por outro lado, apoiam a geração mais velha, lidando ainda com o seu próprio envelhecimento. Notei que os casais que se encontram nesta fase apresentam muitas vezes momentos de maior ansiedade por terem dificuldade em gerir as várias situações em simultâneo e por se sentirem responsáveis pela saúde da restante família. A consulta de Enfermagem é importante para promover a expressão de emoções por parte da pessoa/família e validar essas mesmas emoções, referenciando para outros profissionais se necessário.

O envelhecimento implica uma diminuição gradual da autonomia e alterações a nível individual como na autoimagem, identidade pessoal e mudanças de papéis a nível familiar e social, segundo refere Figueiredo (2020) citando Sequeira (2010). De acordo com a mesma autora “(...) a doença de um dos membros da família constitui-se como uma crise ou transição acidental na família (...)”, sendo que vão sofrer perturbações ao nível da sua dinâmica e estabilidade (Figueiredo, 2020, p.58). Durante a vida da família ocorrem situações de *stress* e crise e qualquer uma delas pode levar a “(...) uma transformação dos seus padrões transacionais, de forma a que o próprio sistema evolua sem fazer perigar a sua identidade e continuidade” (Alarcão, 2006, p.93). Por outro lado, a crise funciona para a família como uma

porta de entrada para a mudança, sendo esta uma altura privilegiada para iniciar um processo terapêutico, neste caso com o Enfermeiro de Família (Alarcão, 2006).

Tanto nas transições normativas do ciclo vital, como numa transição saúde-doença, é necessário que as famílias mobilizem os recursos que já possuem e que utilizem estratégias de *coping* para a sua resolução. Figueiredo (2020) também refere que o importante não é só ter recursos, mas sim a capacidade que a família tem para os mobilizar em situações de desequilíbrio. O facto de a família ter ultrapassado experiências anteriores semelhantes à atual, poderá levar a que a crise atual seja resolvida com sucesso (Figueiredo, 2020). Neste sentido, procuramos identificar os pontos fortes da família, ou seja, as suas forças e segundo Gottlieb (2016), todas as pessoas possuem forças às quais recorrem diariamente e que são invocadas em momentos de maior fragilidade.

Cabe então ao Enfermeiro de Família facilitar a compreensão por parte da família das forças que possui, de modo a que se consciencialize do que tem capacidade de atingir e superar (Gottlieb, 2016). Todo este trabalho implica uma relação de parceria, com definição de objetivos em função das necessidades da família, nomeadamente numa ótica de parceria colaborativa que consiste numa abordagem centrada na pessoa e no seu *empowerment*. O resultado desta parceria “(...) proporciona à pessoa o ganho de conhecimento, competência e confiança, para assumir um maior controlo nas suas próprias decisões e cuidados de saúde (...)” (Gottlieb, 2016, p.374).

Numa consulta de saúde infantil, nomeadamente dos sete anos de idade, estava a realizar ensinamentos à criança e à mãe e procurei promover por parte da criança a expressão de sentimentos e emoções aos pais, sendo estes os principais pilares da sua vida. Ao conversar com a família, a mãe revela uma situação de *bullying* vivida pela filha na escola, que foi resolvida de forma mais célere e tranquila para a criança com comunicação intrafamiliar. Aqui notei que, tanto para a mãe como para a filha, foi importante mencionar este assunto sendo esta considerada uma força daquela família. Procurei indicar este facto, salientando que em situações futuras já terão este recurso para as ultrapassar de forma mais eficaz.

Ao ouvir cada família, sem realizar juízos, procurei capacitar a família para gerir a sua saúde, tendo em conta as suas necessidades. Validei que se a família/utente se encontra a passar por uma situação mais complexa, devo focar as suas necessidades naquele momento porque só assim a informação que estamos a transmitir será retida e aplicada. É pertinente e necessário que o Enfermeiro consiga atuar ao longo de todas as etapas do ciclo vital, em parceria com a família, sendo elas ricas em mudanças e desafios, podendo por vezes sobrepor-se umas às outras. Durante os estágios foi-me possível acompanhar as famílias e focar as suas necessidades e as de cada membro, pelo que fui gradualmente estabelecendo

uma relação de maior proximidade com as famílias. Acredito que só acompanhando as famílias em vários processos de transição e fases da vida, é possível a criação de uma relação de ajuda e de plena confiança.

No último ponto: “**Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de Enfermagem de saúde familiar**”, o Enfermeiro deve envolver-se em todo o processo do cuidar e no trabalho com as famílias, e há vários pontos importantes: um deles é o diálogo, que tem o propósito de facilitar a consecução dos seus objetivos e durante o mesmo deve existir uma atitude de não julgar, ou seja, de aceitação do outro. De acordo com Gottlieb (2016), o “não julgar” significa que, apesar de o Enfermeiro ter as suas próprias crenças e valores, não condena e não critica as crenças e valores do outro, demonstrando tolerância para as mesmas. Isto significa que deve promover o entendimento daquela situação em específico, pela perspetiva da pessoa, começando por escutar o que a pessoa está a comunicar.

É importante compreender as escolhas da família, procurando a evidência por detrás das mesmas e não criticar, sendo a crítica desencorajadora (Gottlieb, 2016). É importante ainda perceber que existem barreiras à comunicação, como o idioma, a cultura, a linguagem técnica e a falta de empatia, entre outras (Borba, Santos & Puggina, 2017). De acordo com os mesmos autores, “para que o processo de comunicação seja efetivo e assertivo é imprescindível o entendimento entre os envolvidos” sendo que as barreiras apresentadas acima podem comprometer o cuidado de Enfermagem (Borba et al., p.59, 2017).

O respeito pelo outro permite que o Enfermeiro o aceite como é, refletindo-se na sensibilidade com que o aborda num momento de fragilidade e, de acordo com Gottlieb, as pessoas tendem a confiar nos Enfermeiros, sendo estes profissionais que tratam o outro com dignidade e respeito. Quando o Enfermeiro dispõe de tempo para ouvir e conhecer a família, tem maior probabilidade de ganhar o seu respeito e confiança (Gottlieb, 2016).

Para além de todos estes aspetos, envolver-se na prática da profissão inclui também promover a responsabilização do utente pela sua própria saúde. Refleti, ao longo dos estágios, que muitos utentes e famílias não se responsabilizam pela sua própria saúde, colocando toda essa responsabilidade na equipa de saúde. Numa situação no âmbito de uma consulta de saúde infantil dos cinco anos de idade, estava presente a criança, a irmã e a mãe. Questionamos se existiam outras situações de *stress* no âmbito da família, ao que a mãe faz referência à filha mais velha, de 18 anos de idade, que apresenta consumos nocivos, referindo que esta não tem capacidade para ser responsável pela sua própria saúde, pedindo uma consulta médica para a filha. Através do diálogo procurámos promover a ideia de que cada um se deve responsabilizar pela sua própria saúde, promovendo-a.

Neste sentido surge o conceito de paternalismo em saúde “(...) em que o prestador de cuidados de saúde é o perito que sabe o que é melhor para a pessoa, e espera que a pessoa cumpra o regime terapêutico prescrito” (Gottlieb, 2016, p.23), sendo esta uma abordagem dos cuidados com uma relação hierárquica. Atualmente é promovida a parceria colaborativa nos cuidados para que o Enfermeiro reconheça a experiência do outro e que juntos elaborem um plano de cuidados direcionado para as suas necessidades. Também emerge o conceito de literacia em saúde, definida como “a capacidade da pessoa de aceder, compreender, avaliar e depois usar a informação sobre saúde”, segundo indicam Sorensen et al. (2012), citado por Smith (2021, s.p.). Ou seja, não é apenas conhecer a informação, mas aplicá-la, criando nas pessoas “(...) a capacidade de assumirem mais responsabilidades pela sua saúde” (Smith, 2021, s.p.)

Considerarei este processo de capacitação difícil de realizar, uma vez que muitas famílias ainda apresentam enraizada a ideia paternalista. Segundo Souza, Vendruscolo e Zocche (2021) é possível realizar esta capacitação, promovendo a participação do indivíduo e família no seu próprio processo de saúde, levando a um aumento do seu autoconhecimento e autocuidado. Para isto é importante a relação de confiança entre famílias e profissionais, algo que só é possível com interação contínua e um clima de respeito.

Ao longo da minha prática clínica procurei estar envolvida na comunicação e interação com cada família/utente, não criticar e entender o ponto de vista da família, de modo a poder ajudá-la naquele momento de maior vulnerabilidade. Um ambiente seguro durante esta interação é fundamental para promover também o conforto do utente na presença do Enfermeiro e posso afirmar que senti encontrar-me num espaço privilegiado para tal, o gabinete de Enfermagem. Este espaço permitiu-me comunicar, interagir e prestar cuidados às famílias de forma efetiva, com privacidade e respeito. Também os domicílios dos utentes e famílias foram espaços importantes para comunicar com os utentes, sendo este um espaço onde é possível observar interações e dinâmicas familiares.

3.2.2. LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O primeiro ponto é: **“Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”**. É importante que o Enfermeiro consiga articular a sua prestação de cuidados com a restante equipa, referenciando o utente para outros profissionais/instituições de saúde (OE, 2018). O trabalho em equipa constitui-se como uma ferramenta essencial no cuidar em Enfermagem, sendo este definido como uma atuação coletiva em que existe uma relação entre os profissionais tendo em vista a saúde do utente (Guimarães, Garanhani & Haddad, 2018). Segundo os mesmos autores, este trabalho

“(…) requer alta complexidade de saberes, envolve diversas habilidades e atitudes por parte de todos os seus integrantes, sem deixar de considerar a própria complexidade inerente ao ser humano (Guimarães, et al., 2018, p.465).

A aprendizagem desta competência, deve ser promovida no início da formação dos Enfermeiros, uma vez que cada área profissional possui as suas competências específicas e só assim é possível cuidar o outro da melhor forma, de acordo com os autores supracitados.

Consegui identificar que nas equipas multidisciplinares das unidades existe uma boa articulação de conhecimentos e práticas entre os seus membros e tive oportunidade de participar nessa dinâmica. Considero que na minha prestação de cuidados promovo esta competência sempre que necessário, nomeadamente quando o cuidado está fora da área de competência de Enfermagem ou quando está dentro da minha competência, mas existe algum Enfermeiro/Enfermeiro Especialista e/ou com Competências Acrescidas/Avançadas, mais experiente/perito na área. Esta referenciação é realizada com o objetivo de obter outra opinião e o melhor cuidado possível para o utente, sendo sempre esse o nosso objetivo enquanto equipa.

A título de exemplo: no caso de doença aguda, o utente é encaminhado para o médico de modo a ser observado e medicado e eu, enquanto Enfermeira, realizo as ações educativas necessárias dentro da minha área de competência profissional, de forma autónoma; no caso de uma pessoa com ferida, apresentando-se esta ferida com sinais de infeção, é informado o médico para observar e medicar se considerar necessário, sendo o tratamento à ferida realizado por mim com base nas minhas competências profissionais.

Também é realizada a referenciação para outros serviços de saúde, nomeadamente o SU ou consulta de especialidade em âmbito hospitalar, denotando grande preocupação de todas as equipas das unidades com a promoção da saúde do utente. O encaminhamento é feito em situações em que as unidades não possuam os recursos necessários para responder à situação, como Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) ou numa situação de urgência em que será encaminhado para o SU. Assim, as famílias são observadas e encaminhadas corretamente para os serviços e recursos disponíveis na comunidade de modo a melhorar a qualidade dos cuidados e a obter ganhos em saúde.

No segundo ponto, “**Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção**”, o Enfermeiro deve ser gestor dos seus próprios cuidados, documentando a informação através dos sistemas de informação disponíveis (OE, 2018). Para além da perspetiva curativa e de promoção da saúde, é imprescindível a prevenção, apresentando esta quatro níveis: prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. A prevenção

primária consiste em evitar o aparecimento da doença, realizando o aconselhamento de hábitos de vida saudáveis como uma alimentação equilibrada e prática de exercício físico. A prevenção secundária tem como objetivo diminuir as sequelas ou consequências de uma doença já diagnosticada. A prevenção terciária consiste em realizar procedimentos que reduzam o impacto de determinada doença, como por exemplo, reabilitação no caso de ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Moreira & Perez, 2023). De acordo com o SNS (s.d.), a prevenção quaternária consiste na não realização de cuidados/procedimentos lesivos para o utente. Segundo Souza et al. (2021), exemplos são a medicalização excessiva ou a realização de vários MCDT de modo a encontrar um diagnóstico, sendo estes nocivos para o utente.

É importante que exista por parte da equipa multidisciplinar uma reflexão em relação a este tipo de prevenção, por exemplo, no caso de uma pessoa a ser acompanhada em cuidados paliativos, de que forma determinado procedimento ou tratamento será benéfico para a pessoa tendo em conta riscos e benefícios, evitando a obstinação terapêutica.

A promoção da saúde e a prevenção da doença é realizada na USF e na UCSP, aos seus vários níveis, em todas as consultas de Enfermagem, nomeadamente com a realização de rastreios de diagnóstico de cancro da mama, cancro do colo uterino, cancro do cólon e reto e rastreio da retinopatia diabética. De acordo com a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) (s.d.), o cancro da mama apresenta uma elevada incidência na população portuguesa e um elevado grau de mortalidade, sendo que em 2020, de cinco milhões de mulheres, 7000 casos foram diagnosticados.

Para além dos rastreios, também é realizada a prevenção através da: vacinação; promoção da auto-palpação da mama; vigilância do pé da pessoa diabética; promoção de hábitos de vida saudáveis; entre outros aspetos. Durante os estágios realizei prevenção da doença e de complicações das doenças já existentes através da realização de ensinamentos em todas as consultas de Enfermagem e em função das necessidades das famílias. Após todas as consultas são utilizados os sistemas de informação e tecnologias para registar os cuidados prestados e todos os dados relevantes, garantindo a continuidade de cuidados e a efetiva monitorização das intervenções autónomas do Enfermeiro.

Numa ótica de prevenção e promoção elaborei um folheto informativo, tal como referido no primeiro capítulo do relatório, abordando uma temática atual e pertinente. Tal como é possível observar na análise de indicadores realizada neste trabalho, existe uma grande prevalência da dor e doenças do foro articular e, de acordo com Silva (2016, p.1.2) “(...) as doenças reumáticas constituem o mais comum dos sofrimentos crónicos da espécie humana, induzindo dor, sofrimento e incapacidade física(...)” e segundo este autor, estudos sugerem que cerca

de 30 a 40% da população evidencie sinais e sintomas musculoesqueléticos. Também ao longo das vivências em estágio e também na vida profissional, empiricamente denotou-se um aumento da incidência de sintomas como dores articulares e dores musculares, e como estas afetam de forma significativa o dia-a-dia das pessoas, até na realização das atividades de vida diárias. Neste sentido considerei pertinente este tema, também em concordância com a Sr.^a Enf.^a orientadora, sendo os objetivos finais a promoção da saúde e a prevenção de complicações no futuro.

De entre as problemáticas encontradas durante os estágios procurei focar uma delas, do meu interesse, que representasse uma situação atual e recorrente nos CSP e que fosse uma área pouco estudada conectada a este curso de Mestrado. Assim, optei por realizar um estudo de investigação sobre a forma como uma ferida crónica influencia a família no que é a sua dinâmica e funcionamento. Ao observar na minha prática situações em que claramente senti que era necessário aprofundar este tema no âmbito da família e sendo um tema pouco abordado, procurei compreender melhor o mesmo e que tipo de intervenções os Enfermeiros de Família poderiam implementar na sua prática.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA – REVISÃO SCOPING

A PBE como conceito surgiu em 1990 no campo da medicina e prática médica e evoluiu rapidamente para outras áreas profissionais e é considerada a melhor prática no sentido em que é importante “(...) basear as políticas de saúde e práticas de cuidados de saúde sobre a melhor evidência internacional disponível e de traduzir o conhecimento ou evidência em ação (...)” (Apóstolo, 2017, p.5). Assim é possível realizar uma tomada de decisão clínica com base na evidência disponível, tornando o objetivo dos cuidados, obter o melhor resultado em saúde. Neste sentido foram desenvolvidas metodologias que permitem “(...) suportar o desenvolvimento da síntese e implementação da evidência” (Apóstolo, 2017, p.7).

O *Joanna Briggs Institute* (JBI) é uma organização internacional que se concentra na melhoria dos resultados em saúde, permitindo a produção e disseminação de evidências (JBI, 2020). Neste sentido optei por realizar uma RS uma vez que esta permite mapear o conhecimento existente sobre determinado tema, bem como clarificar conceitos e identificar lacunas no conhecimento (JBI, 2020). Inicialmente elaborei um protocolo de RS, para explicar de que forma o estudo iria ser conduzido, depois foi realizado o estudo em si, que se encontra apresentado de seguida, em forma de artigo.

Escolhi o tema da ferida crónica na família, como já explicado anteriormente, por considerar ser um tema pouco estudado em Portugal, por ser uma problemática muito presente atualmente e por ser pouco referida a ligação entre a ferida crónica e a família, algo que é claramente notável na prática de Enfermagem.

4.1. PROTOCOLO DA REVISÃO SCOPING

O protocolo da RS tem como título: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar no cuidado à ferida crónica em contexto de Cuidados de Saúde Primários - Revisão *Scoping*.

4.1.1. RESUMO

Introdução: A ferida crónica constitui-se como uma problemática a valorizar atualmente devido à sua elevada incidência e prevalência, pelo que se torna pertinente identificar conhecimentos e práticas baseadas na evidência sobre o cuidar à ferida no contexto de CSP pois o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Familiar constitui-se como o profissional privilegiado para acompanhar utentes e famílias nesta situação. **Objetivo:** Identificar as intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar na prestação de cuidados à pessoa/família com ferida crónica em CSP. **Métodos:** Esta RS segue a metodologia do JBI. São incluídos artigos em português, inglês ou espanhol, entre 2018 e 2023, nomeadamente estudos desenvolvidos no contexto CSP. De acordo com

os critérios de inclusão, o processo de análise, extração e síntese de dados é realizado por um revisor independente. Os resultados são apresentados em forma de diagrama para RS, o diagrama PRISMA. **Resultados:** O mapeamento de intervenções de Enfermagem especializadas na pessoa e família com ferida, é importante para a promoção da saúde das comunidades. **Conclusão:** É esperado que os resultados desta revisão contribuam para a construção e divulgação de conhecimento científico nesta área de modo a promover cuidados de cada vez maior qualidade e excelência.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões, Enfermagem em Saúde Comunitária, Enfermeiras de saúde da família, Atenção primária à saúde.

4.1.2. INTRODUÇÃO

A pele é considerada o maior órgão do corpo e está constantemente sujeita a agressões externas que colocam em causa a sua integridade podendo surgir uma ferida. Uma ferida crónica é definida como uma ferida que não cicatriza adequadamente durante o período de tempo expectável e o cuidado à ferida vai muito para além do seu tratamento, incluindo fatores como a alimentação, atividade física, sono, entre outros (Silva, Silva & Macedo, 2021; Ollson et al., 2019; Alves et al., 2021b). Portugal tem uma elevada prevalência de feridas na população, sendo que as mais comuns são as feridas com maior taxa de cronicidade, como úlceras por pressão, úlceras de perna, feridas de pé diabético e feridas malignas (Melo, 2021).

Neste sentido, é de maior importância a prevenção das mesmas com recurso à promoção da saúde e ao acompanhamento das pessoas e famílias tendo em conta as suas comorbilidades. No caso das úlceras por pressão e úlceras de perna, é importante acompanhar a população com elevado grau de dependência no contexto domiciliário e com problemas cardiovasculares em questões como a alimentação e o exercício físico. Este acompanhamento deve ser iniciado em idades mais precoces, de modo a evitar situações de disfunção vascular. Num estudo de Alves constatou-se que o tempo médio de cicatrização de uma ferida é de 189 dias, mas, no caso das feridas crónicas esse tempo sobe para 412 dias. No mesmo estudo, o tratamento unitário de uma ferida crónica tem um custo aproximado de 11,01 euros (Melo, 2021).

Os padrões de alimentação e exercício constituem focos de atenção de Enfermagem Especializada e são avaliados pelo Enfermeiro numa ótica de prevenção da doença e promoção da saúde, e neste caso na prevenção de complicações (Melo, 2021). Na consulta de Enfermagem é possível perceber as necessidades do indivíduo e construir com este uma relação de modo a proporcionar alterações no seu estilo de vida, tornando o processo individualizado e contribuindo para uma melhoria no seu estado de saúde (Silva, Carolina &

Oliveira, 2022). O tratamento da pessoa com ferida está à responsabilidade do Enfermeiro e este é considerado um processo que necessita de conhecimento específico e que é complexo e dinâmico (Paula, Souza & Almeida, 2019). Segundo os mesmos autores, a avaliação e tratamento da ferida devem ser sistematizados de forma contínua e coerente para que exista, o mais rápido possível, uma cicatrização. Este é um processo dinâmico e sistemático e para melhorar a qualidade do mesmo é imprescindível a atualização de conhecimentos e a implementação da PBE (Silva et al., 2021; Paula et al., 2019).

Assim, a presença de uma ferida é considerada um problema de saúde e os tratamentos podem acarretar elevados custos financeiros, ao indivíduo e à instituição de saúde (Silva et al., 2022). Estes incluem não só os custos diretos, dos cuidados de saúde, como também indiretos como perdas de produtividade, baixas ou reformas por parte do utente com ferida crónica (Ollson et al., 2019). De acordo com o mesmo autor, os custos do tratamento de feridas crónicas representam cerca de 1 a 3% do total das despesas de saúde dos países desenvolvidos. Este valor é subestimado e encontra-se em crescimento devido ao envelhecimento da população e ao aparecimento precoce de doenças crónicas (Ollson et al., 2019).

A desnutrição está diretamente relacionada com uma maior suscetibilidade à infeção e pode também provocar atrasos na cicatrização. Consequentemente existirá uma redução da qualidade de vida da pessoa uma vez que há um aumento da morbilidade e mortalidade (Alves et al., 2021b). A desnutrição apresenta uma prevalência elevada principalmente a nível de estruturas residenciais para idosos e internamentos hospitalares e focando este ponto, é possível a prevenção de feridas no futuro (Alves et al., 2021b). De acordo com os mesmos autores, mesmo os idosos saudáveis apresentam défice de alguns nutrientes como o ferro, ácido fólico e zinco, o que vai condicionar a pele e consequentemente a cicatrização das feridas.

A perda de integridade cutânea leva a implicações não só do ponto de vista fisiológico como também poderá ter influência a nível psicossocial. Por exemplo, uma cicatriz poderá trazer um impacto funcional à pessoa, como a diminuição da amplitude dos movimentos numa zona articular e/ou o impacto na autoimagem, o que vai influenciar negativamente a sua vivência social nos mais diversos contextos (Alves et al., 2021a). A idade é um fator preponderante na saúde da pele, como já foi referido, e afeta também a probabilidade do aparecimento de feridas. No caso das crianças até aos seis meses, a pele não está completamente desenvolvida, o que leva a um risco aumentado de danos, por outro lado, a pele envelhecida apresenta uma taxa de cicatrização mais baixa, sendo vulnerável devido à taxa de hidratação estar diminuída, bem como a densidade das fibras de colagénio e elastina, entre outros

fatores. Também o processo cicatricial é mais lento devido à diminuição da velocidade metabólica (Alves et al., 2021a). Assim, podemos notar que as feridas estão presentes em toda a população, independentemente da idade, influenciando o seu dia-a-dia e a vida familiar.

Todos estes dados apoiam a relevância de tratar de forma mais rigorosa a consulta de Enfermagem de tratamento à pessoa com ferida, sendo importante não só a prevenção como o tratamento da ferida em si (Melo, 2021). Tendo como foco a ferida, o Enfermeiro deve verificar o tipo de ferida avaliando e monitorizando a sua evolução. Como intervenções deve executar o tratamento da ferida, limpeza, aplicação de tratamento primário e penso secundário, bem como orientar para um Enfermeiro com competência acrescida nesta área, se considerar benéfico para o utente. No foco cicatrização da ferida o Enfermeiro deve avaliar o conhecimento da pessoa/família acerca dos cuidados com a ferida, a adesão ao tratamento, o uso de substâncias, entre outros; ensinar o utente/prestador de cuidados/família nos cuidados a ter e providenciar material de leitura. No âmbito do status nutricional devem ser avaliados os parâmetros antropométricos e os alimentos que a pessoa ingere no seu dia-a-dia, planeando uma dieta com o utente e orientando para o serviço de nutrição se necessário.

É importante estar atento a sinais de infeção no local da ferida e executar o tratamento em conformidade, requerendo o serviço médico se necessário. O uso de substâncias é outro foco essencial uma vez que o tabaco e o álcool diminuem a eficácia do processo de cicatrização tecidual, pelo que este uso deve ser avaliado e a pessoa poderá ser orientada para estratégias de cessação tabágica. A dor é outro ponto importante nesta abordagem, pelo que são essenciais estratégias não farmacológicas de alívio da dor (Melo, 2021).

A promoção da saúde da pessoa, de um modo geral, é realizada pelo Enfermeiro, nomeadamente pelo Enfermeiro Especialista, sendo este um ponto chave nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária, da OE, em que a promoção da saúde é definida como a capacitação do utente para alcançar o seu máximo potencial em saúde (OE, 2017b). É importante que o Enfermeiro Especialista identifique a situação de saúde e recursos da população, crie oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, promova a otimização da adaptação aos processos de crescimento e desenvolvimento e forneça às famílias informação que gere novas aprendizagens (OE, 2017b).

Para isto deve ser realizada uma avaliação familiar sistemática recorrendo aos instrumentos padronizados, a aplicação de um plano de cuidados à família e a otimização dos recursos da família para obter melhores ganhos em saúde (OE, 2017b). Desta forma foram definidas as seguintes questões de investigação: Quais as intervenções de Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar no cuidado à pessoa/família com ferida crónica em contexto de CSP?

Quais os desafios na prestação de cuidados pessoa/família com ferida crónica em contexto de CSP?

4.1.3. MÉTODO DE REVISÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Esta RS segue a metodologia do JBI e consiste numa revisão de abrangência, ou seja, em verificar a extensão da atividade de investigação, mapeando áreas de estudo de modo a resumir e divulgar os dados de investigação (Apóstolo, 2017; JBI, 2020).

Foi utilizada para este estudo a mnemónica PCC: População, Conceito e Contexto. Esta mnemónica tem como objetivo construir um título claro de uma RS (Apóstolo, 2017; JBI, 2020):

- **População:** Esta RS pretende considerar estudos que integrem todos os indivíduos ao longo do ciclo vital e se possível o foco ao nível da família, com ferida crónica.
- **Conceito:** Serão incluídos estudos que integrem as intervenções do Enfermeiro Especialista no tratamento à ferida crónica. Serão excluídos estudos que integrem apenas o conceito de ferida aguda.
- **Contexto:** Para a revisão, serão integrados estudos realizados em contexto de CSP, tanto a nível ambulatorio como no contexto domiciliário dos utentes e famílias.
- **Tipos de fontes:** Nesta revisão serão incluídos todos os estudos qualitativos e quantitativos que respondam aos critérios de inclusão.

Existem ainda critérios de exclusão: artigos noutros idiomas; artigos em duplicado; intervenção em contexto hospitalar; foco nas feridas agudas.

4.1.4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa mostra de que forma esta foi realizada, de modo a selecionar os artigos relevantes. Inicialmente foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, tendo sido utilizadas as palavras-chave de acordo com os termos indexados, nos “títulos de tema CINAHL” e “MeSh”, respetivamente. Foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND” entre as palavras-chave selecionadas e posteriormente foi selecionado um intervalo de tempo de 6 anos, de 2018 a 2023, de modo a obter artigos atuais. A estratégia de pesquisa encontra-se representada na tabela seguinte (Tabela 3).

CINAHL (via EBSCO)		Limitadores	Resultados
S4	(S1 AND S2)	Data de publicação: 2018-2023	19
S3	(S1 AND S2)		113
S2	(MM "Wounds, Chronic") OR (MM "Wound Infection") OR (MM "Wounds and Injuries") OR (MM "Wound Healing")		36,563
S1	(MM "Community Health Nursing") OR (MM "Community Health Nurses")		20,905
MEDLINE (via EBSCO)		Limitadores	Resultados

S4	(S1 AND S2)	Data de publicação: 2018-2023	20
S3	(S1 AND S2)		261
S2	(MM "Wounds and Injuries") OR (MM "Wound Infection") OR (MM "Wound Closure Techniques") OR (MM "Wound Healing")		113,653
S1	(MM "Nurses, Community Health") OR (MM "Community Health Nursing") OR (MM "Nurse's Role") OR (MM "Family Nursing")		38,898

Tabela 3 – Estratégia de pesquisa realizada em outubro de 2023.

4.1.5. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Os artigos obtidos em ambas as bases de dados são exportados e é lido o título e resumo de cada um deles, aplicando os critérios de inclusão. Os artigos que apresentem relevância para o estudo serão integrados no número total de artigos utilizando o gestor de referências bibliográficas Mendeley®. Posteriormente será feita uma leitura dos textos na íntegra e será verificado se cumprem os critérios de inclusão e se não apresentam nenhum dos critérios de exclusão. Os resultados da análise de toda a informação, serão reportados na RS, utilizando o diagrama PRISMA.

4.1.6. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os artigos irão ser lidos e analisados com base na sua informação, extraíndo os dados quantitativos e qualitativos em forma de tabela, de modo a ficarem sintetizados e organizados, sendo validados por dois revisores. A tabela será modificada consoante as necessidades, de acordo com a informação obtida nos artigos.

Elementos Principais	Extração de dados	Descrição de dados
Identificação do Estudo	Referência, autores, ano, título, revista, nº de volume	
	Tipo de estudo	Estudo primário Revisões sistemáticas
Critérios de Inclusão e Exclusão	P – Todos os indivíduos ao longo do ciclo vital / Famílias C – Intervenções do enfermeiro especialista no tratamento à ferida crónica C – Estudos realizados em contexto de CSP	1. Sim 2. Não
Características da População	Quais são os participantes das intervenções?	1. Crianças 2. Adolescentes 3. Adultos 4. Idosos 5. Famílias
	Quem são os profissionais de saúde que implementam as intervenções?	1. Enfermeiros de cuidados gerais 2. Enfermeiros especialistas 3. Médicos 4. Equipa Multidisciplinar 5. Outros, especificar
Características das Intervenções	Qual a tipologia de intervenção implementada?	1. Tratamento à ferida crónica 2. Educativa 3. De suporte 4. De promoção da saúde 5. Outros, especificar
	Características gerais das intervenções	1. Individualmente

Características do Contexto	Qual o contexto de implementação da intervenção?	2. Em família 1. Unidade de Saúde (CSP) 2. Cuidados domiciliários 3. Outros, especificar
-----------------------------	--	---

Tabela 4 – Instrumento de extração de dados (PCC).

De seguida apresenta-se a RS realizada com base no protocolo apresentado, onde se encontram representados os resultados e as conclusões do estudo.

4.2. ARTIGO DE REVISÃO SCOPING

O estudo realizado tem o título: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar no cuidado à ferida crónica em contexto de Cuidados de Saúde Primários - Revisão *Scoping*. Neste capítulo encontra-se apresentado o restante artigo, com o resumo e com a informação a partir da análise e discussão dos resultados.

4.2.1. RESUMO

Introdução: A ferida crónica constitui-se como uma problemática a valorizar atualmente devido à sua elevada incidência e prevalência, sendo importante identificar conhecimentos e PBE. Este artigo tem como objetivos identificar as intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar na prestação de cuidados à pessoa/família com ferida crónica em CSP e os desafios nesta prestação de cuidados. **Métodos:** RS pela metodologia de JBI. Foram incluídos artigos em português, inglês ou espanhol, entre 2018 e 2023, em contexto de CSP. **Resultados:** 24 artigos selecionados que mencionavam a ferida crónica como uma problemática atual e pertinente a nível mundial. Surgiu também a dimensão dos custos associados aos tratamentos e da carga de trabalho de Enfermagem nesta área, importância da equipa multidisciplinar, integração das famílias no processo de cuidado, controlo da dor e formação adequada com programas que suportem a intervenção especializada. **Conclusão:** É importante que os Enfermeiros consigam realizar uma avaliação mais detalhada da pessoa e família. A família deve ser capacitada a promover a sua saúde, dado que os custos associados aos tratamentos são elevados a nível mundial, podendo ser reduzidos pela promoção da PBE e da intervenção especializada.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões, Enfermagem em Saúde Comunitária, Enfermeiras de saúde da família, Atenção primária à saúde.

4.2.2. ANÁLISE DE RESULTADOS

Após a pesquisa com todos os critérios já referidos, 39 artigos foram selecionados, obtidos pela pesquisa nas bases de dados *CINAHL* e *MedLine*. Foram excluídos 4 artigos por se encontrarem em duplicado, sendo que existiam 2 artigos que não se encontravam disponíveis e que foram solicitados aos autores, mas que à data de elaboração deste artigo não foi obtida

resposta. A estratégia de pesquisa encontra-se representada acima na tabela 3, tendo sido utilizado o instrumento para extração dos dados, representado acima na tabela 4.

Os resultados da análise de toda a informação, apresentam-se em apêndice, utilizando o diagrama PRISMA (Apêndice VI). Os artigos foram lidos e analisados com base na sua informação, extraíndo os dados quantitativos e qualitativos em forma de tabela, de modo a ficarem sintetizados e organizados, e posteriormente analisados por dois revisores.

Dos 33 artigos selecionados, foram removidos 2 (dois) por se encontrarem incompletos, uma vez que só tinham o *Abstract*. Ao ser realizada uma pesquisa para encontrar os artigos completos foi encontrado outro artigo incluído no número final para análise. Embora não estando presente na pesquisa inicial, foi incluído por fazer sentido para o estudo, apresentando informação relevante. Com 31 artigos nesta fase, foram excluídos 8 artigos pelos critérios de exclusão anteriormente definidos por, por um lado, apresentarem temas não mencionando diretamente a ferida crónica, e por outro lado abordando conceitos não relevantes para o estudo como ferida aguda, situações de trauma ou emergência médica. Por fim, obtivemos um total de 24 artigos para análise, incluindo o artigo adicionado após a pesquisa inicial.

Com um total de 24 artigos, de acordo com a análise feita, podemos notar que existe alguma evidência sobre o tema da ferida crónica, nas suas mais variadas tipologias, ainda assim não focam a temática em estudo, sendo poucos os artigos existentes. Observa-se uma quantidade semelhante deste tipo de estudo ao longo dos anos, tendo sido a pesquisa realizada com um intervalo temporal de 6 anos, desde 2018 a 2023. Em apêndice estarão representados os artigos incluídos nesta RS com as respetivas datas e países em que os estudos foram realizados, organizados do mais antigo para o mais recente (Apêndice VII).

Conseguimos observar que a maioria dos estudos tiveram lugar em Inglaterra nomeadamente 15 estudos, ou seja, 62,5% do número total. Seguem-se cinco estudos realizados na Austrália, ou seja 20,8%, dois nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 8%, um no País de Gales (+4%) e um na Eslovénia (+4%). Em termos de intervalo temporal, a maioria dos estudos foram realizados no ano de 2019 e é possível observar que o único estudo cujo título inclui a família é o mais recente, de 2022.

No que respeita a estes dados, são compatíveis com aquele que tem sido o avanço técnico e profissional relativamente à autonomia dos Enfermeiros Especialistas nos países em questão, em que é corroborado um maior trabalho e efetiva publicação de evidência. Dos artigos encontrados, a maioria deles são estudos qualitativos, ou seja, 19 estudos que equivale a

cerca de 79% do total. Três deles são estudos de síntese de evidência (12,5%), um quantitativo (+-4%) e um estudo misto (+-4%).

Em apêndice estão representadas as principais temáticas abordadas nos estudos, estando organizada de forma decrescente, da mais comum para a menos mencionada (Apêndice VIII). Estão ainda especificados os artigos que abordam a temática sendo que em algumas situações o tema é apenas referido no estudo e não explorado de forma aprofundada. Os temas mencionados foram considerados como sendo os mais presentes e os mais relevantes para este estudo.

Aproximadamente 91% dos estudos abordam a temática do tratamento da ferida crónica, 79% mencionam que os cuidados são realizados em contexto comunitário ou domiciliário, seguido por 54% dos estudos que abordam o “Enfermeiro Comunitário”, sendo que não é referido o Enfermeiro de Família. A promoção da saúde individual e educação para a saúde através de ensinamentos está presente em cerca de 33% dos estudos e a terapia de compressão em 25%. A integração das famílias no processo/plano de cuidados e a realização de ensinamentos não só individuais como às famílias estão presentes em aproximadamente 16% dos estudos, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança entre o Enfermeiro e o utente ou o estabelecer de uma parceria no cuidar (16%). O controlo da dor e o trabalho multidisciplinar/multiprofissional estão presentes em cerca de 12% dos artigos e os restantes temas correspondem a cerca de 8% (cada um deles), que são: educação dos profissionais, os custos em saúde/a sua redução, a abordagem holística no tratamento e a análise dos conhecimentos/competências dos Enfermeiros.

Considerando os artigos selecionados, na discussão inicia-se o processo de análise crítica dos achados bibliográficos e que irão consubstanciar a resposta às questões de investigação inicialmente colocadas.

4.2.3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

As questões de investigação definidas anteriormente: “Quais as intervenções de Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar no cuidado à pessoa/família com ferida crónica em contexto de CSP?” e “Quais os desafios na prestação de cuidados à pessoa/família com ferida crónica em contexto de CSP?” serviram de base para a construção da relação entre os artigos obtidos e as questões com os diversos temas/intervenções abordadas nos estudos e os desafios encontrados, constantes em apêndice (Apêndice IX).

Neste seguimento, ficaram patentes uma série de intervenções de Enfermagem em que se destacam o tratamento à ferida crónica, a promoção da saúde a nível individual e familiar, a promoção do autocuidado e conhecimento individualizado, a abordagem multidisciplinar, a

relação de confiança e colaborativa entre Enfermeiro e utente/família, a educação dos profissionais, entre outros pontos. Estas intervenções são corroboradas e complementam a literatura de acordo com os artigos encontrados nesta RS, já descritas acima, sendo que emergiram as dimensões: ferida crónica, abordagem holística e controlo da dor, atuação do Enfermeiro e relação de confiança, impacto económico-financeiro, abordagem multidisciplinar, PBE e promoção da saúde do utente e família.

Ferida Crónica

A ferida crónica em Portugal apresenta uma elevada prevalência e é definida como uma ferida que não cicatriza de forma adequada no período de tempo expectável (Melo, 2021; Ollson et al., 2019). Na Eslovénia, Batas define ferida crónica como a que não cicatriza em 4 a 6 semanas e Shamsian, da Inglaterra, define ferida complexa como aquela que não cicatriza no tempo esperado (Batas, 2019; Shamsian, 2021). As feridas mais comuns em Portugal são úlceras por pressão e úlceras de perna, facto corroborado pelos autores encontrados, sendo que este tipo de feridas aumenta a sua prevalência com a idade e segundo Hall e Adderley cerca de 2% das pessoas com mais de 80 anos têm este tipo de feridas (Melo, 2021; Hall & Adderley, 2019). Também Dhar, Needham e Gibb, da Austrália, referem que as úlceras de perna são as feridas mais comuns e também em Inglaterra, presentes em cerca de 1,5% da população inglesa (Dhar, Needham & Gib, 2020; Renwick, 2020).

O tratamento da ferida deve incluir a limpeza da ferida, aplicação de tratamento primário e penso secundário (Melo, 2021). É mencionado na maioria dos artigos encontrados, algo que se mostra ser transversal ao longo do tempo e um foco major no que são os estudos acerca do tema da ferida crónica (Wilde, 2018; Lumbers, 2019a; Kirkland-Kyhn, Generao & Teleten, 2022). Também a terapia de compressão é um tema recorrente como promotor da cicatrização das feridas, embora este seja um ponto não referido na literatura inicial, é muito comum nos estudos internacionais. Este método deve ser utilizado o mais cedo possível em situação de ferida crónica de modo a prevenir complicações e reduzir o edema, promovendo a cicatrização e Brown concorda com esta prática quando existe uma situação de insuficiência venosa, algo que deve ser avaliado numa fase inicial (Allen & Morgan, 2021; Brown, 2019). Neste seguimento, autores referem que existe evidência robusta sobre a terapia de compressão duplicar as probabilidades de cicatrização das feridas crónicas e complexas, embora esteja contraindicada em casos de insuficiência arterial (Hall & Adderley, 2019).

Assim, denotamos a importância de uma avaliação inicial adequada, individualizada e completa com o objetivo de realizar o melhor plano de tratamento para aquele utente, de modo a prevenir situações que não sejam benéficas. Alguns autores mencionam o processo individualizado gerido pelo Enfermeiro, sendo que o plano de cuidados deve responder às

necessidades do utente (Silva et al., 2022; Kump, 2018; Lumbers, 2019b). Alguns autores incluídos na pesquisa inicial mencionam fatores como a alimentação, a atividade física e o sono, sendo estes focos de atuação da Enfermagem Especializada avaliados numa ótica de prevenção da doença e de complicações e de promoção da saúde (Melo, 2021; Alves et al., 2021b).

No estudo realizado por Batas, os hábitos alimentares foram avaliados tendo este chegado à conclusão de que o utente em causa não ingeria vitaminas e proteínas em quantidade suficiente, sendo estas importantes para a cicatrização das feridas (Batas, 2019). A desnutrição constitui-se como fator condicionante da saúde da pele sendo atualmente um problema com uma elevada prevalência (Alves et al., 2021b). A idade é então um fator preponderante para a saúde da pele, sendo que não só os idosos como os bebés estão mais suscetíveis ao aparecimento de feridas, pois no caso dos bebés as estruturas da pele ainda não se encontram completamente desenvolvidas (Alves et al., 2021a). Embora os estudos encontrados apenas foquem adultos e idosos, também é possível o aparecimento de feridas em qualquer outra pessoa, ao longo do ciclo vital, o que torna este um problema da família com influência a nível do seu dia-a-dia.

Abordagem Holística e Controlo da Dor

A atividade física é referida como um dos pontos do tratamento holístico do utente com ferida crónica (Batas, 2019). O termo abordagem “holística” é referido em diversos estudos e inclui vários pontos, para além dos já referidos como: comorbilidades, fatores psicológicos/saúde mental e fatores sociais, atividades de vida diária, uso de tabaco e/ou álcool, conhecimento e as condições de vida (Batas, 2019; Lumbers, 2019b; Welsh & Lusher, 2022; Nazarko, 2018). Também são referidos os fatores psicossociais nomeadamente a nível do impacto que a ferida pode ter na componente funcional e/ou na autoimagem do utente (Alves et al., 2021a).

O impacto psicológico da ferida é referido em diversos estudos como ponto importante de avaliação e atuação, não só da sua presença, da presença de exsudado e odores, bem como das suas implicações a nível da mobilidade (Dhar et al., 2020; Nazarko, 2018; Snelgrove & Baileff, 2019; Ogrin, Parker & Finlayson, 2021; Monaro, Pinkova & Stromsmoe, 2021). A componente psicológica é relacionada com a dor, sendo estas inversamente proporcionais, ou seja, quanto melhor realizada a gestão da dor menor o impacto a nível psicológico. A ferida crónica é muito suscetível à dor devido à presença de inflamação, neuropatia e infeção, e cerca de 80% das pessoas com feridas crónicas experienciaram dor, no estudo realizado por Dhar, Needham e Gibb (Dhar et al., 2020). São essenciais estratégias de alívio da dor e vários autores apresentam um conjunto de medidas a adotar pelos utentes com esse e outros objetivos (Melo, 2021).

Fatores como hidratação, nutrição e dor devem ser tidos em conta uma vez que no tratamento das feridas crónicas é focada a cicatrização das feridas e sintomas como a dor são tendencialmente esquecidos sendo que esta afeta a qualidade de vida e o bem-estar do utente (Snelgrove & Baileff, 2019; Atkin, 2019). Segundo os mesmos autores, o tipo de dor experienciada pelos utentes varia, de acordo com fatores físicos, psicológicos e psicossociais e devem ser tidas em conta estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. São mencionados neste estudo vários tipos de tratamento e terapêutica com o objetivo de reduzir a dor, mas é referido o exercício físico que, segundo os autores, apresenta uma boa relação custo-efetividade. Dhar, Needham e Gibb, apontam o exercício físico como estratégia eficaz na redução da dor, referindo um programa comunitário em que foi testada esta evidência (Dhar et al., 2020).

A presença de exsudado e o desbridamento da ferida pode provocar dor, bem como stress e isolamento social (Hall & Adderley, 2019; Brown, 2019). O desbridamento utilizando cureta está relacionado com uma diminuição significativa do tamanho da úlcera, mas associado a um grau de dor e custos elevados (Hall & Adderley, 2019). Na literatura encontrada primeiramente, foi referido que a presença de uma ferida crónica apresenta custos indiretos, com perdas de produtividade, baixas ou reformas antecipadas por parte do utente (Ollson et al., 2019). Alguns autores concordam com este facto, referindo que a dor, a perda de mobilidade, a perda de capacidade para executar a atividade laboral e a perda de meios de contribuição são fatores a considerar uma vez que são preditores de uma má qualidade de vida, particularmente com a perda de liberdade e espontaneidade (Monaro et al., 2021). Segundo os mesmos autores a dor influencia o bem-estar psicossocial e pode desencadear situações de ansiedade e depressão, sendo estas bastante prevalentes na comunidade, em pessoas com ferida crónica.

Um caso reportado por Batas, apresentou um utente com uma úlcera venosa com sinais de infeção como exsudado e dor que recebeu ensinamentos por parte do Enfermeiro relativamente aos seus hábitos alimentares, de exercício físico bem como a utilização de terapia de compressão. No seu conjunto, todos estes hábitos melhoraram a qualidade de vida do utente, tendo este reportado uma melhoria a nível do seu bem-estar psicológico e físico, principalmente relacionado com a redução da dor (Batas, 2019).

No geral, está comprovado que a dor influencia a qualidade de vida das pessoas com ferida crónica e que ao ser reduzida a qualidade de vida é melhorada e o stress psicológico diminuído. Embora este seja um ponto mencionado em grande parte dos estudos encontrados, é também referido que a gestão da dor é considerada um desafio para os profissionais de saúde e que deve existir mais educação dos mesmos para trabalharem neste

ponto (Dhar et al., 2020; Brown, 2019; Snelgrove & Baileff, 2019). Autores consideram que a dor é por vezes descartada pelos profissionais de saúde, mas que deveria ser uma prioridade no tratamento de feridas, mas Frescos refere que é mais provável a gestão da dor por parte de um Enfermeiro do que por qualquer outro profissional de saúde. Num estudo realizado, os achados demonstraram que os cuidados geridos por Enfermeiros são mais económicos, com níveis mais elevados de satisfação dos utentes e contribuíram para melhorar as taxas de cicatrização das feridas e reduzir a dor (Dhar et al., 2020).

Atuação do Enfermeiro e Relação de Confiança

A OE foca a promoção da saúde como intervenção realizada por Enfermeiros, nomeadamente Enfermeiros Especialistas, através de uma avaliação sistemática e atuação focada na família com o objetivo de obter melhores ganhos em saúde (OE, 2017). Autores referem que o tratamento da pessoa com ferida é da responsabilidade dos Enfermeiros, sendo considerado um processo complexo e dinâmico, que necessita de conhecimento específico (Paula et al., 2019). Um estudo realizado por Edwards et al. identificou que no tratamento da ferida crónica, a intervenção liderada por Enfermeiros na comunidade incrementa a qualidade de vida destas pessoas (Dhar et al., 2020). O apoio por parte dos Enfermeiros foi considerado importante pelos participantes do estudo liderado por Dhar, Needham e Gibb e foi referido como uma fonte de alívio e de suporte para a sua recuperação e os participantes do estudo, na sua grande maioria, viam os Enfermeiros como pessoas em quem podiam confiar, sendo construída uma relação de confiança enfermeiro-utente (Dhar et al., 2020). Esta relação de confiança é vista como importante para que o utente, num momento de vulnerabilidade, se sinta mais seguro, nomeadamente com a explicação dos procedimentos por parte do Enfermeiro e com a sua compreensão (Lumbers, 2019a).

Para além da relação de confiança, deve existir uma relação colaborativa entre profissionais, utentes e famílias e que os utentes sejam parceiros no seu próprio cuidado e os resultados do estudo que este autor realizou refletem que a parceria colaborativa é uma componente chave da autogestão (Wilde, 2018). Neste estudo foi criado um programa com instrumentos como vídeos e folhetos com o objetivo de promover o autocuidado da ferida no domicílio, por parte dos utentes e cuidadores. O objetivo do estudo era transferir os cuidados às feridas para o domicílio, com todo o apoio necessário por parte dos profissionais. Esta nova abordagem mostrou ser eficaz pois através do *empowerment* do utente foi obtido mais envolvimento do mesmo no seu próprio cuidado e conseqüentemente mais satisfação (Lumbers, 2019a).

Impacto Económico-Financeiro

Os cuidados liderados por Enfermeiros na comunidade demonstraram ter uma redução dos custos dos cuidados a nível hospitalar, de cerca de 28 mil dólares num dos hospitais referidos (Dhar et al., 2020). Ainda assim os autores referem ser necessária mais evidência sobre este tema. Na literatura inicialmente explorada, autores referem que os tratamentos acarretam elevados custos financeiros para o indivíduo e para as instituições de saúde (Melo, 2021). É referido que cada tratamento de uma ferida crónica apresenta um custo de cerca de 11,01 euros e que o custo dos cuidados a este tipo de feridas representa cerca de 1 a 3% do total das despesas de saúde dos países desenvolvidos (Melo, 2021; Ollson et al., 2019; Silva et al., 2022). Na Austrália, os custos anuais para o tratamento de feridas crónicas representam cerca de 2% do orçamento de saúde no país (3 biliões de dólares) (Carville, Alan & Smith, 2022). Neste mesmo estudo, o custo por tratamento rondava os 27,72 dólares australianos (cerca de 16 euros), sendo que as úlceras de pressão em estadio quatro seriam o tipo de ferida com tratamento “mais dispendioso” (Carville et al., 2022). Em Inglaterra os custos dos tratamentos ficam em cerca de 5,3 biliões de libras, que equivale a 10 biliões em dólares australianos (Renwick, 2020).

Para reduzir os custos é necessário otimizar os cuidados, criando/seguindo *guidelines* de tratamento, focar a prevenção, ter em conta o diagnóstico que possa estar subjacente ao aparecimento da ferida e escolher um tratamento adequado (Nazarko, 2018; Carville et al., 2022; Munro, 2021). Outra forma de conseguir reduzir os custos em saúde é realizar educação dos profissionais, nomeadamente Enfermeiros, para que possam prestar cuidados com competência, confiança, gestão do tempo e de custos e o programa implementado por Renwick provou a redução dos custos (Renwick, 2020).

O valor dos custos de tratamentos é subestimado e atualmente encontra-se em crescimento devido ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência das doenças crónicas, bem como do seu aparecimento precoce (Ollson et al., 2019). Vários autores mencionam este ponto, sendo as feridas crónicas mais comuns em pessoas idosas uma vez que apresentam mais comorbilidades e fatores de risco (Batas, 2019; Dhar et al., 2020). Com o aumento da idade existe uma perda de integridade cutânea e um aumento da probabilidade do aparecimento de feridas, sendo que a pele mais envelhecida apresenta uma taxa mais baixa de cicatrização (Alves et al., 2021a). Para além disto, também é referido que o envelhecimento aumenta o número de feridas de difícil cicatrização (Lumbers, 2019b).

Abordagem Multidisciplinar

Com a existência de feridas cada vez mais complexas, aumenta a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, sendo esta a melhor forma para realizar a gestão de feridas atualmente (Dhar et al., 2020; Monaro et al., 2021). Este é considerado por alguns autores o elemento mais importante para o sucesso clínico do utente, melhorando os resultados obtidos pela redução de admissões a nível hospitalar, taxa de amputações e complicações relacionadas com as feridas. Na literatura inicialmente estudada um autor referiu que é importante orientar o utente para o profissional adequado e consoante as necessidades (Melo, 2021).

Este tipo de abordagem deve ser preferido e também Nazarko concorda que devem ser incluídos outros profissionais como Enfermeiros Especialistas, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos, para garantir também que as comorbilidades e outras questões estão a ser bem geridas (Nazarko, 2018). Algumas das recomendações para o cuidado à ferida no domicílio são: o trabalho multidisciplinar, a abordagem holística, a integração dos utentes e famílias no tratamento, o conhecimento e as competências especializadas (Batas, 2019).

Prática Baseada na Evidência

Autores referem que sendo este um processo dinâmico e sistemático e para melhorar a qualidade do mesmo, é imprescindível a atualização de conhecimentos e a implementação da PBE (Silva et al., 2021). A PBE é focada em vários dos estudos encontrados, sendo indicada como uma prática essencial em todos os aspetos dos cuidados de saúde, particularmente importante na prática de Enfermagem (Dhar et al., 2020; Lumbers, 2019a). A revisão da literatura realizada pelos últimos autores reforçou os múltiplos benefícios da PBE e o seu impacto na cicatrização das feridas, algo que não pode ser atingido sem fundos adequados e apoio aos profissionais.

Acredita-se ser essencial que os Enfermeiros sejam apoiados na sua tomada de decisão para que possam providenciar um tratamento baseado em evidência, a PBE deve ser requerida para construir uma força de trabalho que permita aos Enfermeiros gerirem as feridas complexas (Dhar et al., 2020; Lumbers, 2019a). É referida a falta de consciência sobre a importância e prevalência das feridas crónicas na comunidade o que leva a recursos limitados, sendo que identificar a causa subjacente à ferida e implementar a PBE pode prevenir feridas crónicas (Lumbers, 2019a).

Promoção da Saúde do Utente e Família

A pessoa com ferida crónica, tem muitas vezes diminuição da mobilidade e elevado grau de dependência pelo que é importante acompanhar estas pessoas no seu domicílio e é neste

ambiente que o Enfermeiro deve promover o envolvimento do utente e cuidador/familiar (Melo, 2021; Kirkland-Kyhn et al., 2022). As visitas domiciliárias são importantes para o Enfermeiro ter contacto com o utente e família, providenciando oportunidades para ensinamentos focados no autocuidado, o que torna os Enfermeiros Comunitários um dos mais importantes membros da equipa como a pessoa com mais conhecimento sobre a situação do utente e as suas expectativas (Batas, 2019).

Num estudo realizado foi criado um programa de promoção da saúde no domicílio por parte dos cuidadores de utentes com ferida, de modo a ser realizado o cuidado da ferida pelos mesmos (Kirkland-Kyhn et al., 2022). No início do estudo cerca de 66% dos cuidadores reportaram sentir muitas dificuldades em realizar o cuidado corretamente, então foram ministradas por Enfermeiros as indicações de forma individualizada, de acordo com o utente e com o tipo de ferida. A informação foi disponibilizada de forma escrita e falada, para que os cuidadores conseguissem identificar o que seria uma cicatrização normal, sinais e sintomas de infeção e como efetuar o tratamento corretamente. Neste estudo foi providenciada informação clara, incluindo instruções e detalhes sobre o material e promovida uma discussão, exposição de questões e foi encorajada a resolução de problemas. Foi tida em conta a preferência do utente e cuidador e promovidas outras medidas de promoção da saúde, como o exercício físico, a ser realizado envolvendo ambos, como por exemplo caminhadas (Kirkland-Kyhn et al., 2022).

Este estudo focou a temática principal em estudo, ou seja, o envolvimento da família no que é o cuidado à ferida, promovendo a saúde de todos. De acordo com os autores referidos, ensinar utentes e familiares/cuidadores é uma prioridade no processo de alta hospitalar uma vez que vai permitir uma deteção precoce de infeções e complicações, permitindo o contacto célere de um profissional de saúde. Assim, todos se tornam ativos no plano de tratamento, obtendo mais conhecimento, de acordo com as necessidades daquela família (Kirkland-Kyhn et al., 2022).

Neste sentido podemos notar que pouca evidência menciona a relação entre a família a existência da ferida crónica, bem como o Enfermeiro de Família que em Portugal é considerado um profissional integrado numa equipa multidisciplinar que presta cuidados à família ao longo do ciclo vital e na comunidade (OE, 2014). No estrangeiro existe o “*Family Nursing-Advanced Practice*” que se centra nos cuidados a nível da família, de modo a colmatar as necessidades em saúde das famílias e da comunidade (IFNA, 2015). Apesar das semelhantes definições, parece existir pouco foco no que é a importância da atuação do Enfermeiro de Família globalmente, algo que acredito ser imprescindível para uma melhoria dos CSP.

Na tabela (abaixo) são elencadas as principais implicações desta RS bem como eventuais propostas de soluções que endereçam os desafios do Enfermeiro Especialista (Tabela 5).

Principais Implicações	Desafios para a Prática Especializada
Dificuldade na translação do conhecimento e aplicação da PBE especialmente em temáticas como a gestão da dor na ferida crónica.	Maior ligação às Instituições de Ensino Superior, promoção de discussão entre pares e realização de investigação nas temáticas em questão.
Sub-financiamento com custos <i>out of pocket</i> elevados.	Criação de evidência da intervenção do EEESF e consequente alteração dos modelos de financiamento em vigor que privilegie a promoção de saúde e prevenção de complicações.
Priorização do tratamento individual, descurando a perspetiva holística da ferida.	Valorização das intervenções especializadas do EEESF não só na dimensão individual, mas também valorizando o pensamento e intervenção sistémicas no que concerne à intervenção interpessoal e finalmente sistémica.
Incremento da esperança média de vida e consequente incremento da dependência e comorbidades associadas à presença de múltiplas doenças crónicas.	Vigilância epidemiológica e ajuste das intervenções/programas de saúde face aos desafios populacionais. Incremento do processo de promoção de saúde, com colheita e análise dos dados de forma mais próxima e mais regular. Prevenção de complicações para estabilização da doença crónica, com apoio ao regime terapêutico.
Desconhecimento no autocuidado à ferida crónica.	Utilização de ferramentas digitais na capacitação dos utentes e cuidadores, em processos de co-criação suportados em mecanismos de <i>feedback</i> por parte dos utentes/famílias e profissionais de saúde.

Tabela 5 – Principais implicações e desafios para a prática especializada.

Considerando os desafios acima apresentados, emergem necessidades a três grandes níveis: micro, meso e macro. A nível micro, necessidades de melhoria das práticas focando não só o tratamento mas sim outros fatores que influenciam a pessoa e a cicatrização da ferida. Também um foco na PBE de modo que sejam realizados cuidados suportados pela evidência, com o objetivo de melhorias a nível dos resultados em saúde e consequente diminuição dos custos. A nível meso, a necessidade de criação de programas e de infraestruturas que suportem a intervenção especializada, nomeadamente programas de apoio aos utentes e famílias no seu domicílio promovendo a sua capacitação e responsabilização pela sua própria saúde bem como apoio aos profissionais no que diz respeito à sua educação e investigação na área de especialização, conectando as instituições de ensino às instituições de saúde.

A nível macro, a necessidade de mudança nas políticas de saúde e o investimento nos CSP com o objetivo de reduzir as hospitalizações, os custos em saúde, promover a saúde e prevenir a doença/complicação, para uma melhor qualidade de vida das famílias e comunidades. Em todas estas questões o EEESF tem, no seu referencial de competências, hipótese e oportunidade de intervir no que serão melhores cuidados às famílias, sempre com base na mais atualizada evidência.

4.2.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ferida crónica apresenta uma prevalência elevada e crescente atualmente, a nível mundial, relacionada com o aumento da esperança média de vida, com o envelhecimento populacional e com o aumento das doenças crónicas. Neste sentido é exigido por parte dos Enfermeiros uma avaliação mais detalhada da pessoa, incluindo fatores como as comorbilidades existentes, as condições familiares, o ambiente no domicílio, entre outros. Para além do tratamento da ferida crónica é importante o foco noutras questões tão ou mais importantes como é o caso da dor, da saúde mental e no geral, de todas as implicações da presença da ferida para a vida daquela pessoa e família. A capacitação para cuidar da sua própria saúde é possível através da criação de uma relação de confiança enfermeiro-utente-família, como forma de promoção da saúde individual e familiar.

Os custos atuais do tratamento de feridas são muito elevados a nível global o que torna esta uma problemática real para os serviços de saúde. De entre as lacunas identificadas destaco a falta de relação entre a evidência e a prática e a falta de apoios existentes que apoiem os profissionais de saúde a adquirirem novos conhecimentos e competências em prol da melhoria da prática clínica. Está provado que uma PBE e que cuidados à ferida liderados por Enfermeiros são uma mais-valia para o utente e serviços de saúde no seu global, melhorando o que são os CSP em Portugal e no mundo.

Como desafios futuros, ressalva-se a prioridade elencada anteriormente, mas com uma necessidade de valorização dos EEESF, como *pivot* nas propostas de soluções para os problemas elencados, com enfoque na criação de evidência e de partilha multidisciplinar, devidamente contratualizada e adequadamente financiada. Sugere-se a realização de mais estudos que concretizem estes desafios e que permitam alavancar a melhoria dos cuidados de saúde, sugerindo-se estudos económico-financeiros em contexto português, com tipologia de investigação ação para dar mensurabilidade às intervenções autónomas (e interdependentes) dos EEESF.

Sugere-se ainda avaliar o que são as perceções dos EEESF no que é a sua intervenção sistémica na ferida crónica e perceber que desafios enfrentam na sua prática clínica. Neste sentido, seria uma mais-valia realizar um estudo através de entrevistas semi-estruturadas ou grupos focais de modo a validar no futuro estes temas num contexto português, uma vez que existe pouca evidência acerca deste tema em Portugal. Sequencial a este trabalho, e na perspetiva da disseminação do conhecimento conforme previsto nas competências e nos descritores de Dublin, irá ser submetido um artigo a uma revista indexada, bem como o seu protocolo. Adicionalmente foi submetido este trabalho a uma conferência na área, com o nome “Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do MESF” a realizar na ESSLei.

CONCLUSÃO

Com o término deste Mestrado e realizando uma retrospectiva, consigo verificar a evolução que ocorreu enquanto Enfermeira, não só ao nível dos conhecimentos como também nas experiências que vivenciei ao longo deste ano e meio. Durante a teoria e durante a prática em contexto de CSP, consegui adquirir novas aprendizagens e competências e acima de tudo, adquiri uma visão totalmente diferente do que são os cuidados de Enfermagem e cuidados especializados, agora focados na família.

Durante os três estágios que incorporaram este Mestrado, foi-me possível desenvolver as Competências de Enfermagem Especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar e também as competências comuns ao Enfermeiro Especialista. Em ambos os locais de estágio tive as condições ideais para prestar cuidados às famílias e ao caracterizar as unidades foi-me possível compreender qual o tipo de utentes em cada um dos ficheiros, bem como a variedade e complexidade de situações a que é necessário dar resposta.

A análise de indicadores e de problemas de saúde de ambas as unidades permitiu-me compreender os principais focos de atenção. Ambas as unidades apresentavam ficheiros com utentes de todas as idades, mas maioritariamente utentes adultos e idosos, o que se deve ao envelhecimento da população que se observa atualmente. Apesar de existir um aumento da esperança de vida, isso não significa necessariamente um aumento da qualidade de vida, mas sim, o que se tem vindo a verificar, um aumento da prevalência das doenças crónicas.

As consultas de Enfermagem constituem-se como uma prática imprescindível no âmbito dos CSP em Portugal e é importante a sua valorização por parte das pessoas para que compreendam a sua importância, valorização esta que só é possível se forem aplicadas as competências especializadas no âmbito das consultas. Considero que enquanto estudante deste Mestrado e profissional de Enfermagem, apresento agora um foco na família como unidade de cuidados, seja qual for o contexto do cuidar. A família deve ser vista numa perspetiva holística, global com relações dinâmicas entre os seus membros e em constante interação com o meio. Sendo a família um sistema tão complexo e dinâmico é importante a sua capacitação para que seja gestora da sua própria saúde, atuando como Enfermeira de Família, principalmente ao nível da promoção da saúde para prevenir condições de doença no futuro. Sinto que me foi possível prestar cuidados de qualidade, em parceria colaborativa com a família e de acordo com as suas necessidades.

Toda a investigação em Enfermagem realizada, de forma formal com o trabalho de investigação e informal com todo o trabalho realizado durante os estágios com elaboração de

estudos de caso e reflexões diárias sobre situações e cuidados prestados, permitiram-me adquirir um conjunto rico de conhecimentos especializados.

As competências adquiridas pelo conjunto de experiências a nível académico, profissional e pessoal aumentaram o meu nível de conhecimentos enquanto futura Enfermeira Especialista e tornaram-me uma profissional mais completa. Considero que atingi os objetivos propostos e tendo em conta os Descritores de Dublin por: demonstrar conhecimento e compreensão de acordo com o nível académico; aplicar os conhecimentos na resolução de problemas; integrar o conhecimento em situações complexas, formular julgamentos e refletir em responsabilidades sociais e éticas; comunicar os conhecimentos e conclusões e trabalhar de forma autónoma. Este trabalho também dá resposta ao que são os Padrões de Qualidade em Enfermagem de Saúde Familiar, bem como às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Limitações

Como limitações, senti dificuldade no esclarecimento de algumas dúvidas às famílias nas consultas de saúde infantil, sendo uma área bastante abrangente com constantes atualizações a nível teórico. Colmatei esta dificuldade ao manter-me atualizada no que é a evidência nesta consulta de Enfermagem, adquirindo gradualmente mais conhecimentos nesta área do cuidar.

Identifiquei ainda que não foi possível observar resultados e monitorizar o progresso das intervenções de Enfermagem realizadas às famílias durante as consultas, uma vez que tive poucas oportunidades de estar com as famílias uma 2ª e 3ª vez durante os estágios limitando a avaliação dos planos de cuidados. Considero esta situação como uma limitação relativamente ao tempo de estágio, sendo este adequado para o curso, mas não permitindo uma atuação ao longo do tempo. Esta limitação será apenas colmatada da minha prática quando me for possível cuidar das famílias do meu próprio ficheiro, em contexto profissional.

Desafios para o Futuro

Como desafios para o futuro considero importante existir mais formação especializada na área do cuidado à ferida a nível familiar, bem como a realização de mais estudos sobre este tema. Também sugiro a realização de um estudo sobre as perceções dos EEESF em relação à sua intervenção sistémica na família com ferida crónica e que desafios enfrentam. Futuramente em Portugal, deveria haver lugar a uma maior valorização do que são as competências especializadas dos Enfermeiros Especialistas a nível profissional e remuneratório para que seja possível obter melhores ganhos em saúde, custos mais reduzidos, bem como maior satisfação profissional. No que concerne ao meu percurso profissional e académico, o futuro

passa também por continuar a disseminar os resultados das intervenções e transitar para uma prestação de cuidados em contexto de CSP, de forma a explorar de forma plena as potencialidades das competências ora desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro. (2019). *Plano Local de Saúde Pinhal Litoral (2018-2020)*. Portugal.
- Alarcão, M. (2006). *(des)Equilíbrios Familiares - Uma visão sistémica (2ª ed.)*. Coimbra: Quarteto.
- Allen S, Morgan K. Reflections on lymphoedema deployment into community services during the pandemic. *Br J Community Nurs*. 2021 Oct 1;26(Sup10):S30-S35. doi: 10.12968/bjcn.2021.26.Sup10.S30. PMID: 34542312.
- Alves, P.; Moura, A.; Vaz, A.; Afonso, G.; Ramos, P.; Gonçalves, V.; Pinto, M. PELE: O “TEMPLO” QUE NOS IDENTIFICA E PROTEGE. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021a. ISBN 978-989-54770-9-8.
- Alves, P.; Teixeira, A.; Albuquerque, L.; Borges, C.; Magalhães, B.; Mendes, D.; Ramos, P. O Papel da Nutrição na Prevenção e Tratamento de Feridas. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021b. ISBN 978-989-53418-2-5.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Atkin, L. (2019). Chronic wounds: the challenges of appropriate management. *British Journal of Community Nursing*, 24(Sup9), S26-S32.
- Batas, R. (2019). Community nursing care for chronic wounds: a case study of optimal home treatment of a venous leg ulcer. *Gastrointestinal Nursing*, 17(Sup5), S32-S39.
- Borba, A. P., Santos, B., & Puggina, A. C. (2017). Barreiras de Comunicação nas Relações Enfermeiro-Paciente: Revisão Integrativa. *Revista Saúde*, 11(1-2).
- Bowen G, Chadwick P, Goodeve M et al (2021) Lessons learned from COVID-19: Building a 'new normal' in podiatry services. *The Diabetic Foot Journal* 24(3): 48–51
- Brown, A. (2019). Caring for chronic wounds in the community. *Journal of Community Nursing*, 33(4).
- Carville K, Alan J & Smith J. Best practice, best products, best outcomes in community wound care: three descriptive cohorts. *Wound Practice and Research* 2022; 30(4):196-206. DOI <https://doi.org/10.33235/wpr.30.4.196-206>
- Corcoran, L. (2021). Delivering wound care during the pandemic. *British Journal of Community Nursing*, 26(Sup6), S34-S37.
- Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), pp. 137-145.
- Crncec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). *Karitane parenting confidence scale - Manual*. Sydney South West Area Health Service. Sydney, Australia.
- Dhar, A., Needham, J., Gibb, M., & Coyne, E. (2020). The outcomes and experience of people receiving community-based nurse-led wound care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2820-2833.
- Diário da República. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Orientações. *Saúde Reprodutiva - Planeamento Familiar*. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (março de 2013). *Saúde Infantil e Juvenil*, 7. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (novembro de 2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa, Portugal.

Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria. (junho de 2023). Planeamento do Estágio II - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. *Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar*. Leiria.

Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria. (maio de 2023). Planeamento do Estágio I - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP. *Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar*. Leiria.

Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria. (setembro de 2023). Planeamento do Estágio III - Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP, com Relatório. *Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Leiria.

Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei). (junho de 2018). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. *Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei*. Leiria, Portugal.

Ferraz, L., Schneider, L., Pereira, R., & Pereira, A. (abril de 2020). Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Revista brasileira estudos pedagógicos*, 101(257), pp. 237-249. doi:<https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>.

Figueiredo, M. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Portugal: Sabooks.

Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças- Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª edição ed.). Loures: Lusodidacta.

Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a teoria das Transições e sua aplicabilidade para Enfermagem.

Guimarães, R. L., Garanhani, M. L., Haddad, M. L., & Souza, S. N. (2018). Trabalho em Equipa na Formação do Enfermeiro: Perspetivas e Desafios sob a Ótica do Pensamento Complexo. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 19(4), pp. 465-471. doi:<http://dx.doi.org/10.17921/2447-8733.2018v19n4p465-471>.

Hall, L., & Adderley, U. (2019). Active debridement of venous leg ulcers: a literature review to inform clinical practice. *British journal of community nursing*, 24(Sup6), S24-S29.

International Family Nursing Association (IFNA). (12 de fevereiro de 2015). Declaração de posição sobre Competência do Enfermeiro Generalista na Prática de Cuidados à Família. Obtido de <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>

JBI. (2020). JBIManual for Evidence Synthesis. Obtido de <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>.

Kirkland-Kyhn, H., Generao, S. A., Teleten, O., & Young, H. M. (2022). Teaching Wound Care to Family Caregivers: An overview of methods to use to promote wound healing. *Home healthcare now*, 40(1), 8-13.

Kump, K. (2018). Role of the APRN Wound Care Clinician in the Management of Lower Extremity Arterial Disease Wounds. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 45(1), 87-89.

Liga Portuguesa Contra o Cancro. (s.d.). Cancro da mama: um problema de saúde pública. Obtido de Programa de Rastreio de Cancro da Mama: <https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>.

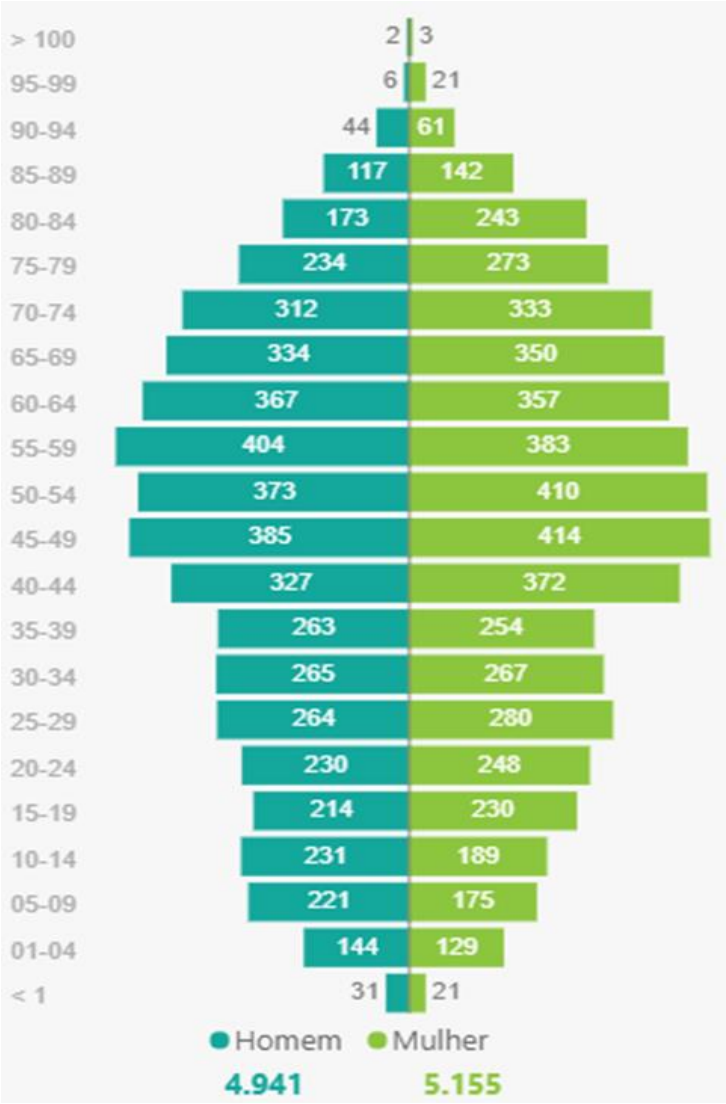
- Lima, J., Miranda, K., Cestari, V., & Pessoa, V. (3 de novembro de 2021). A arte na prática baseada em evidências na enfermagem sob a perspetiva de Florence Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 75(4). doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0664>.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (fevereiro de 2018). Os cuidados de enfermagem especializados como respostas à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESTEC*, pp. 11-23.
- Lumbers, M. (2019a). Challenges in wound care for community nurses: a case review. *British Journal of Community Nursing*, 24(Sup3), S25-S27.
- Lumbers, M. (2019b). TIMERS: undertaking wound assessment in the community. *British Journal of Community Nursing*, 24(Sup12), S22-S25.
- Martins, D. F., & Benito, L. A. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infeções hospitalares. p. 154. doi:10.5102/ucs.v14i2.3810.
- Mason, T. M., Richard, R. R., Musgrove, R., Whiting, J., & Fusilero, J. (outubro de 2021). Nurse Attitudes - A descriptive study of families' importance in impatient nursing care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(5), pp. 563-570.
- Mattos, J. C., & Balsanelli, A. (2019). A liderança do Enfermeiro na atenção primária à saúde: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Foco*, 10(4), pp. 164-171.
- Melo, M. (2012). Editorial - Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. *O uso da ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar* (28), pp. 245-246.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem Nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Monaro S, Pinkova J, Ko N, Stromsmoe N, Gullick J. Chronic wound care delivery in wound clinics, community nursing and residential aged care settings: A qualitative analysis using Levine's Conservation Model. *J Clin Nurs*. 2021;30:1295–1311. <https://doi.org/10.1111/jocn.15674>
- Moreira, L., & Perez, I. M. (maio de 2023). Prevenção e Cuidados de Enfermagem no Câncer de Mama. *Revista Saúde dos vales*, 1(1).
- Munro, G. (2021). Barriers and Enablers of implementing the TIME framework when Assessing and Managing Chronic Wounds. *Wound Practice & Research*, 29(2).
- Nazarko, L. (2018). Choosing the correct wound care dressing: an overview. *Journal of Community Nursing*, 32(5).
- Nunes, L. (10 de outubro de 2013). VIII Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar Leiria-Pombal. *Competências morais dos profissionais de enfermagem*. Portugal.
- Ogrin, R., Parker, C. N., Finlayson, K. J., Anderson, J., & Edwards, H. E. (2021). Characteristics of people receiving wound care at home versus in a clinic. *Collegian*, 28(4), 385-392.
- Olsson, M., Järbrink, K., Divakar, U., Bajpai, R., Upton, Z., Schmidtchen, A., & Car, J. (2019). The humanistic and economic burden of chronic wounds: *A systematic review*. *Em Wound Repair and Regeneration* (Vol. 27, Número 1, pp. 114–125). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/wrr.12683>.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2018). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar. *Diário da República - 2.ª série*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). *Decreto-Lei nº. 161/96, de 4 de setembro*. Lisboa, Portugal.

- Ordem dos Enfermeiros. (21 de junho de 2017a). *Diário da República*, 1ª série, 118.
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017b). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem Comunitária. *Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública/Na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Leiria, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (27 de maio de 2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (5 de agosto de 2014). Enfermeiro de Família. *Diário da República - Decreto-Lei*, 1ª série (149).
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República - 2.ª série* (26). Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (agosto de 2012). Regulamento do Perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Portugal.
- Palmer, S. J. (2019). Practising asepsis during dressing changes in community settings. *British Journal of Community Nursing*, 24(12), 600-603.
- Paula, V. A. A., Souza, I. D., de Almeida, R. L. M., & Santos, K. B. (2019). O conhecimento dos enfermeiros assistenciais no tratamento de feridas. *HU Revista*, 45(3), 295–303.
- Pereira, A. L. (2018). Editorial - Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. *Indicadores: o que são, o que não devem ser e o que poderão ser*, p. 125.
- Renwick, C. (2020). Development of the wound resource education nurse (WREN) programme. *British Journal of Nursing*, 29(15), S18-S23.
- Sereno, S., Maroco, J., Correia, M., & Leal, I. (2012). Versão Portuguesa do "Mother and Baby Scales (MABS)". *Psicologia, saúde & doenças*, 13(2), pp. 447-458.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2023a). *ACES Pinhal Litoral*. Obtido de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP): <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Pages/default.aspx>.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2023b). *UCSP - Campos do Lis*. Obtido de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP): <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101000/Pages/default.aspx>.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2023c). *USF Fonte do Rei*. Obtido de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP): <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101092/Paginas/default.aspx>.
- Shamsian, N. (2021). Wound bed preparation: an overview. *British Journal of Community Nursing*, 26(Sup9), S6-S11.
- Sharpe, A. (2020). Clinical emergencies in the diabetic foot: what community nurses should know. *Journal of Community Nursing*, 34(1).
- Silva, J. A. (2016). *Reumatologia Prática* (3ª ed.). Coimbra: Diagnóstico.
- Silva, J. S., Carolina, A., & Oliveira, D. (2022). A IMPORTÂNCIA DO CURATIVO REALIZADO PELO ENFERMEIRO EM FERIDAS DE PACIENTES DIABÉTICOS THE IMPORTANCE OF THE DRESSING PERFORMED BY THE NURSE IN WOUNDS OF DIABETIC PATIENTS. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 10.
- Silva, L., Bousso, R., & Galera, S. (julho-agosto de 2009). Aplicação do Modelo de Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 62(4), pp. 530-534.

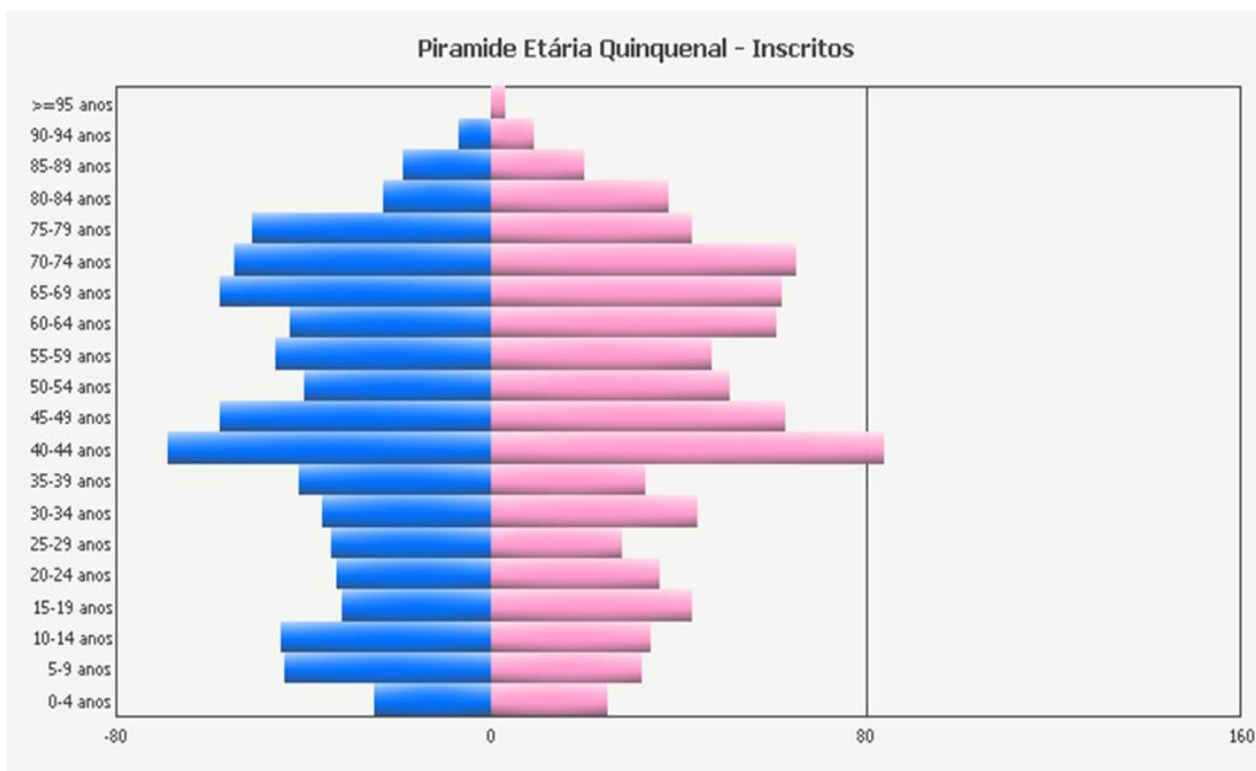
- Silva, P. C., Silva, D. de M., Macedo, T. L. da S., Macedo, T. L. da S., & Luna, B. M. G. (2021). A atuação do enfermeiro no tratamento de feridas / The nurse's performance in the treatment of wounds. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 4815–4822. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-066>.
- Smith, G. D. (2021). Literacia em Saúde: a perspectiva da Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*(8). doi:<https://doi.org/10.12707/>
- Snelgrove, H., & Baileff, A. (2019). A review of interventions to reduce pain in chronic wounds. *British Journal of Community Nursing*, 24(Sup12), S12-S17.
- Souza, A., Vendruscolo, C., Zocche, D., Ascari, R., & Oliveira, B. (2021). Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem Brasil*, 20(6), pp. 764-782. doi:10.33233/eb.v20i6.4815.
- Unidade de Saúde Familiar Fonte do Rei. (21 de março de 2023). Manual de Procedimentos. Manual de Boas Práticas - *Integração de Novos Profissionais, Alunos de Medicina e de Enfermagem*. Maceira, Leiria, Portugal.
- Welsh L, Lusher J. A reflexive thematic analysis of the patterns of knowing in wound management amongst specialist and generalist nurses. *Nursing Forum*. 2022;1-16. doi:10.1111/nuf.12691
- WILDE, K. (2018). Self-management shared care wound care pathway. *Wounds UK*, 14(3).
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Roca.

ANEXOS

ANEXO I – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Fonte do Rei (Fonte: BI-CSP, 2023).



ANEXO II – Pirâmide Etária do Fichero da Sr.^a Enf.^a Orientadora (USF) (Fonte: USF, 2023).



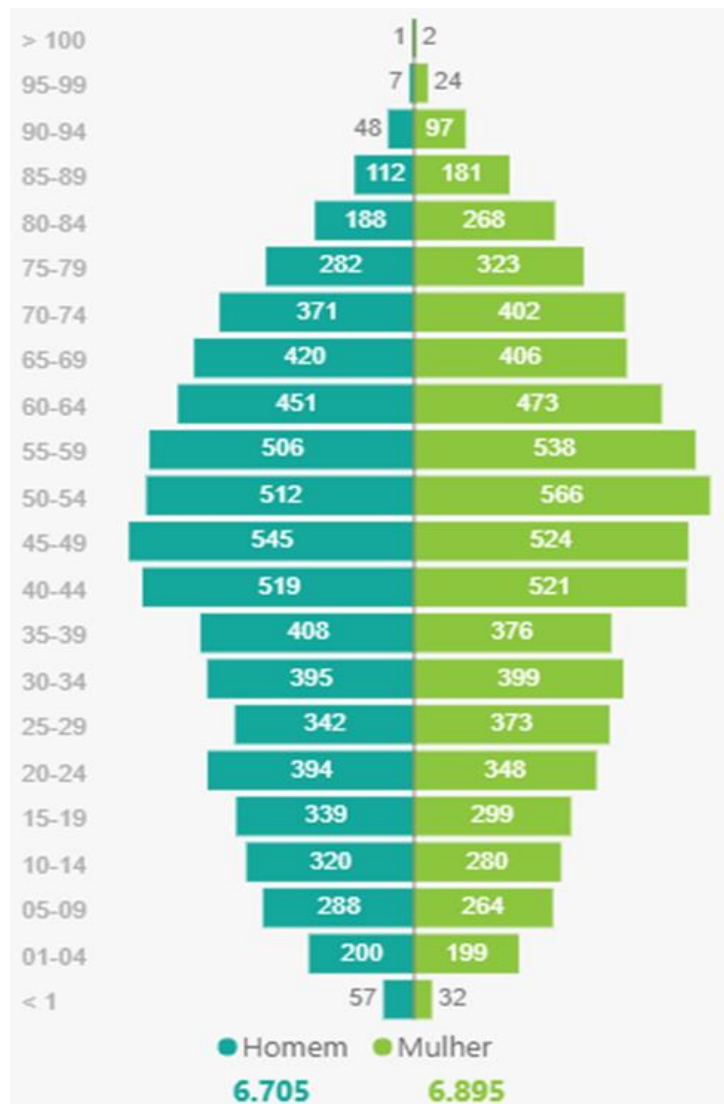
ANEXO III – Lista de Indicadores da USF Fonte do Rei (Fonte: MIM@UF, 2023).

BI	2013.038.01 FX	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	16000	400,00	984	40,650
BI	2013.035.01 FX	Proporção DM com exame pés último ano	16100	690,00	995	69,347
BI	2013.097.01 FX	Proporção DM c/ microalbum. último ano	16200	526,00	995	52,864
BI	2013.039.01 FX	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	16300	407,00	995	40,905
BI	2013.091.01 FX	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	16400	53,00	279	18,996
BI	2013.037.01 FX	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	16500	747,00	995	75,075
BI	2013.261.01 FX	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	16600	690,00	995	69,347
BI	2013.274.01 FX	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	16700	39,00	56	69,643
BI	2013.276.01 FX	Rácio DDD prescrita DPP-4 e anti-diabét. orais	17100	68 146,10	269 760	25,262
BI	2013.266.01 FX	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	17200	0,00	823	0,000
BI	2013.040.01 FX	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	17300	226,00	995	22,714
BI	2013.271.01 FX	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	17700	498,84	984	0,507
BI	2013.265.01 FX	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	17800	619,00	823	75,213
BI	2013.075.01 FX	Proporção de DM2 com compromisso de vigilância	18400	726,00	885	82,034
BI	2013.088.01 FX	Proporção DM c/ registo HbA1c 6 meses	19100	444,00	995	44,623
BI	2013.041.01 FX	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	19300	40,00	885	4,520
BI	2013.036.01 FX	Proporção utentes DM com registo de GRT	19500	713,00	995	71,658
BI	2013.043.01 FX	Proporção DM c/ acompanham. adequado	19600	177,00	984	17,988
BI	2013.019.01 FX	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	20000	767,00	2 541	30,185
BI	2013.018.01 FX	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	20100	1 834,00	2 552	71,865
BI	2013.020.01 FX	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	20200	203,00	814	24,939
BI	2015.316.01 FX	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	20300	144,00	820	17,561
BI	2013.023.01 FX	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	20400	1 054,00	1 541	68,397
BI	2013.272.01 FX	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	20700	1 414,48	2 541	0,557
BI	2013.076.01 FX	Proporção hipertensos com compromisso vigilância	20900	2 004,00	2 552	78,527
BI	2013.089.01 FX	Proporção hipertensos c/ PA 6 meses	21100	976,00	2 552	38,245
BI	2013.021.01 FX	Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas	21200	436,00	2 552	17,085
BI	2013.022.01 FX	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II	21300	376,00	1 831	20,535
BI	2013.024.01 FX	Proporção hipertensos com registo de GRT	21400	1 552,00	2 552	60,815
BI	2013.025.01 FX	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	21500	464,00	2 541	18,261
BI	2013.049.01 FX	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	21800	46,00	163	28,221
BI	2013.297.01 FX	Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	22300	2 208,00	2 677	82,480
BI	2013.055.01 FX	Proporção adultos c/ depres., c/ terap. anti-depr.	22600	416,00	1 431	29,071
BI	2013.278.01 FX	Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos	24100	80 351,00	122 279	65,711

ANEXO IV – Lista de Indicadores do Ficheiro da Sr.^a Enf.^a Orientadora (USF) (Fonte: MIM@UF, 2023).

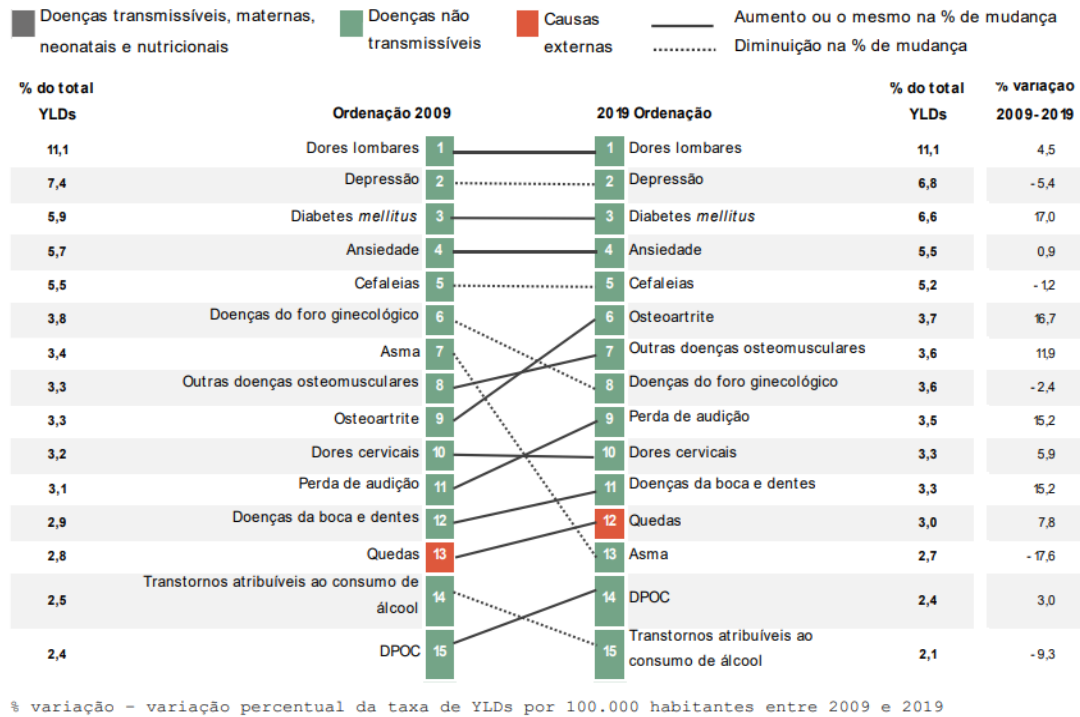
BI	2013.038.01 FX	Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre	16000	77,00	137	56,204
BI	2013.035.01 FX	Proporção DM com exame pés último ano	16100	133,00	141	94,326
BI	2013.097.01 FX	Proporção DM c/ microalbum. último ano	16200	79,00	141	56,028
BI	2013.039.01 FX	Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	16300	77,00	141	54,610
BI	2013.091.01 FX	Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 %	16400	9,00	36	25,000
BI	2013.037.01 FX	Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	16500	134,00	141	95,035
BI	2013.261.01 FX	Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	16600	133,00	141	94,326
BI	2013.274.01 FX	Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	16700	0,00	4	0,000
BI	2013.276.01 FX	Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais	17100	19 539,00	49 962	39,108
BI	2013.266.01 FX	Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé	17200	0,00	144	0,000
BI	2013.040.01 FX	Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano	17300	130,00	141	92,199
BI	2013.271.01 FX	Índice de acompanhamento adequado utentes DM	17700	92,59	137	0,676
BI	2013.265.01 FX	Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé	17800	130,00	144	90,278
BI	2013.075.01 FX	Proporção de DM2 com compromisso de vigilância	18400	120,00	127	94,488
BI	2013.088.01 FX	Proporção DM c/ registo HbA1c 6 meses	19100	88,00	141	62,411
BI	2013.041.01 FX	Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina	19300	0,00	127	0,000
BI	2013.036.01 FX	Proporção utentes DM com registo de GRT	19500	133,00	141	94,326
BI	2013.043.01 FX	Proporção DM c/ acompanham. adequado	19600	47,00	137	34,307
BI	2013.019.01 FX	Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	20000	134,00	358	37,430
BI	2013.018.01 FX	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	20100	327,00	364	89,835
BI	2013.020.01 FX	Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	20200	55,00	101	54,455
BI	2015.316.01 FX	Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90	20300	41,00	101	40,594
BI	2013.023.01 FX	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	20400	39,00	231	16,883
BI	2013.272.01 FX	Índice de acompanham. adequado de hipertensos	20700	188,02	358	0,525
BI	2013.076.01 FX	Proporção hipertensos com compromisso vigilância	20900	312,00	364	85,714
BI	2013.089.01 FX	Proporção hipertensos c/ PA 6 meses	21100	228,00	364	62,637
BI	2013.021.01 FX	Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas	21200	31,00	364	8,516
BI	2013.022.01 FX	Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II	21300	19,00	275	6,909
BI	2013.024.01 FX	Proporção hipertensos com registo de GRT	21400	313,00	364	85,989
BI	2013.025.01 FX	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado	21500	29,00	358	8,101
BI	2013.049.01 FX	Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	21800	3,00	24	12,500

ANEXO V – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na UCSP Campos do Lis (Fonte: BI-CSP, 2023).

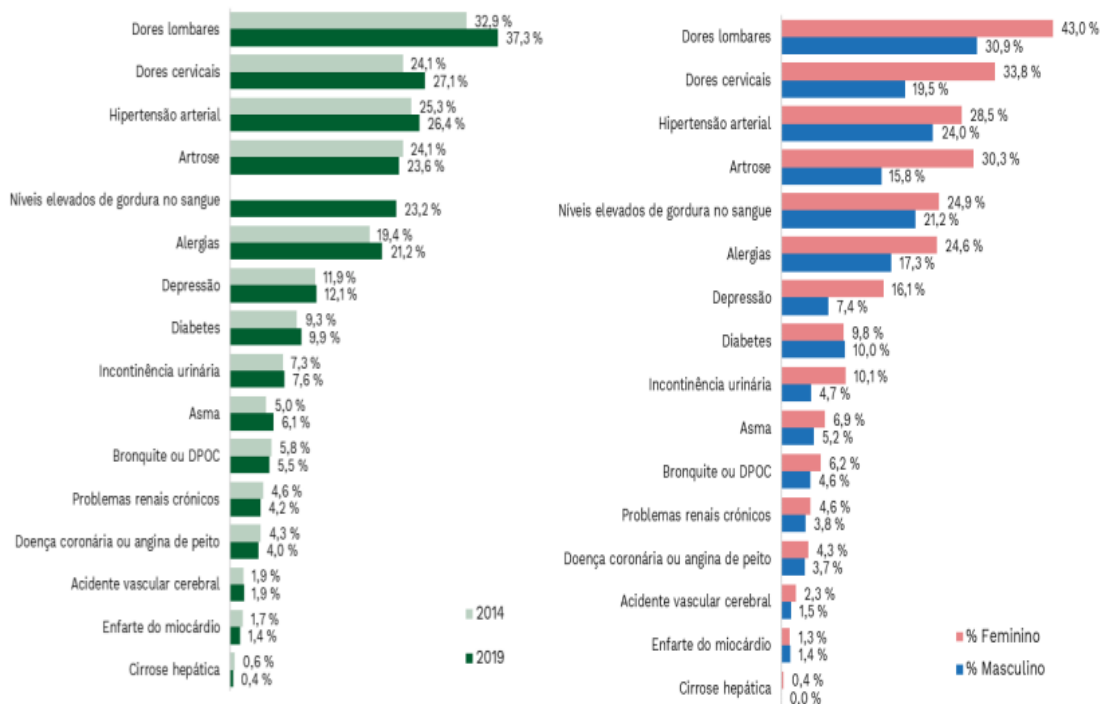


ANEXO VI – Gráficos de Prevalência de Problemas em Portugal (Fonte: DGS, 2022).

- Principais causas de carga de doença e incapacidade 2009-2019.



- Proporção da população residente com 15 e mais anos por tipo de doença crónica entre 2014-2019 à esquerda e por sexo em 2019 à direita.



ANEXO VII – Lista de Indicadores da UCSP Campos do Lis (Fonte: MIM@UF(2023).

UCSP Campos do Lis	BI	2013.002.01 FX	Taxa de utilização global de consultas médicas	8.344,00	13.600	61,353
	BI	2013.006.01 FX	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	10.949,00	13.600	80,507
	BI	2013.099.01 FX	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	7.851,00	13.600	57,728
	BI	2013.100.01 FX	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	11.566,00	13.600	85,044
	BI	2013.003.01 FX	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	9,00	13.998	0,643
	BI	2013.001.01 FX	Proporção de consultas realizadas pelo MF	13.288,00	15.826	83,963
	BI	2013.005.01 FX	Proporção de consultas realizadas pelo EF	7.770,00	11.111	69,931
	BI	2013.294.01 FX	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	458,00	3.289	139,252
	BI	2013.015.01 FX	Proporção RN c/ domicilio enf. até 15º dia de vida	0,00	67	0,000
	BI	2013.004.01 FX	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	466,00	13.998	33,290
	BI	2013.093.01 FX	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	95,00	97	97,938
	BI	2013.094.01 FX	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	114,00	115	99,130
	BI	2013.095.01 FX	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	120,00	125	96,000
	BI	2013.063.01 FX	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	79,00	116	68,103
	BI	2013.098.01 FX	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	9.355,00	10.175	91,941
	BI	2013.030.01 FX	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	1.361,00	3.478	39,132
	BI	2020.435.01 FX	Proporção utentes com vacina gripe gratuita SNS	1.402,00	3.564	39,338
	BI	2013.064.01 FX	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	43,00	131	32,824
	BI	2013.053.01 FX	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	3.496,00	12.110	28,869
	BI	2013.034.01 FX	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	761,00	1.416	53,743
	BI	2013.054.01 FX	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	101,00	214	47,196
	BI	2013.262.01 FX	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	1.568,00	7.376	21,258
	BI	2013.277.01 FX	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	177,00	1.065	16,620
	BI	2013.092.01 FX	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	7,00	53	13,208
	BI	2013.033.01 FX	Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	4.074,00	12.110	33,642
	BI	2013.067.01 FX	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)	3.150,00	3.167	99,463
	BI	2013.047.01 FX	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	3.684,00	12.110	30,421
	BI	2013.008.01 FX	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	641,00	2.835	22,610
	BI	2013.009.01 FX	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	468,00	2.835	16,508
	BI	2013.010.01 FX	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	394,00	2.835	13,898
	BI	2013.267.01 FX	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	1.092,18	2.835	0,385
	BI	2013.052.01 FX	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	450,00	2.835	15,873
	BI	2013.059.01 FX	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	80,00	97	82,474
	BI	2013.031.01 FX	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	84,00	116	72,414
	BI	2013.032.01 FX	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	36,00	131	27,481
	BI	2013.014.01 FX	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	57,00	72	79,167
	BI	2013.057.01 FX	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	55,00	72	76,389
	BI	2013.016.01 FX	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	45,00	74	60,811
	BI	2013.017.01 FX	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	57,00	97	58,763
	BI	2013.302.01 FX	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	63,50	74	0,858
BI	2013.269.01 FX	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano	73,15	97	0,754	
BI	2013.301.01 FX	Proporção crianças 1 ano, c/ acompanham. adequado	40,00	74	54,054	

ANEXO VIII – Lista de Indicadores do Ficheiro da Sr.^a Enf.^a Orientadora (UCSP) (Fonte: MIM@UF, 2023).

UCSP Campos do Lis	BI	2013.006.01 FX	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	1.353,00	1.603	84,404
	BI	2013.099.01 FX	Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	969,00	1.603	60,449
	BI	2013.100.01 FX	Taxa utiliz. consultas médicas ou enferm. - 3 anos	1.412,00	1.603	88,085
	BI	2013.003.01 FX	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	5,00	1.643	3,043
	BI	2013.001.01 FX	Proporção de consultas realizadas pelo MF	2.140,00		95,111
	BI	2013.005.01 FX	Proporção de consultas realizadas pelo EF	1.189,00	1.566	75,926
	BI	2013.294.01 FX	Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	17,00	422	40,284
	BI	2013.015.01 FX	Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	0,00	1	0,000
	BI	2013.004.01 FX	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	17,00	1.643	10,347
	BI	2013.093.01 FX	Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou execução	10,00	10	100,000
	BI	2013.094.01 FX	Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou execução	12,00	12	100,000
	BI	2013.095.01 FX	Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	12,00	12	100,000
	BI	2013.063.01 FX	Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	9,00	12	75,000
	BI	2013.098.01 FX	Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	1.121,00	1.227	91,361
	BI	2013.030.01 FX	Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	166,00	462	35,931
	BI	2020.435.01 FX	Proporção utentes com vacina gripe gratuita SNS	162,00	458	35,371
	BI	2013.064.01 FX	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	7,00	13	53,846
	BI	2013.053.01 FX	Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	753,00	1.458	51,646
	BI	2013.034.01 FX	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	125,00	209	59,809
	BI	2013.054.01 FX	Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	11,00	30	36,667
	BI	2013.262.01 FX	Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	20,00	946	2,114
	BI	2013.277.01 FX	Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A	37,00	165	22,424
	BI	2013.092.01 FX	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	0,00	9	0,000
	BI	2013.033.01 FX	Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	676,00	1.458	46,365
	BI	2013.067.01 FX	Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano)	407,00	407	100,000
	BI	2013.047.01 FX	Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic.	809,00	1.458	55,487
	BI	2013.008.01 FX	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	136,00	332	40,964
	BI	2013.009.01 FX	Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)	68,00	332	20,482
	BI	2013.010.01 FX	Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)	110,00	332	33,133
	BI	2013.267.01 FX	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	195,48	332	0,589
	BI	2013.052.01 FX	Proporção MIF, com acompanhamento adequado em PF	97,00	332	29,217
	BI	2013.059.01 FX	Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano	10,00	10	100,000
	BI	2013.031.01 FX	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	9,00	12	75,000
	BI	2013.032.01 FX	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	7,00	13	53,846
	BI	2013.014.01 FX	Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	1,00	3	33,333
	BI	2013.057.01 FX	Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia	1,00	3	33,333
	BI	2013.016.01 FX	Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano	5,00	9	55,556
	BI	2013.017.01 FX	Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	9,00	10	90,000
	BI	2013.302.01 FX	Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano	6,60	9	0,733

APÊNDICES

APÊNDICE I – Folheto “Postura Correta”

Para qualquer esclarecimento,
tem à sua disposição os profissionais
da USF Fonte do Rei:

Largo do Posto Médico, s/n
2405-018, Maceira
Leiria



- Fontes:
- DGS (2005). Programa Nacional contra as doenças Reumáticas. Lisboa.
 - Ministério da Saúde (2008). Corrija a sua Postura. Brasil. In: <https://bvsmis.saude.gov.br/corrija-sua-postura/>;
 - Santos, V. (s.d.). Boa Postura. Brasil Escola. In: <https://brasilestudo.uol.com.br/saude/boa-postura.htm>;
 - Silva, J. A. (2016). Reumatologia Prática (3ª ed.). Coimbra: Diognóstico.
 - Exercícios para doentes com Artrite Reumatóide (s.d.).



Elaborado por:
Enfª Diana Monteiro
Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, sob orientação da
Enfª Alda Pereira.

Julho de 2023

POSTURA CORRETA a ter no dia-a-dia da Família



O que é uma postura correta?

Ter uma boa postura é manter uma posição com o mínimo de esforço muscular, independentemente da atividade que estamos a realizar. Quando temos uma má postura, sobrecarregamos o corpo, o que pode levar a dores e alterações da coluna.

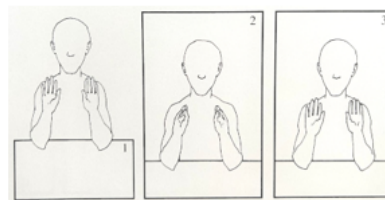


Deve-se adotar e promover uma boa postura desde a infância e ao longo de toda a vida.

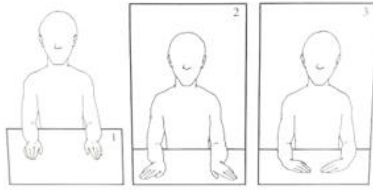
Para manter uma postura correta, deve-se ter presente alguns cuidados, tais como:

- Ao andar, mantenha as costas direitas, o abdómen contraído e a olhar para a frente;

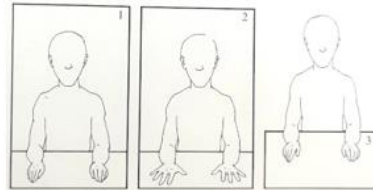
Visualização



Exercício 20 – Os cotovelos apoiados na mesa. A mão aberta, os dedos estendidos. Unir as extremidades dos polegares com os outros dedos e voltar a distendê-los.



Exercício 18 – Sem mexer os antebraços, voltar os dedos para fora e para dentro.



Exercício 19 – Afastar os dedos e, depois, uni-los (15 a 20 segundos).

- Quando quiser pegar num objeto que esteja no chão, não curve as costas, dobre os joelhos mantendo as costas direitas;



- Para transportar sacos pesados, distribua o peso pelas duas mãos;



- Não coloque a mochila utilizando apenas uma alça, utilize as duas de modo a distribuir o peso;



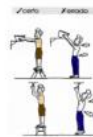
- Ao varrer, utilize uma vassoura com cabo adequado à sua altura, evite inclinar o corpo para a frente;

- Ao atar os atacadores, evite curvar a coluna. Sente-se e cruze as pernas para conseguir alcançar os sapatos ou baixe-se, dobrando os joelhos;

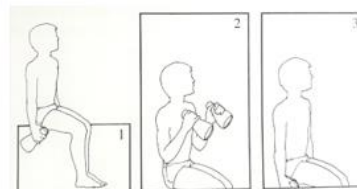
- Sente-se com a coluna direita, apoiando as costas no encosto da cadeira e apoiando os pés no chão;



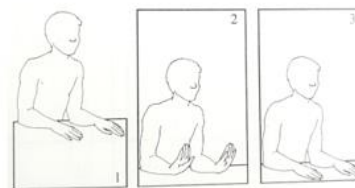
- Para pegar num objeto que esteja numa prateleira alta, suba uma escada ou banco, não eleve os braços ficando na ponta dos pés;



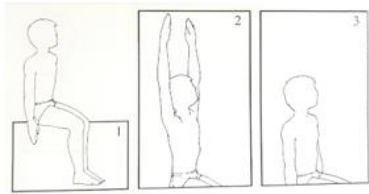
- Para dormir, opte por posturas com a coluna direita. Deite-se de barriga para cima com uma almofada debaixo da cabeça e outra por baixo dos joelhos. Se preferir deitar-se de lado, apoie bem a cabeça e pescoço na almofada;



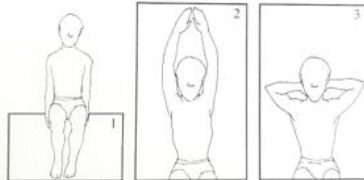
Exercício 16 – Com um peso em cada uma das mãos, não excedendo os 2kg, fletir e estender os antebraços sobre os braços (15 a 20 segundos).



Exercício 17 – Sentado com os antebraços e as mãos apoiadas numa mesa. Levantar as mãos, sem mexer os antebraços (15 a 20 segundos).



Exercício 14 – Elevar lateralmente os braços até à vertical, inspirando (contar até 15). Baixar os braços, expirando.



Exercício 15 – Elevar os braços por cima da cabeça, em seguida colocar as mãos atrás da nuca, puxando os cotovelos para trás (15 a 20 segundos) e depois, estender de novo os braços até à vertical, inspirando. Voltar à posição inicial, expirando.

Patologia articular

Existem alterações funcionais do sistema musculoesquelético, o que pode levar a uma **doença reumatológica**. As doenças reumatológicas podem ser agudas ou crónicas e podem ser diagnosticadas em qualquer idade.



As patologias articulares **mais frequentes** são:

- Osteoporose;
- Fibromialgia;
- Artrite Reumatóide.

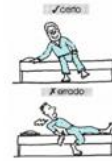
O exercício na promoção da saúde da família

A realização de **atividade física** é promotora da mobilidade articular e muscular **ajudando na prevenção e controle da dor**.

De seguida apresentam-se alguns exercícios promotores de saúde física **que toda a família pode realizar**, os quais são exercícios de mobilidade e alongamentos para prevenir/aliviar a dor muscular e articular.



- Quando se levantar, vire-se de lado primeiro, apoiando-se nos braços e colocando as pernas fora da cama.



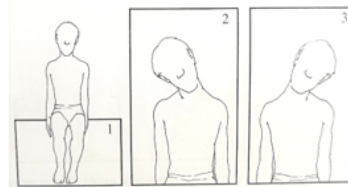
Para manter uma **postura correta** e **prevenir/aliviar a dor muscular e articular**, é importante um estilo de vida saudável, com exercício físico e uma alimentação equilibrada.

Locais mais afetados pela dor musculoesquelética

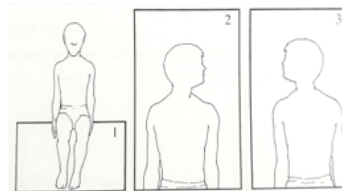
Os locais mais afetados normalmente são o pescoço, costas, ancas, joelhos e mãos.



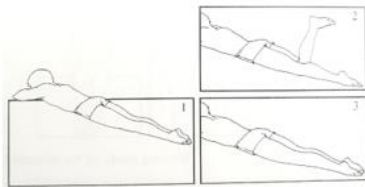
Pode existir ainda inchaço na zona articular e diminuição da mobilidade, principalmente quando já há patologia articular.



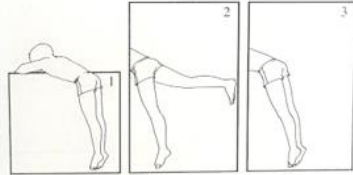
Exercício 12 – Aproximar a orelha direita do ombro do mesmo lado, inspirando. Voltar à posição inicial, expirando (contar até 10). Repetir o exercício com a orelha esquerda (contar até 10).



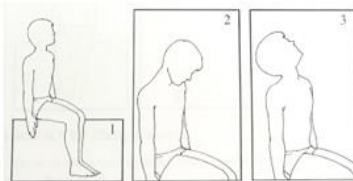
Exercício 13 – Rodar alternadamente a cabeça para a esquerda e para a direita (contar até 5), inspirando, de modo a que o queixo fique paralelo ao ombro e possa olhar para trás por cima do ombro.



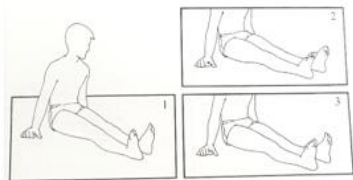
Exercício 9 – Fletir os joelhos 10 a 15 segundos, direito e esquerdo, alternadamente.



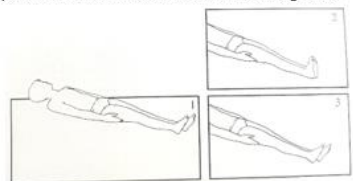
Exercício 10 – Deitar-se em decúbito ventral, sobre uma mesa ou uma cama, como a figura ilustra. Elevar alternadamente as pernas até à horizontal (contar até 5).



Exercício 11 – Com a boca fechada, fletir a cabeça para a frente de modo a que o queixo contacte com o peito, expirando (contar até 5). Inclinat a cabeça para trás, olhando para o teto, inspirando (contar até 5).



Exercício 3 – Com os pés ligeiramente afastados, fletir e estender os dedos, sem mobilizar os pés. Manter cada movimento entre 15 a 20 segundos.



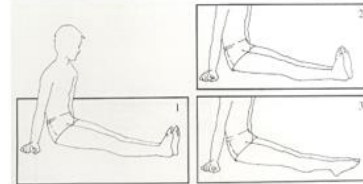
Exercício 4 – Puxar as pontas dos pés e pressionar os joelhos contra o solo. Contar até 15. Relaxar os músculos durante 15 segundos.



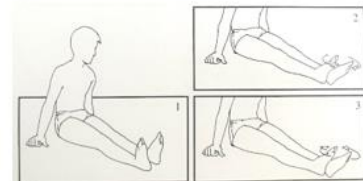
Exercício 5 – Mantendo a perna esquerda em extensão, fletir a direita sobre o peito e, depois, levantá-la até à vertical, inspirando (contar até 10). Baixar a perna, expirando (contar até 10). Efetuar exercício com a perna esquerda.

Exercícios simples para realizar

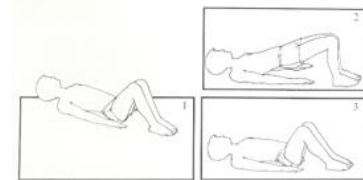
Estes exercícios podem ser realizados por toda a família e cada um deles deve ser idealmente repetido **10 vezes**, sendo necessário repetir cada um deles pelo menos **3 a 5 vezes**. Devem ser realizados calmamente.



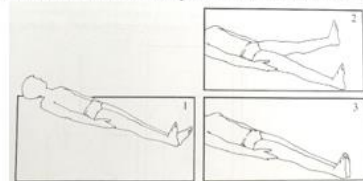
Exercício 1 – Puxar a ponta dos pés para cima (em direção à cabeça) e manter durante 15 a 20 segundos. Baixá-las, tanto quanto possível, manter durante 15 a 20 segundos.



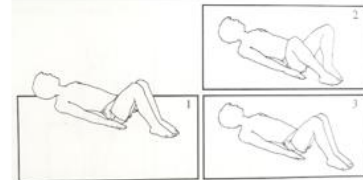
Exercício 2 – Com os pés ligeiramente afastados, fazer semicírculos com os dois pés, no sentido dos ponteiros do relógio e no sentido oposto.



Exercício 6 – Com os joelhos fletidos, levantar as nádegas tão alto quanto possível, inspirando (contar até 10). Voltar à posição inicial, expirando (contar até 10).



Exercício 7 – Sem deslocar a perna direita do solo, afastar a perna esquerda lateralmente (contar até 15) e, depois, voltar à posição inicial. Efetuar exercício com a perna direita.



Exercício 8 – Fletir os joelhos. Baixar lateral e alternadamente os dois joelhos. Manter alongamento durante 10 segundos.

APÊNDICE II – Modelo de *Calgary* de Avaliação da Família N

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Modelo Calgary de Avaliação da Família

Diana Inês Santos Monteiro

Leiria, 9 de julho de 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Modelo Calgary de Avaliação da Família

Avaliação e Intervenção na Família N

Diana Inês Santos Monteiro, nº 5220063

Trabalho inserido no Relatório de Estágio II, orientado pela Professora Doutora Célia Jordão na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, 9 de julho de 2023

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

TA – Tensão Arterial

Td – Tétano e difteria

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

ÍNDICE DE FÍGURAS	IV
ÍNDICE DE QUADROS	V
INTRODUÇÃO	6
1. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA N	7
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA N.....	7
1.1.1. <i>Avaliação Estrutural</i>	8
1.1.2. <i>Avaliação do Desenvolvimento</i>	13
1.1.3. <i>Avaliação Funcional</i>	14
2. PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA N	17
3. CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	
Anexo I – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe da Família N	
Anexo II – Escala de Morse Sr. M e Sr. ^a A	
Anexo III – Escala FACES II da Família N	
Anexo IV – Escala de Apgar Familiar da Família N	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma da Família N.....	9
Figura 2 – Ecomapa da Família N.....	10
Figura 3 – Habitação da família N.....	11
Figura 4 – Escala de <i>Graffar</i> da Família N.....	11
Figura 5 – Classificação da Família N segundo <i>Duvall</i>	13

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Itens da Escala de FACES II.....	16
Quadro 2 – Interpretação linear da Escala de FACES II.....	16
Quadro 3 – Plano de Cuidados da Família N.....	18

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio II integrado no 1º ano do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foi-nos proposta a realização da avaliação de uma família, utilizando o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família (MCAF) e a elaboração de um plano de cuidados, em parceria com a família.

Após alguma reflexão conjunta com a enfermeira orientadora, selecionei a Família N para realizar a minha avaliação e intervenção familiar. No primeiro contacto com a família, procurei o consentimento informado, que me foi concebido, de forma verbal, explicando que os dados obtidos seriam apenas para este fim, não expondo dados indicativos, como por exemplo, os seus nomes. Salientei que transmitissem apenas informação com a qual se sentissem confortáveis.

O primeiro contacto com a família, já com o objetivo de iniciar uma colheita de dados mais completa, foi no dia 12 de junho de 2023, sendo que já teriam existido contactos prévios. A partir deste dia, fui obtendo mais informações, apliquei escalas de avaliação familiar, realizando de forma colaborativa um plano de cuidados com a família. Os registos e avaliações foram realizados também em meio informático, sendo que é feita referência a essa componente ao longo do trabalho.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes principais: na primeira parte irei realizar a avaliação da família de acordo com o modelo referido, em todos os seus componentes de avaliação, ou seja, estrutural, do desenvolvimento e funcional; de seguida apresentarei o plano de cuidados, desenvolvido em parceria com a família N com as respetivas intervenções e avaliações; numa terceira parte, em jeito de conclusão, demonstrarei de que forma este trabalho contribuiu para o meu desenvolvimento académico.

1. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA N

O MCAF foi criado no ano de 1984, com base no modelo de avaliação da família de *Tomm e Sanders*, de 1983 e tem vindo a ser aperfeiçoado desde então. Apresenta uma estrutura multidimensional com três pontos principais, avaliação estrutural, do desenvolvimento e funcional (*Wright & Leahey*, 2012). Este modelo tem como base fundamentos teóricos relacionados com os “(...) sistemas, cibernética, comunicação e mudança” (*Wright & Leahey*, 2012, p.4). Em termos históricos, o envolvimento da família nos cuidados está incluído no que é o cuidar em enfermagem. Inicialmente, com os cuidados prestados em casa era natural o envolvimento da família nos mesmos, mas, com a transição da prática dos cuidados de enfermagem para os hospitais, este conceito foi perdendo a sua importância (*Wright & Leahey*, 2012). No século XX com a reestruturação dos cuidados de saúde, estes voltaram a ter lugar na comunidade, com a diminuição do tempo de internamento e um conseqüente aumento da importância da família como promotora da saúde individual/familiar, pois todo o sistema familiar vivencia os processos de saúde-doença. Este facto leva a que, de acordo com a mesma autora, exista uma melhor compreensão das relações familiares e destes processos, sendo importante considerar a família como um todo e promotora da sua própria saúde. Na nossa sociedade atual, têm vindo a ocorrer mudanças significativas na estrutura e organização das famílias, com o aumento e criação de novas formas de famílias, diferentes da família tradicional (Figueiredo, 2020). Assim, e sendo a família “(...) a unidade básica da construção emocional do ser humano (...)”, constitui-se como fundamental, a sua compreensão por parte dos enfermeiros (Figueiredo, 2020, p.2).

Optei por escolher a família N por estar a passar por uma transição de saúde-doença de um dos seus membros, que afeta toda a família, bem como por querer intervir e capacitar a família a lidar com essa situação. Outros critérios foram ser uma família acessível, disponível para aprender de modo a melhorar a saúde individual e familiar e por serem bastante assíduos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fonte do Rei. De acordo com *Wright e Leahey* (2012), o MCAF é útil para avaliar uma família e funciona como uma estrutura organizada para a ajudar a lidar com alguma questão de saúde/doença, de acordo com as suas necessidades.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA N

A família é composta pelo Senhor (Sr.) M de 86 anos de idade (paciente identificado), nascido a 3 de outubro de 1936, do sexo masculino e a Senhora (Sr.^a) A com 79 anos de idade, nascida a 29 de fevereiro de 1944. O Sr. M realizou o 4º de escolaridade em Portugal, tendo continuado

os estudos no Canadá, onde atingiu o 12º ano de escolaridade, é reformado e já exerceu funções em várias áreas profissionais, tendo iniciado o seu trabalho na área da metalúrgica na Marinha Grande até aos seus 27 anos de idade. Depois emigrou para o Canadá, tendo iniciado funções num hotel, chegando a chefe de sala e a partir dos seus 38 anos de idade, foi agente imobiliário, até à sua reforma. A Sr.^a A concluiu o 3º ano de escolaridade e emigrou com o Sr. M para o Canadá com 18 anos de idade, onde trabalhou numa cozinha de um hospital, encontrando-se atualmente também reformada. São casados há cerca de 60 anos, residindo atualmente em habitação própria em Leiria durante 6 meses do ano, sendo que nos restantes 6 meses, residem no Canadá numa habitação para o casal, propriedade de um filho.

1.1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Wright, Watson e Bell (1996), citados por *Wright e Leahey* (2012, p.48) “(...) definem família como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros”. É importante que como enfermeiros consigamos entender que a definição de família deve ultrapassar as barreiras da definição tradicional, existindo cada vez mais novos e diferentes tipos de famílias (*Wright & Leahey*, 2012).

Em termos de estrutura interna, a família N é uma família nuclear clássica, constituída por dois elementos, que são um casal, sendo o Sr. M do género masculino e a Sr.^a A do género feminino. A sua orientação é heterossexual, e primeiro nasceu o Sr. M e depois a Sr.^a A. Relativamente à estrutura externa, a família alargada é composta pelos filhos do casal, o Sr. V de 59 anos e o Sr. E de 51 anos, que habitam ambos no Canadá com as suas respetivas famílias atuais. O Sr. V tem uma licenciatura em gestão e administração de empresas e tem como profissão administração de vendas internacionais, o Sr. E possui o 12º ano de escolaridade e é piloto comercial. Também fazem parte da família alargada os irmãos do Sr. M e da Sr.^a A. O Sr. M apresenta uma relação próxima e íntima com os seus filhos, netos e irmãos e uma relação próxima com os irmãos da esposa, a Sr.^a A. O Sr. M não apresenta antecedentes pessoais, ou seja, patologias diagnosticadas, ao contrário da sua esposa, que tem diagnosticada Hipertensão Arterial (HTA), Dislipidemia e insuficiência arterial nos MIS.

O genograma segundo *Wright e Leahey* (2012), é um instrumento útil para delinear a estrutura interna da família, sendo este um diagrama do grupo familiar. De seguida encontra-se apresentado o genograma da família N que foi realizado no programa informático “*GenoPro*”.

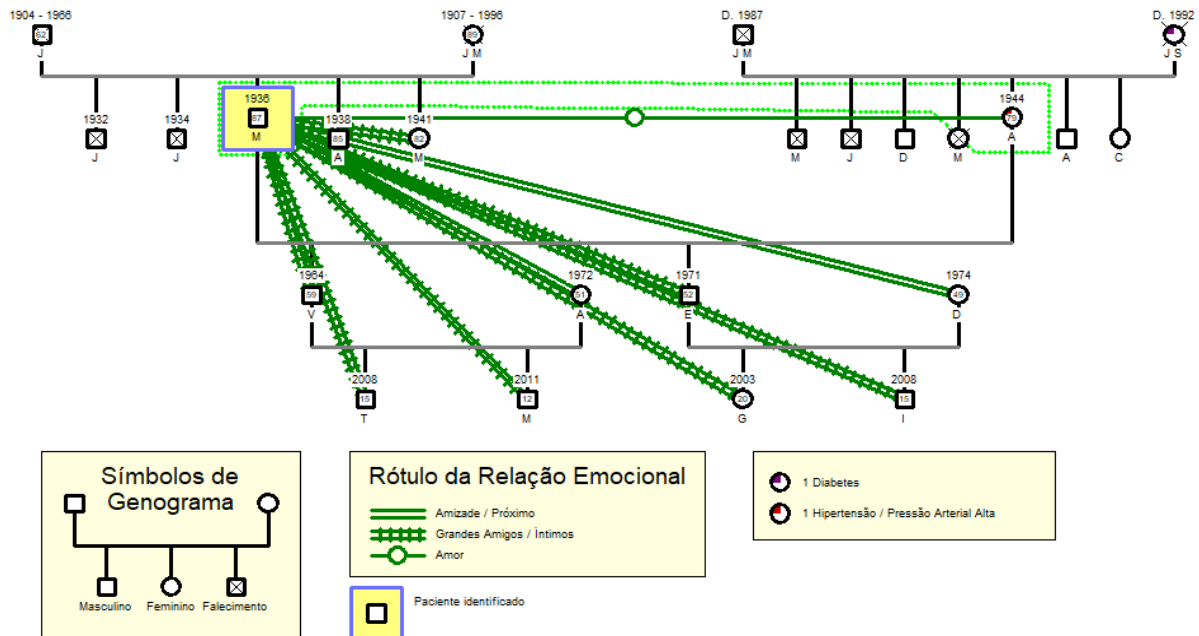


Figura 1 – Genograma da Família N

O subsistema é uma denominação para “(...) caracterizar o nível de diferenciação do sistema familiar” (*Wright & Leahey*, 2012, p.54). Sendo o agregado familiar composto pela díade, podemos afirmar que os subsistemas presentes no mesmo são o subsistema individual, uma vez que o casal é constituído por dois indivíduos com as suas próprias crenças e valores e o subsistema conjugal, constituído pelo Sr. M e pela Sr.^a A. De modo a proteger o grau de diferenciação entre subsistemas, existem os limites, que fazem esse papel. Estes definem quem e como participa na dinâmica familiar, tal como refere *Minuchin* (1974), citado por *Wright e Leahey* (2012) e estes podem ser permeáveis, difusos e rígidos (*Wright & Leahey*, 2012). No caso da família N podemos afirmar que os limites entre o casal são permeáveis uma vez que existe uma flexibilidade adequada, ou seja, há regras que podem ser modificadas de acordo com a vontade do casal ou de um dos seus membros. A família relaciona-se com outros sistemas mais amplos, bem como com a rede social da unidade familiar. No dia-a-dia, o Sr. M gosta de passar o seu tempo no seu quintal, bem como em casa, tal como a Sr.^a A. Ambos referem que a sua atividade preferida é passar o tempo em família na praia e na sua casa de praia, propriedade do casal. Também frequentam locais como o supermercado, convivem com os vizinhos e frequentam o café, embora com menos assiduidade. A igreja é também um local importante para o casal, sendo que lá comparecem apenas em situações de necessidade, sendo católicos

praticantes. Quando estão a habitar no Canadá, passam a maior parte do tempo em família, em casa dos filhos, convivendo com estes e com os seus netos, com os quais tem uma boa relação de proximidade. O ecomapa é outro instrumento para delinear a estrutura externa da família, representando a relação da família avaliada com indivíduos fora da família imediata e sistemas extra-familiares (Wright & Leahey, 2012). Neste seguimento, apresenta-se abaixo o ecomapa desta família, com a respetiva legenda.

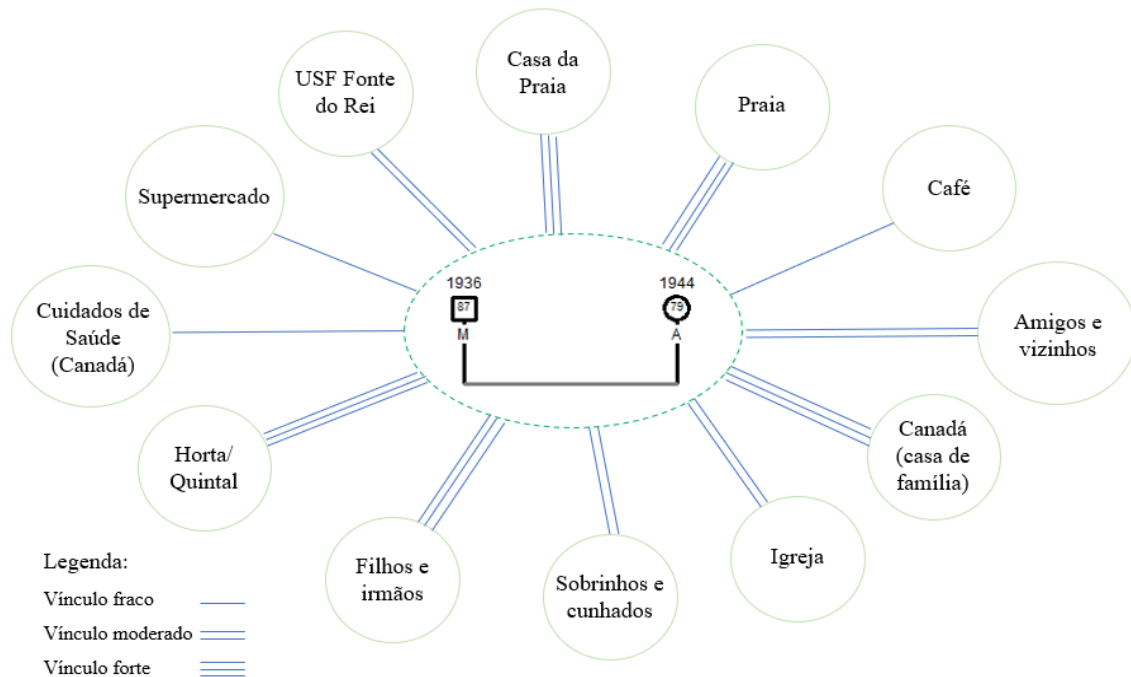


Figura 2 – Ecomapa da Família N

A família N é de raça caucasiana e conta com valores importantes na sua vida, notáveis durante as entrevistas com a mesma, sendo que os principais para si são: a saúde, a família e amizades verdadeiras. Também valorizam questões como o respeito interpessoal, a honestidade, a preservação de si e da sua família e a promoção da saúde individual e familiar. Têm um estilo de vida saudável, ativo, cuidado e não praticam hábitos nocivos. Interagem com outras pessoas de forma respeitosa, especialmente com a sua família alargada e amigos/vizinhos. Durante a sua vida trabalharam para manter a sua subsistência, sendo que atualmente têm como atividade a gestão e cuidado dos animais e do quintal. Procuram realizar atividades que sejam benéficas e divertidas para si, nomeadamente passar tempo em família na sua habitação e no seu quintal. Têm a sua própria habitação com o terreno em volta e carro próprio em Portugal.

As crenças religiosas da família podem influenciar a forma como lidam com situações de preocupação em saúde ou situações de doença, sendo importante explorar esta área com a família (Wright & Leahey, 2012). A família N é de religião católica, sendo que frequentam a

O principal fator de *stress* da família, atualmente, é a ferida traumática do Sr. M, situada na sua perna esquerda que surgiu enquanto o Sr. M estava no seu quintal e um carro de mão embateu na sua perna, em março deste ano. A ferida crónica do Sr. M, expectavelmente, levará muito tempo a cicatrizar uma vez que é muito extensa e profunda, pelo que esta tem sido uma preocupação para a família. A presença desta ferida faz com que o Sr. M sinta dor, preocupação e culpa (por considerar ter sido um “descuido”, como o próprio refere). A vida pessoal do Sr. M encontra-se afetada pois, com a presença desta ferida, não são aconselháveis atividades como praia, banhos no mar, caminhadas por longos períodos, o que para além de limitar a sua autonomia, terá consequências como a perda de capacidade física e muscular. Neste sentido foi promovida a elevação dos membros, a realização de caminhadas de curta duração em família e a utilização de meias de compressão, de modo a promover o retorno venoso.

O Sr. M apresenta também como fator de *stress* a perda de audição, situação que referiu num dos contactos como sendo uma situação que o deixa triste e que leva a uma dificuldade nas interações e comunicação a nível social. Tendo em conta esta perda de capacidade auditiva, foram promovidos hábitos como pedir à pessoa com quem está a comunicar que fale mais devagar e de frente para si, de modo que o Sr. M compreenda o conteúdo da comunicação. A perda de mobilidade é outro dos fatores que afetam a família uma vez que o Sr. M refere sentir dor ligeira nos joelhos o que leva a alguma instabilidade quando se levanta ou muda de posição e a Sr^a A refere dores nos pés devido à sua insuficiência circulatória. A dor de ambos faz com que sejam renitentes a realizar as caminhadas propostas no plano familiar. Neste sentido foram demonstrados exercícios de promoção do equilíbrio e incentivada a realização de pequenas caminhadas para promover o funcionamento articular e diminuição das queixas apresentadas pelo casal.

A manutenção saúde individual e familiar é uma preocupação para o casal uma vez que, como é expectável devido à idade, notam uma diminuição da sua capacidade física e também mental, como a perda de memória. Assim procuram realizar atividades para que se mantenham ativos e autónomos. Todos estes fatores de *stress* foram valorizados, pelo que em todos os contactos foram realizados ensinamentos à família sobre os mesmos, de acordo com as suas necessidades. Foi realizado um plano de cuidados para a família, colaborativamente com esta, que se apresenta no capítulo seguinte.

1.1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Para além de conhecer a estrutura da família, é importante “(...) entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família” (Wright & Leahey, 2012, p.76). Embora exista uma certa regularidade e lógica relativamente ao desenvolvimento de uma família, “(...) cada família é diferente precisamente porque pode dizer-se que cada uma tem o seu próprio curso de desenvolvimento (...) abrangendo a construção familiar de passado e presente”, tal como refere Falicov (1988), citado por Wright e Leahey (2012, p.76).

A classificação de estádios do ciclo vital de Duvall & Miller, foi a primeira a ser apresentada em 1985, engloba oito estádios de classificação e “(...) aplica-se à família nuclear, desde a sua formação e evolução a partir do nascimento do primeiro filho” (Figueiredo, 2020, p.52). A família N encontra-se na etapa do ciclo vital “Família Idosa”, o que significa que existem um conjunto de tarefas associadas, nomeadamente a manutenção do funcionamento do casal diante do declínio fisiológico, o que é uma preocupação desta família, como já foi referido. Esta classificação encontra-se representada abaixo, obtida no programa informático SClínico.

C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
<input type="radio"/>	I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)		
<input type="radio"/>	II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)		
<input type="radio"/>	III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)		
<input type="radio"/>	IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)		
<input type="radio"/>	V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)		
<input type="radio"/>	VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")		
<input type="radio"/>	VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")		
<input checked="" type="radio"/>	VIII - Família idosa(da reforma a viúvez)		

Figura 5 – Classificação da Família N segundo Duvall

A família N refere como mudanças recentes a situação da ferida do Sr. M, estarem a residir neste momento em Portugal, o que os distancia de parte da restante família e ainda o falecimento de irmãos do Sr. M e da Sr.^a A. Referem ainda o divórcio de um sobrinho, o que levou a algum *stress* e preocupação por parte do casal. Neste âmbito realizei a análise das situações ocorridas na vida familiar no último ano, através da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe de 1967, esta escala representa um conjunto de 43 eventos de *stress* ou doença que ocorreram na família no último ano. Quando questionada a família em relação aos eventos do último ano,

referindo cada um deles presente na escala, pode obter o *score* de 53 pontos no ponto “acidente ou doença grave”, devido ao acidente que levou ao surgimento da ferida do Sr. M. Assim é possível concluir que têm uma baixa probabilidade de adquirir doença. Em anexo encontra-se a escala aplicada (Anexo I).

A distribuição das tarefas do casal no seu dia-a-dia é relativamente constante sendo que a Sr.^a trata da alimentação e da limpeza da casa, referindo que o Sr. M a ajuda esporadicamente. Quando se dirigem a algum local, como o supermercado, é maioritariamente o Sr. M que conduz o veículo do casal, sendo que realizam as compras em conjunto. É possível denotar a discrepância que existe na quantidade de tarefas realizada por cada um dos membros do casal, nos diferentes ambientes interior e exterior, o que ocasionalmente poderá gerar algum conflito. Nesta fase o casal modifica o seu relacionamento conjugal e existe uma certa interdependência da geração subsequente, que vai aumentando com o declínio da autonomia e das capacidades intelectuais e físicas (Wright & Leahey, 2012). Assim, a família N mantém um vínculo forte entre si (casal) e com os restantes membros da família, nomeadamente irmãos, filhos e netos, com quem têm maior proximidade.

1.1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional da família está relacionada com a forma como os indivíduos se relacionam e comportam uns com os outros e dentro dela estão especificados o funcionamento instrumental e o funcionamento expressivo. O **funcionamento instrumental** diz respeito às rotinas da família e às atividades realizadas no seu dia-a-dia (Wright & Leahey, 2012).

As atividades de vida diárias da família incluem a capacidade de manter um ambiente seguro/evitar os perigos e neste âmbito é possível afirmar que a família utiliza calçado adequado no seu dia-a-dia, caminhando com cuidado, promovendo a prevenção de quedas. A habitação tem escadas e carpetes, fatores que poderão aumentar o seu risco de queda, sendo que este é avaliado segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019), pela Escala de Morse e é possível um de três *scores*: sem risco (de 0 a 24 pontos); baixo risco (de 25 a 50 pontos) e alto risco (superior ou igual e 51 pontos). Ao aplicar a escala à família N podemos concluir que não apresentam risco de queda, ambos obtendo um *score* de 0 (Anexo II), pelo que a necessidade não se encontra comprometida.

A capacidade de comunicar não se encontra comprometida uma vez que o casal demonstra comunicar corretamente e com respeito, entre si e com as restantes pessoas. No âmbito da

mobilidade, o casal, como já referido, começa a apresentar algumas dificuldades, nomeadamente dores e falta de equilíbrio, encontrando-se esta necessidade comprometida. Embora reformados, demonstram aceitar esse facto e realizam atividades que gostam e com as quais se sentem bem. Demonstram realização pessoal e profissional, embora de momento com uma ligeira mudança devido à ferida do Sr. M, que faz com que não possa realizar algumas das suas atividades preferidas, bem como a esposa, que o acompanha. A ideia de morte não assusta qualquer um dos membros do casal, sentindo-se ambos realizados e felizes com o que já atingiram e com a sua vida atual. As necessidades de respirar, comer/beber, eliminar, higiene pessoal, vestir-se, controlar a temperatura do corpo, sono/repouso não se encontram comprometidas, o que demonstra que o casal tem a capacidade intelectual e física para suprir essas mesmas necessidades.

O **funcionamento expressivo** relaciona-se com a comunicação, solução de problemas, relações de influência e poder, entre outros aspetos (Wright & Leahey, 2012). De acordo com Alarcão (2006), de modo a conhecer as interações familiares, é importante compreender a comunicação entre os seus membros. Em termos de comunicação emocional, a família N tem uma boa capacidade de expressar as suas emoções, bem como de comunicar as suas preocupações aos restantes membros da família. A comunicação entre o Sr. M e a Sr.^a A é funcional, sendo que comunicam principalmente entre si, com confiança e respeito. Através dos contactos com a família também foi possível observar que partilham as suas preocupações em saúde com a equipa multidisciplinar, procurando obter auxílio por parte da mesma. Utilizam um padrão de comunicação adequado, assertivo e de respeito para com o outro, tendo ambos a sua própria influência e poder no âmbito da sua relação familiar. Sendo católicos, utilizam a sua fé para ultrapassar crises e transições da vida familiar, apresentando boa capacidade de resolução de problemas. Atualmente os fatores de *stress* familiares são os que já foram referidos, sendo o principal a existência da ferida do Sr. M que se pode traduzir como uma transição de saúde-doença. Neste sentido surge a escala de Faces II (Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes – Coimbra, 1995), que inclui valores relacionados com a coesão familiar e adaptabilidade familiar, e que foi aplicada a ambos os membros do casal. Esta é uma escala tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta, sendo que o valor 1 corresponde a “quase nunca” e o valor 5 corresponde a “quase sempre” (Amaral, 2015). Após o preenchimento, verificamos que itens são cotados inversamente e realizamos a soma com base no quadro seguinte.

COESÃO FAMILIAR																
Itens	Laços Emocionais		Limites Familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer	
	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(+)
	1	17	3	19	9	29	7	23	5	25	11	27	13	21	15	30
ADAPTABILIDADE FAMILIAR																
Itens	Imposição		Liderança		Disciplina		Negociação		Funções		Normas		Decisões			
	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)		
	2	14	28	4	16	6	18	8	20	26	10	22	12	24		

Quadro 1 – Itens da Escala de FACES II
Fonte: Amaral (2015)

Após esta soma associamos os valores obtidos, da coesão e adaptabilidade (representados na tabela seguinte), somando de novo os valores obtidos e dividindo por dois.

Coesão			Adaptabilidade			Tipo de Família	
8	80	Muito Ligada	8	70	Muito Flexível	8	Equilibrada
	74			65			
7	73	Ligada	7	64	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
	71			55			
6	70	Ligada	6	54	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
	65			50			
5	64	Separada	5	49	Estruturada	5	Intermédia
	60			46			
4	59	Separada	4	45	Estruturada	4	Intermédia
	55			43			
3	54	Desmembrada	3	42	Rígida	3	Extrema
	51			40			
2	50	Desmembrada	2	39	Rígida	2	Extrema
	35			30			
1	34	Desmembrada	1	29	Rígida	1	Extrema
	15			15			

Quadro 2 – Interpretação linear da Escala de FACES II
Fonte: Amaral (2015)

Concluindo a análise, a família N é “Muito Equilibrada”, com o *score* final de 7 pontos para a Sr.^a A e 8 pontos para o Sr. M (Anexo III). Relativamente à Escala de *Apgar* Familiar de *Smilkstein*, obtive um *score* de 10 pontos em ambos os membros do casal, o que representa uma “Família altamente funcional” (Anexo IV).

2. PLANO DE CUIDADOS DA FAMÍLIA N

Após a colheita de dados e entrevista com a família N foi possível compreender, em parceria com a mesma, as suas necessidades em saúde e desse modo elaborar um plano de cuidados. Realizando uma intervenção sistémica colaborativamente com a família, procurou-se entender as suas verdadeiras necessidades e realizar inferências a partir dos contactos com a mesma. Assim, sendo uma família situada na oitava etapa do ciclo vital, segundo *Duvall*, “Família Idosa”, sentem a perda de mobilidade, de memória e de audição como indicadores da diminuição da sua capacidade física e intelectual. Para além destes aspetos, a questão da ferida do Sr. M constitui-se como um foco importante no dia-a-dia da família, principalmente por, como já foi referido, provocar no Sr. M um sentimento de “perda de liberdade”, ao não realizar algumas das suas atividades preferidas e necessidade de cuidados de saúde diários.

Outros focos que se apresentarão no plano de cuidados da família N são a adesão à vacinação, a Gestão do Regime Terapêutico (GRT), o risco de queda, o autocuidado, entre outros. Estes focos encontram-se presentes uma vez que são avaliados em todas as consultas de enfermagem à família na USF, neste caso na consulta de saúde do idoso. O plano foi realizado com base na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e na autora Henriqueta Figueiredo (2020). De seguida apresenta-se então o plano de cuidados realizado colaborativamente com a família N.

Data	Foco	Diagnóstico	Intervenção	Avaliação
12/06/2023	Monitorizar índice de massa corporal (IMC) <u>Casal</u>	Excesso de peso	<ul style="list-style-type: none"> · Ensinar sobre complicações · Ensinar sobre padrão alimentar · Monitorizar índice de massa corporal · Monitorizar peso · Monitorizar altura · Monitorizar perímetro abdominal 	<p>12/06/2023 A família apresenta excesso de peso: O Sr. M apresenta um peso de 71,5kg e uma altura de 1.61 m, pelo que apresenta um IMC de 27,6. Apresenta um perímetro abdominal de 90cm; A Sr.ª A apresenta um peso de 63,5kg e uma altura de 1,55m, pelo que apresenta um IMC de 24,6. Apresenta um perímetro abdominal de 93cm. Foram promovidos ensinios relativos ao padrão alimentar e de exercício.</p> <p>22/06/2023 O casal mantém o peso dentro dos mesmos parâmetros, apesar de cientes dos ensinios realizados.</p>
	Avaliar gestão do regime terapêutico <u>Casal</u>	Gestão do regime terapêutico comprometido	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar potencial para melhorar o conhecimento · Avaliar potencial para melhorar a capacidade · Ensinar sobre gestão do regime terapêutico · Ensinar sobre auto-vigilância · Ensinar sobre padrão alimentar · Ensinar sobre medicamentos · Ensinar sobre padrão de exercício · Ensinar sobre padrão de repouso (com membros inferiores elevados) · Ensinar sobre regime medicamentoso · Incentivar adesão ao regime terapêutico · Incentivar hábitos alimentares saudáveis · Incentivar ingestão de líquidos · Incentivar o envolvimento da família · Incentivar o envolvimento da família da gestão do regime de exercício · Incentivar progressos (comportamentos promotores de saúde familiar) · Planear consulta · Planear dieta 	<p>12/06/2023 O casal não cumpre toda a terapêutica conforme prescrito e neste momento não apresentam hábitos regulares de exercício, principalmente a Sr.ª A. O regime dietético não é adequado uma vez que não existe uma redução do teor salino e das gorduras na alimentação do casal. Ainda que detenham conhecimentos sobre uma efetiva GRT, ainda não demonstram comportamentos de procura de saúde no âmbito de alguns hábitos, tais como os referidos acima.</p> <p>15/06/2023 Foram realizados ensinios ao casal como: a promoção da toma da terapêutica, o controlo dos valores de tensão arterial (Sr.ª A) e sobre a alimentação. Foi incentivada a redução do peso, uma alimentação completa e equilibrada com a realização de 5 a 6 refeições diárias, com alimentos saudáveis de acordo com a sua preferência, salientando a importância da proteína, nomeadamente no caso da ferida do Sr. M. Foi incentivada a realização de exercício físico à Sr.ª A uma vez que não realiza qualquer tipo de exercício físico e ao</p>

				<p>Sr. M que tem descurado o exercício físico diário. Foi incentivada a realização de caminhadas pelo casal, de modo a promover a saúde de ambos. Explicada ao casal a importância da vigilância médica e de enfermagem, nomeadamente em regime de consulta na USF.</p> <p>22/06/2023 Após os ensinamentos sobre a GRT, a família passou a cumprir terapêutica prescrita e a ter mais cuidado com o regime dietético e de exercício. Demonstram alteração de alguns comportamentos alimentares como a redução do consumo de gorduras e sal, aumento da ingestão hídrica e a realização de algum exercício físico, embora insuficiente.</p>
Adesão à vacinação <u>Casal</u>	Adesão à vacinação demonstrado		<ul style="list-style-type: none"> · Planear vacinação · Ensinar sobre vacinas 	<p>12/06/2023 O casal cumpre o esquema do PNV. Foram informados sobre a vacina anual da gripe e data do reforço da vacina do Tétano e difteria (Td).</p>
Autocuidado <u>Casal</u>	Independente no autocuidado		<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar autocuidado (escala de <i>Barthel</i>) 	<p>12/06/2023 Sem alterações, nenhum dos membros da família apresenta dependência no autocuidado.</p>
Avaliar risco de Diabetes tipo 2 <u>Casal</u>	Risco ligeiro		<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar risco de Diabetes tipo 2 	<p>12/06/2023 Ambos os elementos da família N apresentam risco ligeiro de vir a desenvolver Diabetes do tipo 2. Ambos apresentam excesso de peso e a Sr.^a A apresenta um antecedente familiar de Diabetes, uma vez que a sua mãe era diabética. Foram informados deste facto, promovendo a sua auto-consciencialização para a sua própria saúde.</p>
Monitorizar Tensão Arterial (TA) <u>Casal</u>	Sem hipertensão		<ul style="list-style-type: none"> · Monitorizar tensão arterial · Monitorizar frequência cardíaca 	<p>12/06/2023 A família apresenta valores normais (para si) de tensão arterial, ainda que a Sr.^a A seja hipertensa, embora com valores controlados: Sr. M: TA=133/64 mmHg, FC=78bpm; Sr.^a A: TA=113/76 mmHg, FC=66bpm.</p>

Avaliar comportamento de procura de saúde <u>Casal</u>		<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar conhecimento para promover comportamentos de procura de saúde · Avaliar potencial para melhorar conhecimento · Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde · Incentivar comportamentos de procura de saúde · Orientar para o enfermeiro de família 	<p>12/06/2023 A família tem capacidade para promover comportamentos de procura de saúde, incentivados em todos os contactos com a família, de modo a maximizar a saúde individual e familiar. Promovida a comparência nas consultas médicas e de enfermagem bem como a ida aos serviços de saúde em caso de urgência/emergência.</p>
Avaliar risco de queda <u>Casal</u>	Sem risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar risco de queda (escala de <i>Morse</i>) 	<p>12/06/2023 A família não apresenta risco de queda. Explicado a ambos que a mobilidade vai diminuindo com a idade e o risco de fratura fica aumentado, pelo que é importante prevenir as quedas e reavaliar este risco em todos os contactos com a família. Foi avaliado, mantendo-se o mesmo resultado, sendo que neste período de tempo, nenhum dos elementos da família apresentou qualquer queda.</p>
Avaliar processo familiar <u>Casal</u>	Processo familiar comprometido (por Interação de papéis comprometida)	<ul style="list-style-type: none"> · Promover a comunicação expressiva de emoções · Motivar a redefinição de papéis pelos membros da família · Promover o suporte da família 	<p>21/06/2023 Avaliado o processo familiar, em que a interação de papéis se encontra comprometida uma vez que existe um conflito de papel relativamente ao papel doméstico. A Sr.^a A indica que é quem realiza a maior parte das tarefas no domicílio. Para além dessa situação também a transição normativa de saúde-doença que se encontram a atravessar, leva a uma alteração na relação do casal.</p> <p>22/06/2023 Promovida a participação do Sr. M nas tarefas domésticas, à qual o mesmo se demonstra aberto e disponível. Também foi reforçada a importância da comunicação da família para a resolução de problemas.</p>
Satisfação conjugal <u>Casal</u>	Satisfação conjugal comprometida (por Função sexual comprometida)	<ul style="list-style-type: none"> · Promover a comunicação do casal · Motivar atividades em conjunto · Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais 	<p>21/06/2023 Ao questionar a família sobre a sua sexualidade é possível observar alguma insatisfação relativamente à mesma, tendo sido realizados ensinamentos quanto à possibilidade de utilização de lubrificantes, por exemplo, e sobre a importância do carinho e atenção</p>

				entre o casal. A família demonstra compreender os ensinamentos.
	<p>Ferida traumática (perna do lado esquerdo) <u>Sr. M</u></p>	<p>Ferida traumática – perna do lado esquerdo (O Sr. M sofreu traumatismo no membro inferior esquerdo a 16/03/2023 com carro de mão, a 28/04/2023 realizado desbridamento cirúrgico a necrose local no Canadá)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Vigiar penso da ferida traumática · Vigiar líquido de drenagem · Avaliar ferida traumática · Executar tratamento da ferida traumática · Reforçar penso da ferida · Referir para serviço médico · Aplicar penso compressivo · Aplicar terapia compressiva (meia elástica) 	<p>12/06/2023 Em todos os contactos, o penso apresentava-se sempre extremamente repassado com conteúdo sero-purulento. Ferida com abundante drenagem de conteúdo sero-purulento e ligeiramente hemático associado à limpeza da mesma. Neste dia a ferida apresentava um comprimento de 14cm e uma largura de 6cm, sendo que foi diminuindo gradualmente nos tratamentos seguintes. Foram promovidos ensinamentos ao utente nomeadamente a regularidade dos tratamentos, que atualmente é diária, bem como evitar as idas à praia e banhos no mar. Foi explicada a importância da proteína na sua alimentação diária, o uso da terapia compressiva, nomeadamente a meia elástica, e a realização de caminhadas. Foi promovido o envolvimento da esposa nos ensinamentos, salientando a importância dos mesmos para toda a família.</p> <p>29/06/2023 A ferida encontrava-se menor, com cerca de 12,5cm de comprimento por 5,5cm de largura, mas ainda muito exsudativa e com necessidade de tratamentos diários. Neste sentido continuou-se a reforçar a importância da compressão, alimentação e exercício físico para promoção da cicatrização.</p>

Quadro 3 – Plano de Cuidados da Família N

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permitiu-me concretizar a avaliação de uma família de uma forma holística, mobilizando os conhecimentos da teoria para a prática clínica. De acordo com Figueiredo (2020), os cuidados de enfermagem prestados à família, permitem uma interação única, sendo esta uma parceria colaborativa em que a família é capacitada de modo a atingir o seu maior potencial de saúde. Compreendo a importância de realizar uma avaliação sistémica com as famílias, mais aprofundada e refletir sobre a importância das necessidades e forças de cada um dos membros da família. Na construção do plano de cuidados conjuntamente com a família, podemos capacitá-la para promover a saúde individual e familiar.

A avaliação da família pelo MCAF e a realização do plano de cuidados da família N permitiu-me pôr em prática novamente modelos base da enfermagem, bem como, desta vez, aplicá-los à família e não apenas ao indivíduo. A avaliação dos resultados em saúde é um processo contínuo e estes manifestam-se por mudanças do funcionamento familiar, algumas delas que pude observar. Em contactos futuros com a família será importante continuar a recolha de informações novas e realizar mais ensinamentos e avaliações.

Com a execução deste trabalho consegui adquirir competências no âmbito deste Mestrado e focar a família em todos os contactos, tornando-a promotora da sua própria saúde e realizando ensinamentos consoante as suas necessidades. Considero o mesmo uma mais-valia para a minha aprendizagem enquanto futura enfermeira de família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(des)Equilíbrios Familiares - uma visão sistémica* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Direção-Geral da Saúde. (9 de dezembro de 2019). Norma. *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*.
- Figueiredo, M. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Carregado: SABOOKS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2011*. Portugal.
- Sónia, A. (2015). *Qualidade do Sono em Estudantes do Ensino Profissional*. Relatório de Estágio, Viseu.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Roca.

ANEXOS

Anexo I – Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* da Família N

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe		
N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casament	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no numero de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças
 200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica
 > 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

Fonte: Figueiredo (2020)

Anexo II – Escala de Morse Sr. M e Sr.^a A

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Anexo III – Escala FACES II da Família N

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					✕ ✕
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					✕ ✕
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	✕ ✕				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				✕	✕
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					✕ ✕
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			✕	✕	
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.				✕ ✕	
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					✕ ✕
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					✕ ✕
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família			✕		✕
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					✕ ✕
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	✕ ✕				

Legenda: Sr.^a A ✕ / Sr. M ✕

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					✕ ✕
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					✕ ✕
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	✕ ✕				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					✕ ✕
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					✕ ✕
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					✕ ✕
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	✕ ✕				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.				✕ ✕	
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					✕ ✕
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				✕	✕
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					✕ ✕
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.		✕ ✕			
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	✕ ✕				

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					✕ ✕
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					✕ ✕
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	✕ ✕				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	✕ ✕				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros				✕	✕

Nota:
 1- Quase nunca
 2- De vez em quando
 3- Às vezes
 4- Muitas vezes
 5- Quase sempre

Fonte: Figueiredo (2020)

Anexo IV – Escala de *Apgar* Familiar da Família N

APGAR Familiar de Smilkstein			
APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	✕ ✕		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	✕ ✕		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	✕ ✕		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	✕ ✕		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	✕ ✕		
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
 Algumas vezes: 1 ponto
 Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
 4 a 6 – Família com moderada disfunção
 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Legenda: Sr.^a A ✕ / Sr. M ✕

Fonte: Figueiredo (2020)

APÊNDICE III – Manual de Procedimentos: Consulta de tratamento de feridas USF



Tipo de Documento		Manual de Procedimentos			
Nome	Tratamento de Feridas/Úlceras			MP 17	
Palavras-chave	Ferida/Úlcera				
Área	Geral	Subárea			
Elaborado por	Enf. Alda Pereira Enf. Diana Monteiro (Aluna estagiária do Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar)	Data	14/09/2023	Nº de folhas	5



APROVADO	CONSELHO TÉCNICO	Versão	1	Data	
	Dra. Márcia Rodrigues	SUBSCRIÇÃO			
	Enf. Alda Pereira				
	Assist. Téc. Fernanda Proença				
	COORDENADOR	Versão	1	Data	
	Dr. José Luís Figueiredo				
Aprovado em Conselho Geral	DATA		ATA Nº		

Identificação	Processo	Versão	Nº de folhas
	Tratamento de Feridas/Úlceras	1	5

Objetivos

- Estabelecer diretrizes para a realização da Consulta do utente/família com ferida/úlceras, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e garantindo a equidade no acompanhamento e tratamento do utente/família com ferida/úlceras.

Âmbito

Abrange todos os utentes e suas famílias com ferida ou úlcera ativa inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fonte do Rei.

Responsabilidade

Aplica-se a Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicas da USF Fonte do Rei.

Definição

A ferida é uma lesão espontânea, acidental ou decorrente de ato cirúrgico, cuja etiologia pode dever-se a um processo patológico sistémico, traumático, cirúrgico, queimadura, pressão/forças de deslizamento^{1,2}.

Descrição

A Consulta ao utente/família com ferida deve ser preferencialmente programada pelo Enfermeiro de Família ou Assistente Técnico, salvo em situações de ferida aguda. Deve ser garantida a adequada vigilância do utente com ferida/úlceras, capacitando-o e à sua família para a promoção de uma célere cicatrização.


ASSISTENTES TÉCNICAS

Todas as Consultas de Tratamento de Feridas/Úlceras são previamente agendadas na aplicação SClínico, nomeadamente na agenda de enfermagem. A Assistente Técnica deve:

- Agendar os utentes com ferida aguda e sem marcação;
- Verificar o agendamento da consulta na aplicação SClínico;
- Proceder ao registo da presença do utente (efetivação da consulta);
- Cobrar a taxa moderadora em vigor, se aplicável;
- Informar o utente que deve aguardar na sala de espera pela consulta de Enfermagem.

¹ BARANOSKI, S., ELIZABETH, A. A., O Essencial Sobre o Tratamento de Feridas – Princípios Práticos. Loures, Ludodidacta.
² CONJUEI (2009). Conferência Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior, EdicaMed.

Elaborado por:	Aprovado por:	Data:

Identificação	Processo	Versão	Nº de folhas
	Tratamento de Feridas/Úlceras	1	5

Objetivos

- Estabelecer diretrizes para a realização da Consulta do utente/família com ferida/úlceras, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e garantindo a equidade no acompanhamento e tratamento do utente/família com ferida/úlceras.

Âmbito

Abrange todos os utentes e suas famílias com ferida ou úlcera ativa inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fonte do Rei.

Responsabilidade

Aplica-se a Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicas da USF Fonte do Rei.

Definição

A ferida é uma lesão espontânea, acidental ou decorrente de ato cirúrgico, cuja etiologia pode dever-se a um processo patológico sistémico, traumático, cirúrgico, queimadura, pressão/forças de deslizeamento^{1,2}.

Descrição

A Consulta ao utente/família com ferida deve ser preferencialmente programada pelo Enfermeiro de Família ou Assistente Técnico, salvo em situações de ferida aguda. Deve ser garantida a adequada vigilância do utente com ferida/úlceras, capacitando-o e à sua família para a promoção de uma célere cicatrização.

ASSISTENTES TÉCNICAS

Todas as Consultas de Tratamento de Feridas/Úlceras são previamente agendadas na aplicação SClínico, nomeadamente na agenda de enfermagem. A Assistente Técnica deve:

- Agendar os utentes com ferida aguda e sem marcação;
- Verificar o agendamento da consulta na aplicação SClínico;
- Proceder ao registo da presença do utente (efetivação da consulta);
- Cobrar a taxa moderadora em vigor, se aplicável;
- Informar o utente que deve aguardar na sala de espera pela consulta de Enfermagem.

¹ BARANOSKI, S., ELIZABETH, A. A., O Essencial Sobre o Tratamento de Feridas – Princípios Práticos. Loures, Ludodidacta.
² CONJUEI (2009). Conferência Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior, EdkaMed.

Elaborado por:	Aprovado por:	Data:

2

Identificação	Processo	Versão	Nº de folhas
	Tratamento de Feridas/Úlceras	1	5

ENFERMEIROS

Cada utente inscrito no Programa de Saúde “Tratamento de Feridas/Úlceras” é seguido pelo seu Enfermeiro de Família.

Após a confirmação da consulta com a Assistente Técnica, o utente aguarda na sala de espera até ser chamado à consulta com o seu Enfermeiro de Família.

A consulta de Enfermagem engloba:

- Anamnese pessoal e familiar, identificação da medicação habitual, estilos de vida e fatores de risco (sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool);
- Patologias, história clínica subjacente e outros problemas médicos que possam prejudicar a cicatrização;
- Validação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
- Avaliação antropométrica (peso, altura, índice de massa corporal, perímetro abdominal), frequência cardíaca, tensão arterial e cálculo do risco de diabetes, quando o utente não tem vigilância atualizada e/ou haja critérios que justifiquem a avaliação;
- Avaliar a natureza do leito da ferida e o risco de degradação tecidual adicional³;
- Avaliar a dor e ter presente as crenças do utente/família acerca da ferida e qual a probabilidade de um resultado bem-sucedido no tratamento;
- A educação e envolvimento do utente/família/prestador de cuidados no planeamento dos cuidados;
- Necessidades de reabilitação a longo prazo e um ambiente ótimo para os cuidados;
- Ensino colaborativo com o utente/família acerca da importância de cumprir o regime terapêutico (regime medicamentoso, alimentação e exercício físico), bem como a cessação ou redução de hábitos não saudáveis, incentivando a adesão ao regime terapêutico;
- Fornecimento de folhetos informativos;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Registo dos focos/diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem no SClínico, sob o Programa “Tratamento de Ferida/Úlcera”;
- Planeamento da próxima Consulta;
- Avaliação da ferida em todos os contactos.

Após a Consulta de Enfermagem, o utente é encaminhado para a Consulta Médica, se aplicável.

³ Sibbald, R. Gary (2021). Wound Bed Preparation 2021. Advances in Skin & Wounds Care, Clinica Management Extra.

Elaborado por:	Aprovado por:	Data:

3

Identificação	Processo	Versão	Nº de folhas
	Tratamento de Feridas/Úlceras	1	5

MÉDICOS

Cada utente com o Programa de Saúde "Tratamento de Feridas/Úlceras" é seguido pelo seu Médico de Família. Sempre que, na consulta de Enfermagem, se entenda que o utente precisa de consulta médica, procede-se ao agendamento de consulta com o Médico de Família, que inclui:

- Anamnese pessoal e familiar, identificação da medicação habitual, estilos de vida e fatores de risco;
- Verificação dos dados colhidos pelo Enfermeiro de Família;
- Estratificação do risco vascular, de acordo com a Norma da DGS n.º 005/2013⁴;
- Realização do plano terapêutico, que inclui:
 - o Modificação de estilos de vida (alimentação, exercício físico, tabagismo, alcoolismo, etc.), se aplicável;
 - o Controlo de fatores de risco associados (diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia, etc.);
 - o Gestão da terapêutica farmacológica e realizado ajuste terapêutico;
 - o Pedido de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, quando aplicável (zaragatoa, análises, ecodoppler, entre outros).
- Referenciação para os cuidados hospitalares se necessário;
- Referenciação para a consulta de cessação tabágica e/ou alcoólica, se aplicável;
- Registo de dados no SClínico;
- Planeamento da próxima consulta médica, se se aplicar.

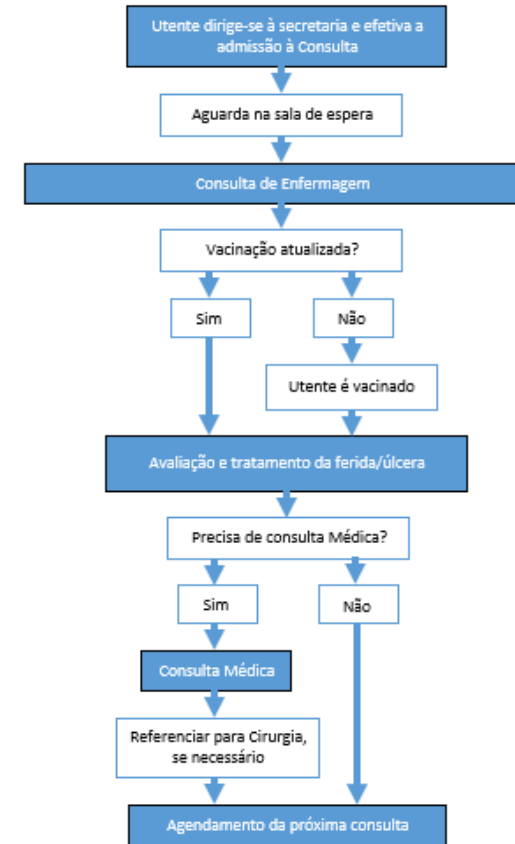
⁴DGS (2013). Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE [Systematic Coronary Risk Evaluation]. Lisboa.

Elabora do por:	Aprova do por:	Data:

4

Identificação	Processo	Versão	Nº de folhas
	Tratamento de Feridas/Úlceras	1	5

FLUXOGRAMA



Elabora do por:	Aprova do por:	Data:

5

APÊNDICE IV – Estudo de Caso – A Ferida Crónica na Família L

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ESTUDO DE CASO

Diana Inês Santos Monteiro

Leiria, 4 de janeiro de 2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

ESTUDO DE CASO

A FERIDA CRÓNICA NA FAMÍLIA L

Diana Inês Santos Monteiro, nº 5220063

Trabalho inserido no Relatório de Estágio III, orientado pelo Professor Doutor Tiago Nascimento na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, 4 de janeiro de 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

HTA – Hipertensão Arterial

Sr. – Senhor

Sr.^a – Senhora

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	IV
INTRODUÇÃO.....	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
2. CASO CLÍNICO - FAMÍLIA L.....	7
3. ANÁLISE DO CASO À LUZ DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	9
4. PLANO DE CUIDADOS.....	12
CONCLUSÕES.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

ANEXOS

Anexo I – Escalas aplicadas à Família L

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Família L.....	13
---	-----------

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi realizado no âmbito do estágio III, no sentido de compreender e continuar o estudo sobre o impacto da ferida crónica na família, obtendo evidência sobre este tema na minha prática clínica, em contexto de estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Os objetivos para este estudo de caso são: - Conhecer o funcionamento da família N;

- Explorar as relações familiares entre os membros da família;
- Explorar o papel do prestador de cuidados;
- Aplicar escalas de avaliação familiar para identificar necessidades;
- Aplicar intervenções na família para melhorar o seu funcionamento;
- Compreender a influência da ferida crónica na dinâmica familiar.

A família foi selecionada com opinião e consentimento da Enfermeira Orientadora e os dados foram colhidos após o consentimento informado de forma verbal, por parte da família.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco partes: inicialmente apresento um breve enquadramento teórico desta temática; numa segunda parte apresento o caso clínico da família escolhida; na terceira parte do trabalho realizo uma análise do que é a situação apresentada à luz da Saúde Familiar; numa quarta parte apresento um plano de cuidados realizado consoante o que foram as necessidades identificadas por mim e pela família; por fim encontra-se uma breve conclusão deste estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A família é considerada a base e suporte da vida e da saúde de cada um dos seus membros, com capacidade de se auto-organizar (Figueiredo, 2020). Para a compreensão da família é importante “(...) entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a historicidade da família, quanto o contexto” (Figueiredo, 2020, p.2). É importante uma atitude de reflexão face a esta complexidade e face aos desafios e necessidades das famílias.

Este estudo de caso constitui-se como uma tentativa de compreender de forma mais aprofundada o funcionamento de uma família, bem como a forma como se relacionam mutuamente e como tudo influencia a vida dos seus membros. Enquanto grupo, a família evolui e transforma-se ao longo do tempo e passa por transições de vida, normativas e acidentais (Figueiredo, 2020).

A presença de uma ferida crónica num dos membros da família apresenta-se como uma transição acidental, mais propriamente de saúde-doença, de acordo com a teórica *Afaf Meleis*. Segundo Costa (2016), um processo de saúde-doença é considerado uma transição e é importante que o enfermeiro tenha a capacidade de reconhecer situações críticas e períodos de vulnerabilidade da família. A importância deste caso clínico prende-se com o reconhecimento de um período de vulnerabilidade da família, que aparentemente nem a própria família reconheceu totalmente e atuar consoante as necessidades da mesma.

No âmbito da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, este estudo de caso enquadra-se no que são as competências a adquirir pelo enfermeiro, na avaliação familiar, com aplicação de instrumentos e identificação e resolução de situações familiares, em parceria com a família.

2. CASO CLÍNICO - FAMÍLIA L

A Família L é constituída pelo Senhor (Sr.) J e a Senhora (Sr.^a) N. O Sr. J tem 91 anos, estudou até à antiga quarta classe e encontra-se reformado, apresenta como antecedentes pessoais Insuficiência Cardíaca, Hipertensão Arterial (HTA) e está acamado, sendo totalmente dependente nas atividades de vida diárias. A Sr.^a N tem 90 anos, não estudou e encontra-se também aposentada, apresenta como antecedente pessoal Doença de *Alzheimer*. Vivem na mesma casa, uma casa antiga com sala, cozinha, casa de banho e três quartos. Apresenta luminosidade e saneamento básico, tem áreas pequenas mas suficientes para o casal.

Considerando a situação de dependência do Sr. J. a filha, Sr.^a D. assume o papel de cuidadora principal, sendo que esta tem 62 anos e é feirante. Para além dela, mais duas irmãs vivem perto e cuidam de ambos os membros do casal. Apesar de ter o apoio das irmãs, a Sr.^a D sente-se muitas vezes sobrecarregada com o cuidado aos pais, mas refere que gosta de cuidar destes. A Sr.^a N foi diagnosticada recentemente com Doença de *Alzheimer* o que faz com que apresente períodos de maior confusão e desorientação, o que para as filhas é uma preocupação. Tem períodos de maior agressividade com o Sr. J, para além de quedas recorrentes e tentativas de fuga do domicílio, pelo que as filhas, quando terminam os cuidados ao casal, fecham as portas do quarto do utente e da habitação à chave.

Neste momento os membros do casal não têm qualquer relação um com o outro, apenas com as filhas, com as enfermeiras do centro de saúde e com visitas esporádicas de outros familiares. O Sr. J apresenta-se orientado, mas com fraca resposta verbal e labilidade emocional quando abordado, tem uma úlcera por pressão grau 3 no trocânter esquerdo, há cerca de 6 meses, a ser tratada pelas enfermeiras do centro de saúde, que realizam tratamento à ferida duas vezes por semana no domicílio.

A Sr. N apresenta-se orientada na pessoa, não conseguindo responder a questões de orientação espaço-temporal ou sobre a sua família. Quando abordada a Sr.^a D apresenta alguma labilidade emocional pois apesar de gostar de cuidar dos pais também consegue entender que precisaria de mais tempo para si própria e para a restante família, como os seus filhos. Refere ainda que desde que surgiu a ferida ao seu pai, sente mais dificuldade em prestar os cuidados, com receio de que a ferida não cicatrize ou que outras sejam criadas. Aquando dos posicionamentos é costume existirem alguns conflitos familiares, entre a Sr.^a D que quer alternar os posicionamentos, preferencialmente em dorsal e decúbito lateral direito mas o Sr. J insiste em ficar em decúbito lateral esquerdo, bem como as irmãs, querendo “agradar” o pai.

Esta colheita de dados ocorreu num dia na casa do casal, em contexto de visitação domiciliária, obtidos a partir de informações dadas pela filha, a Sr.^a D. Antes de solicitar qualquer dado obtive o consentimento verbal da senhora, salientando que nenhum dado como nomes completos, moradas ou datas de nascimento iriam ser revelados para manter a sua privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos. A senhora concordou com a colheita de dados.

3. ANÁLISE DO CASO À LUZ DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A família L é uma família nuclear, composta pelo casal, sendo que a família alargada inclui as três filhas do casal e as suas respetivas famílias, não mencionadas pelos utentes. Apesar da filha D estar mais próxima do casal não pode ser incluída na família nuclear pois não coabita com o casal. Neste caso está presente o subsistema conjugal, parental, filial e individual, sendo que os subsistemas conjugal e parental são compostos pelo Sr. J e pela Sr.^a N, o subsistema filial pelas três filhas do casal e o subsistema individual por cada um dos elementos da família.

Os limites entre o Sr. J e as filhas são aparentemente claros e não existentes entre o casal, uma vez que não têm qualquer contacto. Em relação às enfermeiras do centro de saúde os limites são aparentemente mais rígidos por parte das filhas, uma vez que muitos dos ensinamentos realizados pelas profissionais à família não são aplicados. Em termos de ciclo vital, o casal encontra-se na etapa Família Idosa, segundo *Duvall e Miller*, estando ambos os membros do casal aposentados e com cerca de 90 anos, classificação apresentada por Figueiredo (2020).

Incluída na avaliação da família está a aplicação de escalas de avaliação familiar, sendo que optei pela aplicação das escalas apresentadas de seguida por serem relevantes neste estudo de caso. Os instrumentos foram aplicados ao Sr. J, à Sr.^a N e à Sr.^a D, de acordo com o grau de colaboração de cada um, estando a comunicação alterada com ambos os membros do casal. Em anexo do relatório apresentam-se as escalas aplicadas à família (Anexo I).

Inicialmente apliquei a escala de Apgar Familiar de *Smilkstein* à Sr.^a D, em que o resultado obtido foi de 6, ou seja, “**Família com moderada disfunção**”, tendo a maioria das suas respostas situadas na opção “Algumas vezes” e apenas uma resposta na opção “Quase sempre”. De acordo com a escala, obtida no livro de Figueiredo (2020), cada resposta de “Algumas vezes” equivale a 1 ponto e “Quase sempre” a 2 pontos. Ao aplicar esta escala notei que a Sr.^a D apresentou uma expressão pensativa e por vezes de surpresa, algo que tentei explorar com a senhora. Referiu-me que apesar de se sentir satisfeita com a forma como funciona a relação familiar, começou a compreender que por vezes gostaria de ter mais ajuda.

Neste sentido, de modo a conseguir avaliar a coesão e adaptabilidade familiar, ou seja, a perceção de um membro da família sobre as vivências familiares (Amaral, 2015), utilizei a escala presente no livro de Figueiredo (2020), “FACES II: Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)” e realizei a análise dos resultados segundo a mesma autora (Fernandes) citada por Amaral (2015), da seguinte forma,

“É uma escala tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta em que um corresponde a “quase nunca” e cinco a “quase sempre” sendo que os itens 3, 9, 15, 19, 24, 25, 28

e 29 são cotados inversamente. De acordo com os autores da escala a pontuação da coesão familiar 41 varia entre 15 e 80 e a da coesão familiar entre 15 e 70. Somando as pontuações da coesão e da adaptabilidade e dividindo-se por dois $(C+A) / 2$ classificam-se as famílias em quatro tipos, após ter sido efetuada a correspondência numa escala de 1 a 8 das dimensões coesão e adaptabilidade” (Amaral, 2015, pp.40-41).

Assim obtive a pontuação de 3, numa escala final de 1 a 8, que equivale a uma “**Família Intermédia**”. Ao aplicar esta escala à Sr.^a D, as expressões faciais de dúvida e surpresa continuaram a surgir, bem como alguma labilidade emocional. Ao questionar a senhora sobre este facto, referiu-me que nunca se tinha questionado sobre estes temas e que não se tinha apercebido do quanto por vezes se sente sozinha a cuidar dos seus familiares. Neste sentido questioneei se não poderia solicitar mais auxílio por parte das irmãs, ao que me respondeu que ela própria se oferecia para cuidar dos pais, com mais frequência do que a restante família, mas que se solicitasse mais ajuda, as irmãs estariam disponíveis. Referiu que a única atividade realizada com a família completa teria sido o aniversário do Sr. J em que a família se tinha reunido na casa do casal, incluindo os netos. Mencionou ainda sentir dificuldade em juntar a família, apesar de ter gosto nisso, devido ao estado de saúde do Sr. J, nomeadamente ao seu grau de dependência e à presença da ferida.

Neste sentido procurei explorar com a utente formas de a família se reunir mais vezes, ao que me confessou que anteriormente o Sr. J realizava levante, mas com o aparecimento da ferida, a Sr.^a D optou por manter o pai no leito, com medo do aparecimento de uma nova ferida. No sentido desta conversa, considerei importante a aplicação da Escala de *Zarit* que tem como objetivo avaliar a sobrecarga do cuidador informal, validada por Sequeira (2010) para a população portuguesa. Segundo Ferreira (2011), esta escala apresenta a seguinte interpretação de resultados,

“Cada item é avaliado numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas Vezes; 4 – Bastantes Vezes; 5 - Quase Sempre) (Pereira & Sobral, 2006). Os resultados finais vão corresponder a uma de três categorias de sobrecarga: sem sobrecarga (score menor de 46), sobrecarga ligeira (de 46 a 56) ou sobrecarga intensa (score maior de 56), sendo o score mínimo de 22 e o score máximo de 110” (Sequeira, 2010).

Assim, obtive um score final de 53 pontos, que equivale a uma “**Sobrecarga Ligeira**”, de acordo com Sequeira (2010). A questão 13 não foi respondida uma vez que não se aplica, sendo que a Sr.^a D não coabita com o casal. Durante a aplicação desta escala a utente apresentou labilidade emocional, pelo que realizei uma pausa na aplicação do instrumento e

questionei-a se queria continuar outro dia, ao que me respondeu que não. Ao continuar, questionei se gostaria de explorar melhor a razão pela qual se sentia emocionada ao que me referiu que nunca tinha tido noção do quanto se sente cansada física e psicologicamente. Disse que o cuidado aos pais é uma preocupação constante e que até durante a noite realizava visitas a casa dos pais para se certificar de que estaria tudo bem.

Procurei comunicar um pouco com o Sr. J para compreender o seu ponto de vista da situação, mas notei que, apesar de estar aparentemente orientado e compreender o que lhe estava a comunicar, não conseguia verbalizar o que pretendia. Ao observar o utente apliquei a escala de *Braden*, com o objetivo de compreender o seu risco de vir a desenvolver mais úlceras por pressão, sendo esta uma preocupação inerente à família. Obtive um score de 14 que equivale a um “**Alto Risco**”, de acordo com a DGS (2011). Apliquei o mesmo instrumento à Sr.^a N, que apresenta um valor final de 19, sendo este um “**Baixo Risco**” de vir a desenvolver úlceras por pressão, uma vez que a senhora, apesar de já apresentar um grau de desorientação superior, ainda deambula pela casa. Neste sentido apliquei também a escala de *Morse*, relacionada com o risco de queda. O Sr. J teve um score final de 15, apresentando um “**Baixo risco de queda**” e a Sr.^a N apresentou um score de 65 pontos, que equivale a um “**Alto risco de queda**” (Melo, 2020).

4. PLANO DE CUIDADOS

No seguimento, optei por realizar um plano de cuidados de acordo com a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), tendo me baseado também no livro de Henriqueta Figueiredo (2020). Este plano foi realizado tendo em conta as necessidades da família naquele momento. Não foi possível avaliar os efeitos das intervenções uma vez que apenas tive um contacto com a família, sendo que utilizei esse contacto da melhor forma possível para realizar o máximo de ensinamentos possíveis, de acordo com as necessidades identificadas por mim e pela família.

Plano de Cuidados da Família L

Data	Foco	Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções	Avaliação
21/12/2023	Andar (Sr. J)	Andar comprometido	Que o Sr. J consiga melhorar a sua mobilidade, reduzindo a dor e rigidez articular.	<ul style="list-style-type: none"> Promover posicionamentos no leito e alternância de decúbitos Promover exercícios de mobilidade articular 	<p>21/12/2023</p> <p>O Sr. J apresenta-se acamado e necessita de uma ajuda total nos posicionamentos no leito. Este cuidado é realizado pelas suas três filhas, principalmente pela Sr.ª D. Neste dia, junto das duas filhas presentes, procurei promover exercícios de mobilidade articular, a serem realizados ao Sr. J com o objetivo de reduzir a dor e a rigidez articular. Consigo compreender que utente passa muito tempo em decúbito lateral esquerdo, por ser a sua preferência. Procuro explicar às filhas e utente a importância de evitar esse decúbito para que a cicatrização da ferida ocorra mais rapidamente.</p>
	Alimentar-se (Sr. J)	Capacidade para alimentar-se comprometida	Que o Sr. J seja alimentado devidamente, evitando o risco de aspiração e de desnutrição. Que consiga ainda alimentar-se por mão própria ou requerer uma ajuda mínima.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar deglutição Ensinar a família sobre o regime dietético Ensinar sobre a nutrição Ensinar sobre técnicas de alimentação segura 	<p>O Sr. J não apresenta dificuldades na deglutição, tendo esta capacidade sido testada por administrar água com a cabeceira elevada. O senhor é alimentado pelas filhas, pelo que promovi junto das mesmas estratégias de alimentação segura como a elevação da cabeceira para alimentação e hidratação, a hidratação ao longo do dia, não alimentar demasiado depressa, para reduzir o risco de engasgamento. Procurei explicar ainda a importância da proteína na dieta para promover a cicatrização da ferida e regeneração mais célere dos tecidos. Para além disto procurei que fosse promovido o autocuidado nesta necessidade, como por exemplo, dar o copo para a mão do Sr. J para que gradualmente fosse possível se alimentar sozinho, ou com a mínima ajuda.</p>
	Capacidade para transferir-se (Sr. J)	Capacidade para transferir-se comprometida	Que o Sr. J conseguisse realizar a mínima carga para ser transferido.	<ul style="list-style-type: none"> Promover transferências para cadeirão/cadeira Ensinar família sobre transferências 	<p>O Sr. J encontra-se acamado já há alguns meses e quando questionada, a filha refere ter receio de transferir o senhor devido ao medo de aparecimento de nova úlcera por pressão. Promovo junto da filha a realização</p>

					de levantes para um cadeirão ou cadeira de rodas, para promover não só a mobilidade do Sr. J como também a função respiratória. Informo da possibilidade de adquirirem uma almofada de gel, se para a família for adequado e financeiramente possível. Não sendo possível informaria a família dos recursos e ajudas disponíveis na comunidade.
	Integridade da pele (Sr. J)	Integridade da pele comprometida	Que a ferida do utente cicatrize e que não surjam novas feridas.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a cicatrização da ferida • Avaliar a dor • Realizar cuidado à ferida 	<p>O Sr. J apresenta, como já referido no estudo de caso, uma úlcera por pressão na região do trocânter esquerdo há cerca de 6 meses e os tratamentos são realizados no domicílio pelas enfermeiras da unidade de saúde. A úlcera apresenta-se em grau 3 e tem tecido de granulação e epiteliação, sendo o tratamento realizado com um apósito de hidrofibra com prata e apresenta pouco exsudado.</p> <p>Com este tratamento, a ferida tem evoluído adequadamente nos últimos dias, mas o facto de existir pouca alternância de decúbitos no leito não é benéfico. O Sr. J não apresenta dor aquando da realização do tratamento à ferida.</p>
	Capacidade para cuidar da higiene pessoal (Casal)	Capacidade para cuidar da higiene pessoal comprometida	Que sejam capazes de cuidar de alguma parte da sua higiene pessoal com alguma autonomia.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da família sobre os cuidados ao outro • Promover cuidados de higiene 	Nenhum dos membros do casal tem capacidade de cuidar da sua higiene pessoal, o Sr. J por se encontrar acamado e a Sr.ª N devido à sua alteração a nível da cognição (devido à patologia de Alzheimer) que altera a perceção quanto ao autocuidado. Consigo compreender que as filhas já têm conhecimentos sobre o cuidado da higiene aos pais, pela explicação dada pelas mesmas da forma como cuidam do casal. Esta necessidade encontra-se comprometida por parte do casal, mas é assegurada pelas filhas.
	Capacidade para manter a sua saúde (Casal)	Capacidade para manter a sua saúde comprometida	Que sejam encorajados e consigam exprimir algumas das suas necessidades em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover vigilância por parte dos familiares • Ensinar sobre recursos na comunidade • Avaliar resposta aos ensinamentos 	Devido às razões apresentadas, o casal não tem capacidade para manter a sua saúde, pelo que promovo, junto das filhas que estejam atentas a sinais e sintomas que não sejam habituais e a reportar essa informação

					aos profissionais de saúde. Alguns destes sinais e sintomas são: prostração, febre, palidez e desorientação. A Sr. ^a D compreende esta informação e mostra já se encontrar ciente deste tópico.
	Comunicação (Casal)	Comunicação comprometida	Que sejam encorajados a comunicar dentro das suas dificuldades.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a cognição • Promover comunicação entre os membros da família 	A comunicação com o casal é difícil, por um lado, o Sr. J mostra compreender o que está a ser dito ou questionado mas não tem capacidade de se expressar verbalmente. Por outro lado, a Sr. ^a N apresenta mais facilidade em expressar-se verbalmente mas tem períodos de confusão/desorientação/agressividade já frequentes. Ainda assim procurei promover a comunicação entre as filhas e o casal para que esta capacidade não se deteriore ainda mais. Se necessário poderia referenciar o casal ou apresentar os recursos/profissionais disponíveis na comunidade.
	Queda (Casal)	Risco de queda	Que não apresentem quedas nos próximos meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda (Escala de <i>Morse</i>) • Ensinar a família sobre a prevenção de quedas • Ensinar medidas de segurança 	Avaliei o risco de queda do casal, apresentando o Sr. J um baixo risco de queda (<i>score</i> : 15) e a Sr. ^a N um elevado risco de queda (<i>score</i> : 65). Realizei ensinamentos à família, nomeadamente: manter as grades da cama subidas e a cama no nível mais baixo possível, baixar as grades apenas quando vão prestar cuidados. Compreendi que com medo que a Sr. ^a N tenha uma queda, as filhas promovem o seu repouso no leito. Informei que podem também promover a deambulação, por exemplo, quando estão presentes em casa a prestar os cuidados aos pais. A Sr. ^a D refere manter a porta do domicílio trancada e as janelas trancadas. No interior do domicílio não existem escadas mas existem tapetes, o que também se constitui como um risco para a Sr. ^a N.
	Úlcera de pressão (Casal)	Risco de úlcera de pressão	Que não surjam feridas nos próximos meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de úlcera por pressão (Escala de <i>Braden</i>) • Ensinar a família sobre a prevenção por úlceras de pressão 	O Sr. J apresenta um risco elevado de vir a desenvolver mais úlceras por pressão e a Sr. ^a N um risco baixo. A Sr. ^a D demonstrou-se interessada na forma como poderia prevenir novas feridas e realizei os seguintes

					ensinos: posicionar recorrentemente o Sr. J, tentar explicar ao senhor que era importante não promover o decúbito lateral esquerdo durante muitas horas, realizar uma higiene adequada, secar bem a pele e hidratar com creme hidratante sempre após a higiene. Expliquei a importância de hidratar as proeminências ósseas nos posicionamentos, realizar os cuidados de higiene aquando da troca da fralda, mantendo a pele seca o mais tempo possível. Também apresentei a ideia de adquirir um colchão de pressão alternada. A Sr.ª D mostrou compreender os ensinos.
Atitude do prestador de cuidados (Sr.ª D)	Atitude do prestador de cuidados de cuidados dificultadora	Que a Sr.ª D preste os cuidados aos pais adequadamente	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar o processo de tomada de decisão familiar • Assistir nos cuidados ao familiar • Ensinar sobre cuidados ao familiar 	A atitude da Sr.ª D foi dificultadora no sentido de não realizar a alternância de decúbitos do pai e promover o repouso constante da mãe. Foram explicadas as razões descritas acima. Demonstrou já ter conhecimentos sobre os cuidados, mas ainda assim promovi a expressão de dúvidas às enfermeiras aquando da realização dos tratamentos, demonstrando disponibilidade para esclarecimentos sempre que necessário.	
Conhecimento (Sr.ª D)	Conhecimento comprometido	Que consiga obter todo o conhecimento que sinta necessário para os cuidados aos pais.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ensinos • Avaliar a adesão aos ensinos • Avaliar a resposta aos ensinos • Avaliar barreiras à adesão 	Foram realizados os ensinos já referidos.	
Falta de apoio da família (Sr.ª D)	Falta de apoio da família presente	Que as irmãs da Sr.ª D estejam mais presentes nos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar funcionamento familiar • Avaliar o <i>coping</i> familiar • Promover apoio mútuo e interajuda na família 	A Sr.ª D é quem maioritariamente cuida dos pais e está presente quando é necessário. Refere ainda que sente que as irmãs estão disponíveis se ela própria solicitar ajuda. Ao encontrar a 2ª filha do casal, procuro compreender o seu ponto de vista, que confirma a ideia da Sr.ª D, pelo que promovo que exista mais apoio e ajuda entre os membros da família.	
Stress do prestador de cuidados (Sr.ª D)	Risco de stress do prestador de cuidados	Que a Sr.ª D se sinta mais tranquila no futuro.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o Stress do Prestador de Cuidados (Escala de <i>Zarit</i>) • Apoiar Status psicológico • Encorajar o repouso • Manter a confidencialidade 	Realizei a escala de <i>Zarit</i> e obtive um <i>score</i> de 53, com uma “Sobrecarga Ligeira”. Estive presente e validei as emoções da Sr.ª D, promovendo o seu repouso e realização de atividades do seu interesse e gosto. Mostrou compreender e apresentou agrado por esta sugestão. Expliquei ainda que existem	

					recursos na comunidade como a tipologia de Descanso do Cuidador, informação que a utente compreendeu mas referiu não sentir necessidade dela de momento.
	Papel do prestador de cuidados (Sr. ^a D)	Papel do Prestador de Cuidados dificultador	Que o papel de prestador de cuidados seja realizado adequadamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre técnicas de mobilização • Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família • Promover a comunicação expressiva de emoções • Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel 	A Sr. ^a D apresenta-se como uma prestadora de cuidados adequada, sendo que ao aplicar a escala de <i>Zarit</i> , como já referido, conseguimos concluir que apresenta alguma sobrecarga. Neste âmbito, concluo que apresenta algum conflito e saturação do papel, mesmo que a mesma não se tivesse apercebido desse facto. No contacto com a senhora, procurei motivar a alteração de papéis familiares no sentido de promover mais apoio por parte das suas irmãs, tendo sugerido isso mesmo a uma das irmãs neste dia. Também expliquei à senhora que seria importante exprimir as suas emoções a alguém próximo, por exemplo, para conseguir lidar melhor com o que sentia e com as situações do dia-a-dia.
	Processo Familiar (Família L)	Processo Familiar disfuncional	Que o processo familiar seja funcional.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o envolvimento da família • Otimizar a comunicação na família • Promover estratégias adaptativas/<i>coping</i> na família 	Considerarei o processo familiar disfuncional uma vez que a comunicação familiar se encontra alterada, aparentemente não existe expressão de sentimentos e emoções entre as irmãs. Não existe iniciativa por parte de nenhuma das irmãs em resolver problemas, apenas por parte da Sr. ^a D, quando algo inesperado acontece com os pais. Procurei, em conversa com uma irmã da Sr. ^a D promover que dialogassem mais de modo a evitar a sobrecarga da Sr. ^a D, algo que a senhora pareceu compreender. Esta seria uma questão importante de continuar a seguir no futuro, por parte da equipa da unidade de saúde.

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Família L

CONCLUSÕES

Considere interessante a avaliação desta família uma vez que consegui observar o impacto da presença da ferida crónica na família, impedindo que existissem mais momentos em que a família estaria reunida. Realizei este trabalho com o ímpeto de valorizar uma vez mais a importância da ferida crónica no âmbito da família e a forma como a sua presença altera as dinâmicas familiares, sendo esta também a minha área de estudo a nível de investigação.

Ao explorar este assunto compreendi outros problemas presentes nesta família, nomeadamente a sobrecarga da cuidadora informal. Acredito que no caso desta família, no futuro seria importante intervir nas questões identificadas, principalmente a nível de relação familiar no que diz respeito a distribuição de funções pelos membros da família, comunicação mais assertiva entre os mesmos e também promoção de períodos com a família reunida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, S. (janeiro de 2015). Qualidade do Sono em Estudantes do Ensino Profissional. *Relatório final - 2º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária*. Viseu, Portugal.
- Costa, L. G. (2016). Revista de Enfermagem Brasil. *Visando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem*(15 (3)).
- Direção-Geral da Saúde. (maio de 2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação da DGS* .
- Ferreira, T. (abril de 2021). Sobrecarga nos Cuidadores Informais de Pessoas com Síndrome de Angelman. *Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia*. Lisboa.
- Figueiredo, M. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Sabooks Editora; Lusociência.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem Nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Melo, Y. H. (2020). Segurança do paciente e o uso da Escala de Morse: Verdades. Uberlândia, Brasil .

ANEXOS

Anexo I – Escalas aplicadas à Família L

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		●	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		●	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		●	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	●		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		●	
TOTAL:			

Escala 1 – Escala de Apgar Familiar (Fonte: Figueiredo, 2020).

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					●
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					●
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.		●			
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				●	
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.		●			
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			●		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.			●		
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				●	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.				●	
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família			●		
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.			●		
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.		●			

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.		●			
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				●	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.				●	
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.			●		
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.				●	
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.			●		
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	●				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.		●			
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				●	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.			●		
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros				●	
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.				●	
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	●				

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.		●			
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				●	
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.			●		
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.				●	
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros		●			

Escala 2 – Escala das Faces II (Fonte: Figueiredo, 2020).

Score	Nunca 1	Quase Nunca 2	Às Vezes 3	Bastantes vezes 4	Quase sempre 5
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	●				
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?				●	
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?			●		
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	●				
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	●				
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	●				
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					●
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?					●
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	●				
10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?			●		
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?			●		
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	●				
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?					
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse				●	

a única pessoa de quem ele pode depender?					
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	●				
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	●				
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?			●		
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	●				
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?				●	
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?				●	
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?			●		
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?			●		

Escala 3 – Escala de Zarit (Fonte: Ferreira, 2021).

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____	Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retira nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.</p> <p>OU</p> <p>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação.</p> <p>OU</p> <p>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p> <p>OU</p> <p>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiente sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudores, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
Actividade Nível de actividade física	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: 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>3. Anda ocasionalmente: 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>4. Anda frequentemente: 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>
Mobilidade Capacidade de alisar e controlar a posição do corpo	<p>1. Completamente inobediente: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
Nutrição Alimentação habitual	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p> <p>OU</p> <p>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: 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 laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p> <p>OU</p> <p>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.</p> <p>OU</p> <p>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
Fricção e forças de deslizamento	<p>1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espetáculos, coberturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problemas potenciais: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É possível que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.</p>	<p>3. Nenhum problema: 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>	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
© Copyright Braden Braden, ed. Nancy Bergstrom, 1993. Versão Portuguesa 2011, Carlos Mota, Cibília Mota, Pedro Pereira, João Gomes, Sílvia Paredão Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				

Escala 4 – Escala de Braden (a azul – Sr. J; a vermelho – Sr.ª N) (Fonte: DGS, 2010).

SCORE DE CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA DE MORSE					
Baixo risco: entre 0 e 24 pontos		Moderado risco: maior que 25 e menor que 50		Alto risco: 50 ou maior	
Indexação		Armazenamento	Arquivamento	Acesso	Tempo de retenção
Cronológico crescente		Prontuário	Prontuário	Restrito	Indeterminado
Disposição		Arquivo			
1. Histórico de quedas	00	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.			
	25	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.			
2. Diagnóstico secundário	00	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.			
	15	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.			
3. Ajuda para deambulação	00	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho .			
	15	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.			
	30	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.			
4. Acesso EV (salinizado e/ou terapia)	00	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso.			
	20	Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso. Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).			
5. Marcha	00	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação . Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação) .			
	10	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio . Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.			
	20	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão . Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas .			
6. Estado mental	00	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.			
	15	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.			

Escala 5 – Escala de Morse (a azul – Sr. J; a vermelho – Sr.^a N) (Fonte: Melo, 2020).

APÊNDICE V – Escalas de Parentalidade – Pais de primeira viagem

- Escala de Confiança Parental de *Karitane* aplicada ao pai (Fonte: no texto).

Karitane Parenting Confidence Scale

1. Sinto-me confiante ao alimentar o meu bebé

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

2. Eu consigo acalmar o meu bebé

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

3. Sinto-me confiante em ajudar o meu bebé a estabelecer uma boa rotina de sono

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

4. Eu sei o que fazer quando o meu bebé chora

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

5. Eu entendo o que o meu bebé me está a tentar dizer

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

6. Eu consigo acalmar o meu bebé quando ele/ela está agitado

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

7. Sinto confiança a brincar com o meu bebé

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

8. Se o meu bebé tem uma constipação ou febre, sinto-me confiante em lidar com isso

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

9. Sinto-me seguro que o meu parceiro irá estar presente quando preciso de apoio

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

10. Estou confiante que o meu bebé está a evoluir bem

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

11. Consigo tomar decisões sobre o cuidado ao meu bebé

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

12. Ser mãe/pai é muito stressante para mim

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

13. Sinto que estou a fazer um bom trabalho enquanto mãe/pai

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

14. Outras pessoas pensam que eu estou a fazer um bom trabalho como mãe/pai

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

15. Estou certa/certo que as pessoas (amigos/família) estarão presentes quando precisar de apoio

Não, quase nunca

Não, não muitas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, a maior parte das vezes

- Escala da Mãe e do Bebê adaptada para a população portuguesa aplicada à mãe (Fonte: no texto).

Escala da Mãe e do Bebê

(Adaptação de S. Sereno, J. Maroco, M. J. Correia & I. Leal a partir da versão de Wolke, 1995)

Seguidamente, irá encontrar uma sequência de afirmações relativas ao comportamento e sentimentos do bebê e da mãe. Por favor, responda a cada questão rodeando um dos números com um círculo. A opção 0 será rodeada por um círculo se a resposta for “de maneira nenhuma”, as opções de 1 a 4 indicam graus crescentes de acordo, e a opção 5 indica que o comportamento ou sentimentos ocorrem “muito/muitas vezes”.

A: O seu bebê e os seus sentimentos

	De maneira nenhuma					Muito/Muitas Vezes
1. Quando falo para o meu bebê, ele parece tomar atenção	0	1	2	3	4	5
2. O meu bebê fica inquieto antes de acalmar	0	1	2	3	4	5
3. O meu bebê fica inquieto ou chora em situações que eu sei que ele não tem fome	0	1	2	3	4	5
4. O meu bebê observa o meu rosto	0	1	2	3	4	5
5. Durante as últimas 24h, precisei de aconchegar o meu bebê para o convencer a acalmar-se após a refeição	0	1	2	3	4	5
6. Gostaria de ter recebido mais aconselhamento sobre o que fazer neste período	0	1	2	3	4	5
7. O meu bebê agarra-se a mim quando está ao meu colo	0	1	2	3	4	5
8. Cuidar do meu bebê tem sido mais difícil do que eu esperava	0	1	2	3	4	5
9. Quando o meu bebê está a ser alimentado, concentra-se nos meus olhos	0	1	2	3	4	5
10. Sinto-me ansiosa relativamente a cuidar do meu bebê quando formos para casa	0	1	2	3	4	5
11. Durante as últimas 24h, o sono e o despertar do meu bebê foram perturbados por gases e/ou soluços	0	1	2	3	4	5
12. O meu bebê é realmente alerta e atento	0	1	2	3	4	5
13. Entre as refeições da noite, o meu bebê fica inquieto e chora	0	1	2	3	4	5
14. Fico preocupada com o facto de poder magoar o meu bebê quando pego nele	0	1	2	3	4	5
15. Entre as refeições, o meu bebê tem estado irritável	0	1	2	3	4	5
16. Quando brinco com o meu bebê ele responde imediatamente	0	1	2	3	4	5

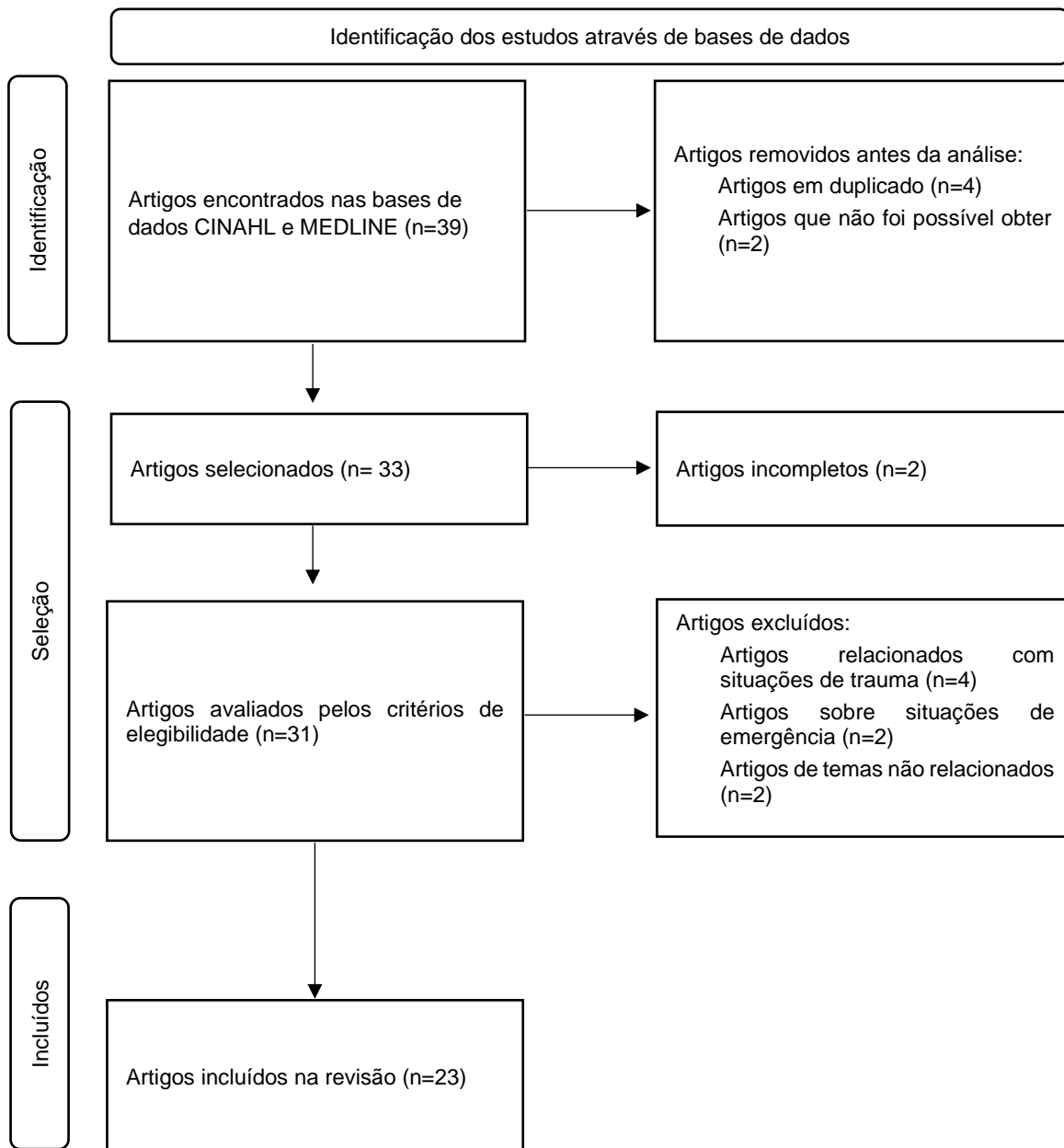
Experiências e Impressões Gerais

O seu bebê							
	Muito irritável						Muito calmo
17. Geralmente, quão irritável considera o seu bebê?	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	Muito má						Muito boa
18. Geralmente, como avalia a facilidade do seu bebê para dormir?	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
A própria mãe							
	Muito insegura						Muito confiante
19. Geralmente, como avalia a sua confiança para cuidar do seu bebê?	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	Muito difícil						Muito fácil
20. Geralmente, como avalia o seu stress ao cuidar do seu bebê?	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

B: A alimentação do meu bebê (ao longo dos últimos dias)

	De maneira nenhuma					Muito/Muitas Vezes
21. Durante a alimentação, o meu bebê tende a estar desperto e alerta	0	1	2	3	4	5
22. Tenho tido problemas com a amamentação porque fico tensa	0	1	2	3	4	5
23. O humor do meu bebê durante a alimentação tem sido variável	0	1	2	3	4	5
24. A minha falta de técnica demonstrou-se na amamentação	0	1	2	3	4	5
25. Depois da alimentação, o meu bebê fica animado e activo	0	1	2	3	4	5
26. Os efeitos do período pós-parto tornaram a amamentação difícil para mim	0	1	2	3	4	5
27. A amamentação tem sido dificultada pelo conflito de conselhos que me têm dado	0	1	2	3	4	5
28. A minha falta de confiança tem dificultado a alimentação	0	1	2	3	4	5
29. Após a alimentação, o meu bebê fica desperto e alerta	0	1	2	3	4	5
30. Durante as últimas 24 horas, o meu bebê interrompeu a alimentação devido a inquietação e choro	0	1	2	3	4	5

APÊNDICE VI – Diagrama de PRISMA.



APÊNDICE VII - Caracterização das publicações segundo título, ano de publicação, país de origem e bases de dados (n=24).

Identificação	Título	Ano	País	Base de dados
A1	Self-management shared care wound care pathway	2018	Inglaterra	CINAHL
A2	Choosing the correct wound care dressing: an overview	2018	Inglaterra	CINAHL
A3	Role of the APRN Wound Care Clinician in the Management of Lower Extremity Arterial Disease Wounds	2018	Estados Unidos da América	MedLine
A4	Chronic wounds: the challenges of appropriate management	2019	Inglaterra	CINAHL
A5	A review of interventions to reduce pain in chronic wounds	2019	Inglaterra	CINAHL
A6	Caring for chronic wounds in the community	2019	Inglaterra	CINAHL
A7	Active debridement of venous leg ulcers: a literature review to inform clinical practice	2019	Inglaterra	CINAHL
A8	Challenges in wound care for community nurses: a case review	2019	Inglaterra	CINAHL
A9	Community nursing care for chronic wounds: a case study of optimal home treatment of a venous leg ulcer	2019	Eslovénia	CINAHL
A10	Practicing asepsis during dressing changes in community settings	2019	Inglaterra	MedLine
A11	TIMERS: undertaking wound assessment in the community	2019	Inglaterra	MedLine
A12	Clinical emergencies in the diabetic foot: what community nurses should know	2020	Inglaterra	CINAHL
A13	The outcomes and experience of people receiving community-based nurse-led wound care: A systematic review	2020	Austrália	CINAHL
A14	Development of the Wound Resource Education Nurse (WREN) programme	2020	Inglaterra	MedLine
A15	Reflections on lymphoedema deployment into community services during the pandemic	2021	País de Gales	CINAHL
A16	Lessons learned from COVID-19: Building a 'new normal' in podiatry services	2021	Inglaterra	CINAHL
A17	Barriers and enablers for effective implementation of the TIME framework for chronic wounds in a district nursing service	2021	Austrália	CINAHL
A18	Characteristics of people receiving wound care at home versus in a clinic	2021	Austrália	CINAHL
A19	Chronic wound care delivery in wound clinics, community nursing and residential aged care settings: A qualitative analysis using Levine's Conservation Model	2021	Austrália	CINAHL
A20	Wound bed preparation: an overview	2021	Inglaterra	MedLine
A21	Delivering wound care during the pandemic	2021	Inglaterra	MedLine
A22	Best practice, best products, best outcomes in community wound care: three descriptive cohorts	2022	Austrália	CINAHL
A23	A reflexive thematic analysis of the patterns of knowing in wound management amongst specialist and generalist nurses	2022	Inglaterra	CINAHL
A24	Teaching Wound Care to Family Caregivers	2022	Estados Unidos da América	MedLine

APÊNDICE VIII – Principais temáticas apresentadas nos respetivos estudos, incluídos na revisão (n=24).

Principais temáticas	Número de vezes em que surge o tema	Artigos que exploram a temática
Tratamento da ferida crónica	22	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A24.
Contexto comunitário/domiciliário	19	A1, A2, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A21, A22, A24.
Enfermeiro comunitário/especialista	13	A1, A2, A5, A7, A10, A11, A15, A17, A18, A19, A20, A22, A23.
Promoção da saúde/educação para a saúde individual	8	A5, A10, A11, A12, A13, A15, A16, A24.
Terapia de compressão	6	A4, A7, A15, A18, A19, A21.
Integração das famílias no processo/ensinos aos utentes e famílias	4	A9, A10, A15, A21.
Relação de confiança/colaborativa enfermeiro/utente	4	A1, A5, A8, A13.
Controlo da dor	3	A5, A13, A19.
Trabalho multidisciplinar	3	A9, A12, A15.
Educação dos profissionais	2	A14, A16.
Custos em saúde	2	A14, A17.
Abordagem holística	2	A2, A9.
Análise do conhecimento/competências dos enfermeiros	2	A15, A23.

APÊNDICE IX – Relação da informação encontrada com as questões de investigação.

Questões de Revisão	Quais as intervenções de enfermagem de saúde comunitária e familiar no cuidado à pessoa/família com ferida crónica em contexto de CSP?	Quais os desafios na prestação de cuidados à pessoa/família com ferida crónica em contexto de CSP?
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Autogestão por parte do utente do tratamento da sua própria ferida. • Empowerment do utente para a gestão da sua própria saúde. • Criação de uma relação colaborativa entre Enfermeiro, pessoa e família. 	É necessária uma mudança cultural para que se encoraje mais os utentes a serem parceiros no seu próprio cuidado.
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida pelos Enfermeiros. • Adotar uma abordagem holística na gestão da ferida crónica, avaliando fatores intrínsecos e extrínsecos que possam estar a influenciar a sua cicatrização, ou seja, promover um cuidado centrado na pessoa e individual. 	Os custos da gestão da ferida crónica na pessoa estão a aumentar segundo este estudo.
A3	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica pelos Enfermeiros, que são muitas vezes feridas complexas. • Realizar cuidados às feridas com base em evidência científica. • Aplicar planos de cuidados individualizados para promover a cicatrização e prevenir a doença. • Adotar uma abordagem colaborativa. 	O aumento da prevalência da Doença Arterial Periférica e da Diabetes Mellitus que contribuem para o aparecimento de feridas e consequentemente para a sua infeção, gangrena e possível amputação do membro.
A4	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica e aplicação de terapia de compressão. 	Com o crescimento e envelhecimento populacional tem aumentado também o número de feridas crónicas, de acordo com este estudo. Este aumento leva a um incremento nos custos do tratamento das feridas e também das comorbilidades dos utentes com ferida.
A5	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica. • Adotar estratégias não farmacológicas de alívio da dor da pessoa com ferida no sentido de melhorar o bem-estar e a sua qualidade de vida (como exercício físico e tratamentos específicos), no sentido de melhorar a função psicológica e física. • O cuidado deve ser individualizado, decidido em parceria e revisto com regularidade e sempre que necessário. 	A educação dos profissionais (Enfermeiros) deve ser melhorada no sentido de focar mais as estratégias de alívio da dor na ferida crónica.
A6	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica. 	As feridas de cicatrização lenta constituem um desafio para os profissionais de Enfermagem e para os utentes e os custos associados são elevados.
A7	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica. • Aplicação de terapia de compressão para melhorar o retorno venoso e consequentemente a cicatrização. • Realizar cuidados às feridas com base em evidência científica de modo a melhorar as taxas de cicatrização e otimizar o uso dos recursos do sistema de saúde. 	Não existe evidência, de acordo com este estudo, que apoie a prática do desbridamento como promotor da cicatrização uma vez que aumenta o nível de dor.
A8	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica. • Estabelecer uma relação de confiança entre o Enfermeiro e o utente para o utente compreender o tratamento que está a ser realizado e sentir segurança no cuidado. • Controlo da dor no tratamento da ferida crónica, bem como focar temas como o 	Alguns utentes discordam das decisões clínicas e recusam-se a aceitar o cuidado prescrito, pelo que é importante promover ainda mais a relação de confiança enfermeiro-utente para ser obtido o consentimento para o tratamento, em prol da saúde do utente.

	isolamento social para promover a saúde mental.	
A9	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica e das doenças subjacentes. • Terapia de compressão. • Abordagem multidisciplinar do tratamento uma vez que as feridas são muitas vezes complexas e têm muitos fatores associados que promovem o aparecimento de complicações. • Abordagem holística que tenha em conta as atividades de vida do utente como dieta, sono, atividade física, higiene pessoal e educação em saúde do utente e família. • Visitação domiciliária para tratamento de feridas como uma vertente importante para ter contacto com o utente e família e como uma oportunidade para promoção do autocuidado. • Educação para a saúde de utentes e famílias para cuidarem da sua própria saúde prevenindo complicações e empoderamento dos utentes por parte dos profissionais. • Conhecimento dos Enfermeiros e competências especializadas nesta área. 	Atualmente existe um fardo económico relativo aos tratamentos e uma elevada quantidade de feridas crónicas na população devido ao envelhecimento e aumento das comorbilidades, a nível da população europeia. As úlceras venosas apresentam um desafio para o sistema de saúde e utentes, por estarem associadas a custos elevados de tratamento, longos tempos de tratamento e recidivas frequentes. Este tipo de ferida tem um impacto negativo nos aspetos da vida quotidiana do utente, o que pode levar a depressão, ansiedade e isolamento social. Estando associadas a dor, odor e exsudado, as feridas crónicas causam ainda dificuldades a nível da mobilidade e sono e é importante ter todos estes aspetos em consideração.
A10	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de técnica limpa para o tratamento da ferida no domicílio. • Ensino de utentes e cuidadores sobre a lavagem e desinfeção das mãos. 	É importante, quando os cuidados às feridas são realizados no domicílio, que o ambiente seja limpo.
A11	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento das feridas crónicas. • Abordagem holística e não apenas no tratamento da ferida. Foi acrescentado o "S" no processo de abordagem à ferida "TIMER" para incluir a vertente social da vida do utente. Os Enfermeiros devem incluir aspetos como a língua, o conhecimento, a saúde mental, as condições de vida e da habitação, história familiar, estilo de vida, medicação, entre outros. • Estabelecer uma PBE. • Utilizar a ferramenta "TIMERS" para melhorar as taxas de cicatrização e consequentemente a carga de trabalho e custos. 	A carga de trabalho exigida pela quantidade de feridas crónicas na comunidade é elevada e há poucos profissionais para desempenharem esse papel. Isto é devido à diminuição do tempo de permanência no hospital/altas por vezes precoces e aumento da esperança de vida. Os custos dos tratamentos são elevados.
A12	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica. • Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas complexas. • Prevenção e diagnóstico precoce, considerando antecedentes pessoais. 	
A13	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a PBE. • Foco na dor aquando dos tratamentos à pessoa com ferida e promoção de medidas não farmacológicas como o exercício físico. Estudos indicam que cuidados liderados por Enfermeiros levam a uma redução da dor e consequentemente a uma melhoria na qualidade de vida. • Educação em saúde dos utentes para promoção do autocuidado e aumento do conhecimento. • Estabelecer uma relação de confiança enfermeiro-utente para promover o 	Baixo financiamento e apoio na educação dos profissionais de saúde para que possa ser realizado um cuidado especializado, baseado em evidência. É necessário, segundo este estudo, um foco maior na educação do utente.

	<p>sentimento de segurança durante o tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promover o cuidado multidisciplinar. 	
A14	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover a educação especializada dos profissionais para aumentar a sua confiança no estabelecimento de uma boa prática de cuidados e com mais responsabilidade. 	Elevados custos do tratamento de feridas crónicas.
A15	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento da ferida crónica e utilização da terapia compressiva. ● Promover o exercício e mobilidade, incluindo outros profissionais da equipa multiprofissional. ● Focar questões como a saúde mental, a presença da ferida pode trazer efeitos emocionais como depressão e ansiedade. ● Educação dos profissionais para obter resultados em saúde. 	
A16	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento da ferida crónica. ● Promoção do autocuidado que levou a um aumento da confiança dos utentes e um envolvimento no seu autocuidado. 	Falta de foco na educação do utente para o autocuidado e que a mesma seja adaptada ao indivíduo.
A17	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento à ferida crónica. 	Falta de fundos dos serviços comunitários, remuneração não adequada para o cuidado baseado em evidência científica (este estudo indica que apenas 2% do orçamento nacional em saúde é para o tratamento de feridas). É necessária mais investigação sobre este tema, segundo o autor.
A18	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento da ferida crónica e aplicação de terapia de compressão. ● Focar a educação dos profissionais, a experiência profissional e uma abordagem multiprofissional. 	As feridas crónicas são um problema mundial cada vez mais prevalente.
A19	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover o foco na integridade pessoal, social e estrutural do utente. ● Abordagem multidisciplinar nos CSP na gestão de feridas complexas. Esta abordagem melhora os resultados obtidos pela redução do número de admissões hospitalares, taxas de amputação e complicações relacionadas com as feridas. ● Educação dos profissionais para melhores resultados em saúde. 	As feridas crónicas como um fardo a nível pessoal, familiar e dos sistemas de saúde.
A20	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento da ferida crónica para uma boa cicatrização e minimização do risco de complicações. ● Promover o cuidado multiprofissional e referenciar para outros profissionais quando necessário. 	
A21	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover o autocuidado e empoderar os utentes para cuidarem da sua própria saúde. 	
A22	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover a capacidade dos Enfermeiros Comunitários e os seus conhecimentos para cuidarem de feridas complexas uma vez que a maioria das feridas é tratada na comunidade. 	Os custos associados ao tratamento de feridas são elevados.
A23	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover a educação dos profissionais de saúde acerca de anatomia e fisiologia dos tecidos e sobre as feridas. Também o conhecimento sobre cuidado holístico que inclui as comorbilidades e fatores psicológicos e sociais, bem como os conhecimentos sobre os tratamentos, 	A gestão da ferida é afetada por barreiras como o tempo, o dinheiro, os recursos e a habilidade dos profissionais. Existe uma fraca ligação entre as instituições académicas e setores clínicos, o que afeta a ligação entre a evidência e a prática.

	normas nacionais e locais e custos associados.	
A24	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da ferida crónica e terapia de compressão. • Educação para a saúde individualizada ao utente e família para promover a saúde e o bem-estar. Utilizar material para estes ensinios para envolvê-los no cuidado. • Envolver o cuidador principal nos cuidados e realizar educação em saúde, providenciando a informação de forma clara e encorajar as questões e resolução de problemas. • Ensinar utentes e cuidador/familiar sobre a deteção precoce de infeções. • Promover hábitos como exercício físico em casos de circulação venosa alterada, bem como a elevação dos membros inferiores. 	Atualmente, a grande prevalência da Diabetes Mellitus aumenta o aparecimento de úlceras de pé diabético e a insuficiência venosa aumenta a prevalência das úlceras venosas de perna.

